

# ПСИХОЛОГІЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ: НАУКА І ПРАКТИКА

Збірник матеріалів  
Міжнародної науково-практичної  
онлайн-конференції  
*(4-6 листопада 2021 року)*

Київ – 2021



**Національна академія педагогічних наук України  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України  
Лабораторія загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця  
ГО «Інститут психології здоров'я»**

**Дивізіон стресу і психологічної травми Національно психологічної асоціації  
Національна психологічна асоціація**

**Кафедра психології та педагогіки Національної академії Національної гвардії України  
Кафедра військової психології та педагогіки Військового інституту  
Київського національного університету імені Тараса Шевченка  
Кафедра терапії і геріатрії НУОЗУ імені П. Л. Шупика**

# **ПСИХОЛОГІЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ: НАУКА І ПРАКТИКА**

***Збірник матеріалів  
Міжнародної науково-практичної  
онлайн-конференції***

**4-6 листопада 2021 року**



*Друкується за ухвалою Вченої ради Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол № 13 від 25.11.2021 року).*

**Психологія кризових станів: наука і практика** / Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 4-6 листопада 2021 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. – Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2021. 226 с.

**Редакційна колегія:**

**Максименко С. Д.**, дійсний член НАПН України, доктор психологічних наук, професор; **Турбан В. В.**, докторка психологічних наук, професорка; **Сердюк Л. З.**, докторка психологічних наук, професорка; **Бугайова Н. М.**, кандидатка психологічних наук, старша наукова співробітниця; **Поклад І. М.**, кандидатка психологічних наук, старша наукова співробітниця.

До збірника увійшли матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Психологія кризових станів: наука і практика» (м. Київ, 4-6 листопада 2021 року). У науковому заході взяли участь понад 1400 чоловік з 23 країн. Серед них були: психологи науковці, практичні психологи, лікарі, військовослужбовці, священнослужителі, викладачі, докторанти, аспіранти та студенти психолого-педагогічних спеціальностей, курсанти. На конференції обговорювались актуальні проблеми психології кризових станів. Були представлені сучасні напрямки роботи з психологічною травмою, втратою, горем. Окремо розглядалось питання резильєнтності, постковідних наслідків, суїциду, синдрому професійного емоційного вигорання, депресії, психосоматичних розладів та наслідків війни. Значна частина доповідей була присвячена тому, як психологічна травма впливає на структуру «Я», на зміну поведінки, на взаємовідносини тощо. Були представлені новітні дослідження про вплив ранньої дитячої на активацію епігенетичної травми, про вплив травми на нейроні мережі, структуру гена. А також про те, як психотерапія корегує зміни, які виникли внаслідок дії психологічної травми. Результати конференції. Учасники конференції відмітили: Необхідність проведення більш глибокої стандартизованої підготовки в сфері роботи з психологічною травмою; Потребу в більш тісній взаємодії на рівні професійних спільнот, відомств; Проведення наукових досліджень. Заплановано проведення навчальних програма по роботі з психологічною травмою, дисоціативними розладами, межовими станами, з подовженим горем з польовими особливостями роботи військового психолога, резильєнтністю та експрес техніками зняття стресу. Посилення взаємодії між цивільними психологами і військовими шляхом проведення круглих столів, лекцій тощо. Створення тематичних робочих груп. Збірник адресований фахівцям-психологам науковцям та практикам, викладачам закладів вищої освіти, педагогам та вихователям, докторантам, аспірантам та студентам.

Матеріали опубліковано в авторській редакції. Відповідальність за достовірність викладеного матеріалу покладено на авторів статей. Думки авторів можуть не збігатися з позицією редколегії.

© Автори статей, 2021

© Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2021

## З М І С Т

<b>Андрусик О.О.</b>	КОНТРОЛЬ І РЕГУЛЯЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ _____	7
<b>Бабатіна С.І.</b>	ІНТЕРВЕНЦІЇ ПСИХОЛОГА ПРИ НЕНОРМАТИВНІЙ КРИЗІ СІМ'ї, У СИТУАЦІЇ РОЗЛУЧЕННЯ БАТЬКІВ _____	9
<b>Бабинець М.М.</b>	ОБМІН ІНФОРМАЦІЄЮ ЯК ВАЖЛИВИЙ КОМУНІКАТИВНИЙ ПРОЦЕС ДЛЯ ВЗАЄМОДІЇ В СУСПІЛЬСТВІ _____	12
<b>Балинська М.В.</b>	ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ, ЇЇ ЗВ'ЯЗКУ З СОЦІАЛЬНИМ СТРЕСОМ В АДАПТАЦІЙНИЙ ПЕРІОД ПРИ ПЕРЕХОДІ УЧНІВ ІЗ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ ДО СЕРЕДНЬОЇ ЛАНКИ НАВЧАННЯ _____	15
<b>Березіна О.О.</b>	ГЕРОНТОЛОГІЧНИЙ ЕЙДЖИЗМ У СУСПІЛЬСТВІ: ПРАВО НА ЖИТТЯ БЕЗ НАСИЛЬСТВА _____	20
<b>Богуславська І.В.</b>	НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ _____	25
<b>Большакова А.М.</b>	АСТ (ТЕРАПІЯ ПРИЙНЯТТЯ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ) У НАДАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЩОДО НАСЛІДКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ _____	29
<b>Бондарук Ю.С.</b>	ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ І ГОРЯ У ДІТЕЙ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД _____	32
<b>Бочкова Т.М.</b>	ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК САМОРЕГУЛЯЦІЇ У МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ _____	36
<b>Бугайова Н.М.</b>	ПРОБЛЕМА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 _____	39
<b>Верменич Л.М.</b>	РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ – ЕФЕКТИВНИЙ НАПРЯМОК ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 _____	47
<b>Волошин О.О.</b>	ПОЗИЦІЯ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ СЕРЕД СУЧАСНИХ ОСВІТНІХ ТРЕНДІВ _____	50
<b>Гейко Є.В.</b>	СТАНОВЛЕННЯ Й ФОРМУВАННЯ ЦІЛІСНОСТІ ОСОБИСТОСТІ _____	53
<b>Гніда Т.Б.</b>	ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА КОМУНІКАЦІЮ ТА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ _____	55
<b>Держко С.А.</b>	ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19 _____	58
<b>Доценко В.В.</b>	ПСИХОЛОГІЯ ГОРЯ І ВТРАТИ: ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ТА СУЧАСНИЙ ЕТАП РОЗВИТКУ _____	61
<b>Ісаков Р.І.</b>	ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ _____	65
<b>Калайтан Н.Л., Макаренко А.О.</b>	ЕКЗИСТЕНЦІЙНА СПОВНЕНІСТЬ ЯК ФАКТОР ПРЕВЕНЦІЇ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я _____	68

<b>Кобець А.В.</b>	ДЕФІНІТИВНИЙ АНАЛІЗ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ (ПСИХІАТРИЧНИХ) ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я _____	71
<b>Коваль І.А.</b>	МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ _____	74
<b>Колесник О.І.</b>	СПОСОБИ ПОДОЛАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ РУЙНІВНОГО ДОСВІДУ _____	76
<b>Кондра- тик Л.М.</b>	КОНФЛІКТИ В СІМ'Ї. ЧИ МОЖЛИВО УНИКНУТИ І ЯК ПЕРЕТВОРЮВАТИ ЇХ НА КОНСТРУКТИВНІ _____	79
<b>Кочерга Є.В.</b>	ЗАСОБИ АРТ-ПЕДАГОГІКИ ТА АРТ-ТЕРАПІЇ ЯК ОСНОВА ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ _____	82
<b>Кривоконь Н.І.</b>	НАСНАЖЕННЯ ЯК ЗАСІБ ПІДТРИМКИ СУБ'ЄКТИВНОЇ ВІТАЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ _____	85
<b>Криворучко М.П.</b>	ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ В НАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ В УКРАЇНІ _____	89
<b>Кулеша-Любі- нець М.М. Гладій Н.І.</b>	ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ НЕПОВНИХ СІМЕЙ _____	92
<b>Курдибаха О.М.</b>	ВПЛИВ СТРЕСУ НА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВУ СФЕРУ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ _____	95
<b>Лазаренко О.В.</b>	ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОНТРПЕРЕНЕСЕННЯ ЯК ЧИННИКА ВТОРИННОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ПСИХОТЕРАПЕВТІВ _____	97
<b>Ліпатнікова І.С.</b>	ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ СИЛОГОМАНІЇ, СПРИЧИНЕНОЇ ЖИТТЄВИМИ ПОТЯСІННЯМИ ТА КРИЗОВИМИ СТАНАМИ _____	100
<b>Мамчур І.В.</b>	ВНЕСОК ІДЕЙ Г.С. КОСТЮКА В РОЗУМІННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕДУМОВ ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕДАГОГІЧНИХ ВПЛИВІВ У СУЧАСНОМУ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ _____	103
<b>Матейко Н.М.</b>	БОЙОВИЙ СТРЕС ЯК ЧИННИК КОНСТРУКТИВНОГО КОПІНГУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ _____	106
<b>Медведєва О.В.</b>	ПРОБЛЕМА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ У ПАНДЕМІЧНОМУ СВІТІ _____	109
<b>Мельник О.А.</b>	ІСТОРИЧНИЙ ПІДХІД Л. С. ВИГОТСЬКОГО _____	112
<b>Мельничук С.Л.</b>	КРИЗОВИЙ СТАН ОСОБИСТОСТІ ЯК ШЛЯХ ДО ЗМІН _____	115
<b>Михальчук Ю.О.</b>	ГРУПОВА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА БАТЬКАМ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ _____	118

<b>Міненко О.О.</b>	НЕВРОЗ І ФРУСТРАЦІЯ ЯК ОБ'ЄКТИ РОБОТИ ПСИХОТЕРАПЕВТА	121
<b>Найдьонова Г.О.</b>	МОДЕЛЬ СИЛЬНИХ СТОРІН ОСОБИСТОСТІ ТА РЕЗІЛІЄНС	124
<b>Найдьонова Л.А., Чуніхіна С.Л., Умеренкова Н.Ф.</b>	ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПОСТВЕНЦІЇ СУЇЦИДУ (БУЛІ-ЦИДУ) У ЗАКЛАДІ ОСВІТИ	127
<b>Оверчук В.А.</b>	ПРОБЛЕМА ПОДОЛАННЯ ОСОБИСТІСТЮ КРИТИЧНИХ І СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЙ	130
<b>Омель- ченко Л.М.</b>	СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	133
<b>Поклад І.М.</b>	АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДАТНОСТІ ОСОБИСТОСТІ ДО АДАПТАЦІЇ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ	133
<b>Робаківсь- ка Ю.П.</b>	ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА – АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ, ЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ЖИТТЯ ЛЮДИНИ	139
<b>Романовсь- ка Д.Д.</b>	ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ФАХІВЦЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ СИСТЕМИ ОСВІТИ УКРАЇНИ	142
<b>Романча А.В.</b>	ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДЕПРЕСІЇ ТА ПОСТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ПІДЛІТКІВ	144
<b>Свідерська Г.М.</b>	СТРАЖДАННЯ ЯК ШЛЯХ ВІДНАЙДЕННЯ СЕНСУ ПРИ ПЕРЕЖИВАННІ ЛЮДИНОЮ ГОРЯ ВТРАТИ	147
<b>Середа О.Ю.</b>	МЕТОД КАУЗОМЕТРІЇ В ДОСЛІДЖЕННІ ПРОФЕСІЙНОГО САМОВИЗНАЧЕННЯ СТАРШОКЛАСНИКІВ	150
<b>Сєдова Н.А.</b>	ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ У ВИКЛАДАЧІВ ВНЗ: СПОСОБИ ВИЯВЛЕННЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ	154
<b>Синишина В.М.</b>	ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ВІЙСЬКОВОМУ СЕРЕДОВИЩІ	158
<b>Смірнова Т.М.</b>	НОВІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОЇ ПСИХОЛОГІЇ У СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ	161
<b>Солодчук С.Є.</b>	ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ ПСИХОЛОГА З КЛІЄНТОМ У КРИЗОВІЙ СИТУАЦІЇ	163
<b>Спіцина Л.В.</b>	ГРУПОВА Й ОРГАНІЗАЦІЙНА СУПЕРВІЗІЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ: ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД	166
<b>Тавровецька Н.І.</b>	КРИЗА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: ЇЇ ЧИННИКИ	169
<b>Терещук А.Д.</b>	НАСЛІДКИ ВПЛИВУ ПАНДЕМІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНЕ ЗДОРОВ'Я	172
<b>Тітова К.В., Савінов В.В.</b>	ТРАНСФОРМАЦІЯ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРАХУ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ	174

<b>Ткачук Т.Л., Міловіч Т.В.</b>	ТЕХНІКИ КОУЧИНГУ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ САМОУСВІДОМЛЕННЯ ТА САМОРОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ В СИТУАЦІЇ ЛОКДАУНУ _____	178
<b>Торжевська Н.Р.</b>	ПОРУШЕННЯ КАТЕГОРІЇ «ГЕНДЕРНА КОНСТАНТНІСТЬ» В СУЧАСНОМУ СВІТІ ТА ЇЇ НАСЛІДКИ _____	180
<b>Турбан В.В.</b>	КУЛЬТУРНІ КОНОТАЦІЇ ПСИХОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ В УКРАЇНІ _____	183
<b>Фоменко Т.В.</b>	ОСОБЛИВОСТІ СНОВИДІНЬ У ПРОЦЕСІ ПЕРЕЖИВАННЯ ГОРЯ _____	185
<b>Фугело О.О.</b>	ДЕКОМПРЕСІЯ, ЯК ОСНОВНА ФОРМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВІДНОВЛЕННЯ БОЙОВОЇ ГОТОВНОСТІ _____	188
<b>Фурман В.В.</b>	ПРАКТИКИ УПРАВЛІННЯ СТРЕСОМ ЯК ЧИННИКОМ КОНСТРУКТИВНОЇ ЕМОЦІЙНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ _____	191
<b>Чаркіна О.А.</b>	ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ФАХІВЦІВ «ДОПОМОГАЮЧИХ» ПРОФЕСІЙ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ _____	195
<b>Чорна Н.В.</b>	ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ЖІНОЧОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ В УКРАЇНІ: СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ _____	198
<b>Шевага Л.Я.</b>	ОПТИМІЗАЦІЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ. КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ПСИХОЛОГА _____	200
<b>Шевченко О.Т.</b>	РЕЗІЛЬЄНТНІСТЬ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ І COVID-19 _____	203
<b>Шевченко В.В.</b>	ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ _____	206
<b>Шидловський А.М.</b>	ТЕМПОРАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ СИСТЕМ ЦІННОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ _____	210
<b>Щербатюк О.В.</b>	ОГЛЯД СТАНУ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ АГРЕСИВНОСТІ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ПЕРСОНАЛУ ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ СИСТЕМИ _____	212
<b>Якубовська І.З.</b>	ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ЗООТЕРАПІЇ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ _____	214
<b>Ящишина Ю.М., Бойко Д.П.</b>	З ДОСВІДУ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ШЛЯХОМ ІНТУЇТИВНОГО ХАРЧУВАННЯ _____	217
<b>Волошин В. М.</b>	МОДИФІКАЦІЯ «ТЕХНІКА ЧОТИРЬОХ ПОЛІВ» _____	220
<b>Подкоритова Л.О.</b>	РОЗУМІННЯ ЗМІСТУ ПОНЯТТЯ «ТОЛЕРАНТНІСТЬ» У КОНТЕКСТІ РОБОТИ З КРИЗОВИМИ СТАНАМИ _____	222

**Андрусик Олена Олександрівна,**  
*аспірантка, викладачка кафедри психології  
Уманського державного педагогічного  
університета імені Павла Тичини,  
науковий керівник: доктор психологічних наук,  
професор, завідувач кафедри психології  
Уманського державного педагогічного  
університету імені Павла Тичини*  
**Сафін О.Д.,**  
*м. Умань, Україна*

## КОНТРОЛЬ І РЕГУЛЯЦІЯ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ

Оточуючий світ дуже часто викликає в нас різні емоції: радість чи сум, впевненість чи страх. Але емоції не завжди позитивно впливають на людину, її стан і поведінку, а в деяких випадках людина не може навіть контролювати свої дії, що призводить до різних наслідків. Такі наслідки можуть бути різними: вони можуть як допомогти, так і навпаки заблокувати мисленнєву діяльність.

Емоційність як чутливість до емоціогенних ситуацій виступає важливою властивістю особистості. У кожної особистості структура емоційної сфери є унікальною, індивідуальною. Психологічні особливості емоційного реагування, що проявляються у особистості, виступають її емоційними властивостями та визначають її емоційність. [1]

Емоції – це своєрідний стан психіки, який накладає відбиток на життя, діяльності, вчинках і поведінці особистості. Емоції є суб'єктивними переживаннями, які повідомляють про благополучний чи неблагополучний стан організму і психіки. [2]

Будь-які прояви активності супроводжуються емоційними переживаннями. Головна функція емоцій в тому, що завдяки їм ми краще розуміємо одне одного, можемо не використовуючи мови, судити про стан одне одного і краще налаштуватися на спільну діяльність і спілкування.

До класу емоцій відносяться:

– настрої – найбільш загальний емоційний стан, який охоплює людину на деякий час і суттєво впливає на її психіку, поведінку і діяльність.

– почуття – це специфічні людські, узагальнені переживання, задоволення або незадоволення яких викликає позитивні або негативні емоції – радість, любов, гордість або сум, гнів, сором тощо.

– афект – короткотривалий емоційний стан, який швидко з'являється і бурхливо протікає. В цьому стані людина не може з розумом керувати своєю поведінкою. Усунути чи призупинити афект неможливо. Але стан афекту не звільняє від відповідальності за свої вчинки.

– пристрасть – глибокий, інтенсивний і дуже стійкий емоційний стан, який охоплює людину цілком, її прагнення, думки, вчинки. Вона може бути пов'язана



із задоволенням матеріальних і духовних потреб.

– стрес – емоційний стан, який зненацька з'являється під впливом екстремальної ситуації, пов'язаної з небезпекою для життя і діяльності, яка потребує великої напруги. Стрес, перш за все виникає в екстремальній ситуації, тоді як афект може виникнути з будь-якого приводу.

Це можна назвати «чистими» емоціями. Вони входять до всіх психічних процесів і станів людини. [2]

Дійсність, яка нас оточує, нажалі дуже часто викликає бурю емоцій, які не контролюються. Результат під дією таких емоцій не завжди відповідає нашим бажанням, а іноді призводить навіть до шоку. Щоб запобігти цьому існує багато варіантів регуляції емоцій, різних методик поведінки, вправ.

Способи контролю:

– Розслаблення мимічної мускулатури – самий простий і ефективний спосіб емоційної саморегуляції.

– Вдосконалення дихання – важливий резерв в стабілізованні свого емоційного стану.

– Прийоми уяви та візуалізації. Візуалізація допомагає людині активувати її емоційну пам'ять, відтворити ті почуття, які вона колись пережила. Відтворивши в свідомості образи зовнішнього світу, можна швидко відволіктися від напруженої ситуації, відновити емоційну рівновагу.

Також необхідно врахувати той факт, що для кожного типу темпераменту: холерик, сангвінік, флегматик, меланхолік, може бути визначений спосіб регуляції більш ефективний чим для іншого. [3]

Отже, у відповідь суворій реальності, особистість повинна намагатися не втрачати контролю над своїми емоціями, вчитися і тренуватися зберігати спокійний емоційний стан, удосконалювати себе. Така поведінка приведе її до успіху в особистому житті, буде сприяти кар'єрному зросту і допоможе у важку хвилину.

#### **Список використаних джерел**

1. «Эмоциональные состояния» /Электронный ресурс / URL: <http://psylist.net/>
2. Варій М. Й. Загальна психологія : підр. [для студ. вищ. навч. закл.]. К.: Центр учбової літератури, 2009. С. 437-454.
3. Максименко С. Д. Загальна психологія : підручник. 2-ге вид., переробл. і доп. Вінниця: Нова Книга, 2004. С. 364-371.

**Бабатіна Світлана Іванівна,**  
кандидатка психологічних наук, доцентка,  
доцентка кафедри психології  
Херсонського державного університету,  
м. Херсон, Україна

## **ІНТЕРВЕНЦІЇ ПСИХОЛОГА ПРИ НЕНОРМАТИВНІЙ КРИЗІ СІМ'Ї, У СИТУАЦІЇ РОЗЛУЧЕННЯ БАТЬКІВ**

У житті кожної подружньої пари бувають кризи. Поштовхом для них, як правило, є якась нова ситуація, яку не можна вирішити звичайними способами. Кожна пара переживає ці кризи на різних етапах свого спільного життя.

Розлучення – це офіційне розірвання шлюбу. Стара приказка говорить: «Зруйнувати сім'ю – не бути щасливим». Але найчастіше партнери залишають сім'ю, щоб отримати шанс на щастя в інших відносинах і припинити існуючі нещасливі, негармонійні.

Розлучення – це криза, і кризу можуть спровокувати будь-які зміни в звичному перебігу життя (зміна роботи, народження дитини, ізоляція від суспільства і т.д.) У такі періоди напруга і тривога усередині сім'ї зростають. Рішення про розлучення може висіти в повітрі упродовж багатьох років, не даючи партнерам прийняти рішення про важливі зміни або знайти спосіб пережити кризу у відносинах.

Подружжя зобов'язане мобілізувати всі сили і ресурси. Ніхто не зможе надати гарантії, що розвиток кризи буде конструктивним, а не деструктивним. Конструктивний шлях дозволяє членам сім'ї знаходити і освоювати нові шляхи вирішення проблем і тим самим вийти на більш високий рівень розвитку.

Деструктивний шлях призводить до порушення взаємодії в сім'ї і може привести до розпаду шлюбу. Найбільш вражаючим є те, що більшість криз, що виникають в сім'ях, є нормативними, тобто це природні етапи їх розвитку, а подружжю просто не вистачає знань психології подружніх стосунків, щоб зрозуміти, що з ними відбувається, не зробити з цього трагедію, а зосередитися на конструктивних рішеннях.

Розлучення – це життя за новими правилами (нові угоди). На, що потрібно звернути увагу психологу при роботі з сім'єю в процесі розлучення: відстежуйте свої проєкції, стереотипи; не дозволяйте себе триангулювати (не можна ставати на чийсь сторону в конфлікті); не стати «рятівником» дитини при розлученні батьків.

У статті окремо розглянемо психологічні втручання (інтервенції) для батьків і дітей в ситуації припинення функціонування ядерної сім'ї.

Розлучаються не від хорошого життя. І скільки б ми не шукали когось, хто прийме сторону чи позицію, цього не відбувається. Тому, що інші мають очікування та власні уявлення про шлюб і шлюбного партнера. Отже, *рекомендації батькам від психолога:*

1) розлучаються не з дітьми, а з партнерами по розлученню. Для дорослого це ситуація горя, втрати. Дорослий може горювати (сумувати), але дитина не повинна бути залучена в це горе. Якщо немає за, що позбавляти батька батьківських прав, то немає головного з батьків, обидва важливі і рівноправні. Дитина не є власністю одного з батьків;

2) необхідно стандартизувати процедуру взаємодії з дитиною в ситуації сімейної кризи (коли мова йде, скільки гуляти, чим годувати, укладати «мирний договір»);

3) батькам потрібно займатися своїм життям (соціалізація після кризи, захопленнями, знайти себе у житті по новим правилам), не ставати «заручником і в'язнем» обставин свого власного життя.

Підставою для розлучення є незліченна кількість причин: несумісність характерів, відсутність спільних інтересів і поглядів, незадоволеність чоловіком (дружиною) в сексуальному плані, зрада, фізичне та емоційне насильство в сім'ї, пристрасті партнера й т.і. Для здорової психіки важливо зростати в холізмі (цілісності).

Що робити дитині і як сприймати нестабільну, незвичайну ситуацію. Розглянемо деякі аспекти:

1) «баланс наше все», баланс навантаження (відповідно до віку і сили дитини);

2) про ситуацію розлучення батьків дитині розповідають директивно, і не питаючи поради про врегулювання сімейної ситуації (інформуємо дитину, а не питаємо);

3) «інформування наше все» після зміни звичного життєвого устрою, дитині важливо зрозуміти, що і як буде по-іншому. Це знизить рівень тривожності дитини в новій життєвій ситуації;

4) «Вам важливо» важливо дитині надавати підтримку і повторювати, що мова йде не про неї, не через неї склалася така ситуація у сім'ї, а тому, що тато і мама так вирішили, батьки з дітьми не розлучаються;

5) «підтримати» дитина може і буде горювати (сумувати), їй потрібен час, щоб прийняти нові правила життя;

6) «інформаційний фільтр» ми говоримо з дитиною про ситуацію, коли вона просить і тільки по суті без предикатів різних компліментів і епітетів, лише на рівні розуміння відповідно віку дитини;

7) «психологічна підтримка» чи потрібен дитині психолог? Чи завжди це питання актуальне?

Важливо зрозуміти, в якому енергетичному стані перебуває той дорослий, з яким залишилася дитина.

Якщо в ресурсі, то вони можуть впоратися самі з собою. Якщо ні, то психолог спочатку працює з дорослим, а потім, якщо буде потреба з дитиною.

Поведінка дітей є лише маркером і симптомом сімейної системи. Якщо втручання приймаються і всі учасники сімейного процесу розуміють завдання і встановлені домовленості, провини як стану не виникає, а якщо ні, то це

питання про порушення домовленостей. Розлучення батьків є особистим рішенням дорослих і дитині «пробачати» батьків за розлучення не доречно. Діти з батьками, а не навпаки, якщо, звичайно, дорослі емоційно і психологічно зрілі. Психологу важливо зрозуміти глибокі несвідомі почуття і емоції клієнта, який переживає розлучення, якщо надається допомога та інтервенції. При взаємодії такі клієнти демонструють дратівливість, агресивність, напористість, спілкуватися з ними достатньо складно, іноді неприємно – ніби гострі уламки літають у всі боки кабінету. Але в несвідомій частині психіки у них найсильніші почуття провини і безпорадності, з якими вони не можуть самотійно вступити в контакт і впоратися.

Австрійський психоаналітик Гельмут Фігдор зазначає, що основна робота психолога з подружжям у ситуації розлучення, які мають дітей, повинна бути пов'язана з їх почуттям несвідомої чи усвідомлюваної провини по відношенню до спільних дітей. Рішення розірвати відносини між чоловіком і жінкою ніколи не буває легким. Навіть якщо спільно вирішили, що разом немає щастя, для конструктивної розмови мало хто здатний, має минути певний час і усвідомлення ситуації. Важко завершувати стосунки якщо ви вже одружені, особливо тому, що багато вкладено у спільне життя, а розлучення завжди приносить труднощі. Але якщо все ж таки подружжя прийняло рішення про розірвання стосунків і припинення існування як сім'ї, важливо зберігати людяність і гуманність, не вдаватися до шантажу та маніпулювання, особливо дітьми чи станом здоров'я. Інтервенції описані у статті для усіх учасників сімейної системи дозволяють подолати труднощі з якими за статистикою стикається кожна родина на певному етапі власного сімейного руху. Компроміс і повага до особистості кожного дозволить будувати гармонійну і цілісну сім'ю в якій кожен учасник сімейної системи буде щасливим, наповненим і ресурсним.

### **Список використаних джерел**

1. Блинова О.Є. Особливості дитячо-батьківських відносин у сім'ях трудових мігрантів. Теоретичні і прикладні проблеми психології. №2 (37). Севеодонецьк: Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля. 2015. С.30–37.
2. Крупник Г. А. Психологічні чинники розвитку сучасної нуклеарної сім'ї. Інсайт: психологічні виміри суспільства. Херсон: ВД «Гельветика», 2019, 2,78) 83.
3. Сім'я та сімейні відносини в Україні: сучасний стан і тенденції розвитку : [кол. монографія] / [Е. М. Лібанова, С. Ю. Аксьонова, В. Г. Бялковська та ін.]; Ін-т демографії та соц. дослідж. НАН України, Укр. центр соц. реформ, Фонд народонаселення ООН. Київ: [Основа-Принт], 2009. С. 228.
4. Титаренко Т. М., Кляпець О. Я. Запобігання емоційному вигоранню в сім'ї як фактор гармонізації сімейних взаємин: науково-методичний посібник. Київ : Міленіум, 2007. 142 с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., Психология и психотерапия семьи. СПб.: Питер, 2008. 672 с.

**Бабинець Мирослава Миколаївна,**  
кандидатка педагогічних наук,  
доцентка кафедри менеджменту туристичного  
та готельно-ресторанного бізнесу  
Ужгородського торговельно-економічного інституту  
Київського національного торговельно-  
економічного університету,  
м. Київ, Україна

## **ОБМІН ІНФОРМАЦІЄЮ ЯК ВАЖЛИВИЙ КОМУНІКАТИВНИЙ ПРОЦЕС ДЛЯ ВЗАЄМОДІЇ В СУСПІЛЬСТВІ**

**Постановка проблеми.** Людське спілкування завжди було в основі соціального буття. Це – одна з найважливіших потреб людини, яка живе в суспільстві. Воно потрібно їй для взаємодії з іншими людьми, самоствердження.

У процесі спілкування виявляються дві своєрідні суперечності. З одного боку, людина прилучається до життя суспільства, засвоює його досвід, наукові та культурні здобутки людства, а з іншого, відбувається її відособлення, формується індивідуальна неповторність, самотність [1, с.25].

Обмін інформацією між людьми забезпечує комунікативний процес, однак він не гарантує ефективності спілкування. Для розв'язання конкретних завдань і прийняття оптимальних рішень потрібно відібрати і оцінити певний обсяг інформації.

**Викладення основного матеріалу.** Інформація як сукупність відомостей і даних, необхідних для успішного здійснення аналізу, контролю, прийняття та організації виконання рішень, виступає обов'язковим елементом ефективного спілкування.

З одного боку, вона відображає умови, властивості, закономірності, особливості функціонування як об'єкта, так і системи управління ним; з іншого – опосередковує діяльність людей, визначає форми стосунків між ними, а також постійно використовується в межах конкретної системи спілкування і в регулюванні її відносин із зовнішнім світом. Інформація може нести в собі як позитивні, так і негативні моменти, оскільки існує небезпека, що рішення можуть базуватись на недостовірній інформації.

Крім того, часто ототожнюються поняття «інформація» і «дані». Різниця між ними полягає в тому, що дані – це зазвичай «сирі» факти, які перетворюються на інформацію, коли вони оброблені і придатні для прийняття рішень. Інформації, на відміну від даних, властиве індивідуальне забарвлення, вона багато в чому визначається сприйняттям.

Однак і дані, і документована інформація мають спільну властивість відображати (хоч і в різній формі) реальні процеси, явища, інформувати про

успіхи, чи проблеми, що несе в собі нове, поглиблене знання стосовно об'єктів спілкування.

При визначенні кількісного і якісного складу інформації, здатної впливати на результати комунікації, слід дотримуватись таких принципів:

- цільової орієнтації, згідно з яким формування та організація інформаційних потоків повинні забезпечувати адекватність їх змістового наповнення завданнями, що вимагають вирішення;

- ієрархічності, який передбачає орієнтацію інформаційних потоків на конкретного споживача відповідного рівня спілкування, виходячи з умов доцільності, необхідності і достатності;

- функціональності, що покликаний визначати тематико-функціональну спрямованість інформаційних потоків для забезпечення реалізації різноманітних завдань конкретними користувачами;

- взаємодії, що передбачає необхідність універсалізації інформаційних потоків з метою їх об'єднання в єдину інформаційну мережу як на мікрорівні (галузевому), так і на макрорівні (державному, міжнародному);

- обмеження, який полягає в раціональній організації інформаційних потоків, що не припускає дублювання, надмірності, недостовірності;

- замкненості, що передбачає необхідність забезпечення циклічного руху інформаційних потоків за рахунок організації ефективних зворотних зв'язків між джерелами інформації та її користувачами за умови безперервного поповнення і часткової зміни (взаємопоповнення) інформаційної бази.

Перш ніж передати ідею, відправник повинен за допомогою тих чи інших символів (слова, інтонація, жести) закодувати її. Таке кодування перетворює ідею в повідомлення. Водночас йому необхідно обрати канал, що поєднується з типом символів, які використовуються для комунікації.

До загальновідомих каналів належать: передавання мови та письмових матеріалів, електронні засоби зв'язку. Якщо канал непридатний для фізичного втілення символів, успішне передавання неможливе. Наприклад, важко картину художника адекватно передати за допомогою телефонного зв'язку, хоч, безперечно, можна орієнтовно описати її, висловити своє ставлення до того, що і як зображено художником. Іноді канал не повністю, а частково відповідає ідеї, тоді обмін інформацією може відбутися, але він не буде достатньо ефективним.

Слід підкреслити, що вибір засобу повідомлення не можна обмежувати єдиним каналом. Зазвичай доцільно поєднувати кілька засобів комунікації. Але при цьому відправник повинен встановити послідовність їх використання і визначити часові інтервали передавання інформації [2, с.105].

На етапі передавання інформації відправник використовує канал для доставки повідомлення (закодованої ідеї або сукупності ідей) конкретному одержувачу інформації.

Одержане повідомлення необхідно зрозуміти, декодувати. Суть декодування полягає у розшифровці символів відправника мовою одержувача. Якщо

символи, обрані відправником, не мають аналогічного значення для одержувача, він не зможе зрозуміти, що мав на увазі відправник, формулюючи свою ідею.

Варто зауважити, що ефективність отримання інформація за різними комунікативними каналами не є однаковою. Наприклад, найшвидше забувається інформація, отримана за допомогою слухових відчуттів, трохи повільніше за допомогою зорових відчуттів і найповільніше забувається почуте й побачене одночасно.

При прийомі інформацію необхідно відфільтрувати. Найкращим фільтром є так званий «психологічний фільтр», який забезпечує вибіркоче сприймання. Він виконує захисну функцію і пропускає лише певну інформацію в кількості, яку реально можна опрацювати. Фільтрація є досить ефективним засобом підвищення ефективності інформації.

В.Яковенко підкреслює, що релевантна інформація – це така інформація, яка ретельно відфільтрована і стосується справи [3, с.27].

Слід підкреслити, що процес сприймання інформації досить складний в психологічному плані.

Ефективним спілкування є тоді, коли пряма і зворотна процедури забезпечують точну передачу аналога. Для ефективного спілкування при передачі інформації потрібно налаштуватися на аналогове сприймання. Іншими словами, необхідно передавати інформацію, використовуючи ту модальність, у якій готовий сприймати її партнер по спілкуванню.

**Висновки.** Отже, обмін інформацією, як правило, починається з формулювання ідеї або відбору інформації. Відправник самостійно вирішує, яку ідею слід зробити предметом обміну інформацією. Не завжди цей етап є ефективним, оскільки в багатьох випадках ідея ще не набула завершеної форми, є недостатньо обдуманною і відправник відчуває труднощі в її чіткому формулюванні, що негативно позначається на процесі комунікації. Обмін інформацією – необхідний елемент спілкування і донесення змістовної інформації в сучасному суспільстві.

#### **Список використаних джерел**

1. Бабинець М.М. Формування вмінь іншомовного ділового спілкування майбутніх менеджерів у процесі професійної підготовки :дис. кандидата. пед. наук : 13.00.04 / Бабинець Мирослава Миколаївна. – Тернопіль, 2013. – 253 с.
2. Філоненко М.М. Психологія спілкування : підручник / М.М.Філоненко. – К.: Центр учбової літератури, 2008. – 224 с.
3. Яковенко В.Б. Менеджмент і маркетинг: Навч.посібник / В.Б.Яковенко. – К. : Вид-во Європ.у-ту. – 2007. – 144 с.

**Балинська Марина В'ячеславівна,**  
практичний психолог  
Комунального закладу  
«Харківської гімназії № 13  
Харківської міської ради  
Харківської області»,  
м. Харків, Україна

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ, ЇЇ ЗВ'ЯЗКУ З СОЦІАЛЬНИМ СТРЕСОМ В АДАПТАЦІЙНИЙ ПЕРІОД ПРИ ПЕРЕХОДІ УЧНІВ ІЗ ПОЧАТКОВОЇ ШКОЛИ ДО СЕРЕДНЬОЇ ЛАНКИ НАВЧАННЯ**

Період навчання у школі являється дуже важливим періодом у життя кожної людини. У цей час відбувається формування важливих психічних новоутворень, розвиток особистості учня, його соціалізація, розвиток емоційно-чуттєвої сфери. Саме в цей період закладаються основи психологічної готовності особистості до подолання зовнішніх та внутрішніх протиріч, проблем, розвивається її рефлексія, здатність до планування та свідомої регуляції діяльності, емоційних переживань.

Процес розвитку особистості здобувача освіти в закладах освіти супроводжується не лише позитивними емоціями та почуттями, але й часто деструктивними. Останні негативно позначаються не тільки на пізнавальній діяльності дитини, її успішності, міжособистісному спілкуванні, але й часто на психічному здоров'ї.

До одних із складних деструктивних психічних станів дітей та учнів, з якими часто звертаються до практичного психолога закладу освіти відносяться тривога та страхи.

Саме тому метою даної статті є розкриття сутності, форм прояву, особливостей психодіагностики та подальшої роботи з тривожністю, відчуттям страху та соціального стресу особистості здобувача освіти в період переходу з початкової школи до середньої ланки навчання.

Тривожність є складною реакцією, яка може мобілізувати організм в умовах очікуваної загрози.

Помірний рівень тривожності в нормі властивий всім людям і є необхідним для оптимального пристосування людини до дійсності, у тому числі для адаптації до нових умов навчання, зокрема при переході з початкової школи до середньої ланки навчання.

Високий рівень тривожності заважає нормальній діяльності, у тому числі освітній, та повноцінному спілкуванню. Традиційно тривожністю називають схильність людини до переживання тривоги, тобто негативного емоційного переживання, пов'язаного з передчуттям реальної або уявної небезпеки.

Слід зазначити, що шкільна тривожність насамперед виражається у хвилюванні, підвищеній занепокоєності в навчальних ситуаціях, у класі, в очікуванні поганого ставлення до себе, негативної оцінки до себе з боку вчителів і однокласників.



Як наслідок, дитина постійно відчуває власну неадекватність, неповноцінність, невпевненість у правильності своєї поведінки і своїх рішень.

При цьому учень схильний переживати нейтральні шкільні ситуації як такі, що створюють загрозу його уявленням про себе, особистісним інтересам та цінностям, негативно впливають на самооцінку. Очевидно, що такий емоційний стан дитини значно погіршує та гальмує її адаптацію до нових умов і вимог навчання. Ось чому одним з суттєвих показників психологічної адаптації дітей до основної школи виступає саме рівень шкільної тривожності.

Саме тому, у межах психологічного супроводу процесу адаптації, практичним психологом проводиться дослідження рівня тривожності за методикою «Тест рівня шкільної тривожності Філіпса (SchoolAnxietyQuestionnaire), розроблений Б. Н. Філіпсом (Beeman N. Phillips)».

Мета дослідження: експериментальним шляхом дослідити рівень шкільної тривожності учнів п'ятих класів у межах психологічного супроводу процесу адаптації до навчання у середній школі.

Якщо проаналізувати результати дослідження рівня шкільної тривожності за роками, то з 2015/2016 по 2021/2022 навчальні роки можна виділити наступну таблицю порівняльного аналізу:

**Таблиця 1**

**Порівняльний аналіз результатів дослідження  
рівня шкільної тривожності за роками**

Рік дослідження (навчальний)	Кількість дітей	Дослідження тест Філіпса					
		Високий рівень тривожності		Середній рівень тривожності		Низький рівень тривожності	
		діти	%	діти	%	діти	%
2015-2016	88	12	13,6	62	70,5	14	15,9
2016-2017	118	13	11	89	75,4	16	13,5
2017-2018	95	10	10,63	55	58,8	29	<b>30,8</b>
2018-2019	81	7	8,64	54	66,7	20	24,6
2019-2020	95	16	16,84	65	68,42	14	14,73
2020-2021	92	9	9,7	73	<b>79,5</b>	10	10,8
<b>2021-2022</b>	95	17	<b>17,9</b>	68	71,58	10	10,52
<b>Середнє значення</b>	664	84	12,66	466	70,2	113	17,1

З порівняльного аналізу результатів дослідження рівня шкільної тривожності за навчальними роками можна зробити висновок, що у кожному навчальному році серед п'ятих класів є учні, які мають високий рівень тривожності, за середнім значенням результатів таких учнів близько 13%.

Це підтверджує думку щодо актуальності проблеми шкільної тривожності, зокрема серед учнів, які переходять із початкової школи до середньої ланки

навчання. А отже, комплексно працювати з даним питанням необхідно і практичним психологам освітніх закладів, і вчителям, батькам.

Розглянемо проблему шкільної тривожності більш глибоко. За методикою Філіпса шкільна тривожність досліджувалася за наступними факторами:

– **Загальний рівень тривожності у школі** – емоційний стан учнів, пов'язаний з різними формами включення в життя школи.

– **Переживання соціального стресу** – це емоційний стан учня на фоні якого розвиваються його соціальні контакти, насамперед, з однолітками.

– **Фрустрація потреби у досягненні успіху** – неблагоприятний психологічний фон, який не дозволяє дитині розвивати свої потреби в досягненні високих результатів.

– **Високий страх самовираження** – це негативні емоційні переживання ситуацій, які супроводжуються необхідністю саморозкриття, презентації своїх здібностей, себе іншим, демонстрації своїх суттєвих можливостей.

– **Страх ситуації перевірки знань** – це негативні переживання і стан тривоги в ситуації перевірки ( особливо публічно) знань, досягнень і можливостей.

– **Страх невідповідності очікуванням оточуючих** – причина такого страху у не сформованості у дитини уміння оцінювати свої вчинки з точки зору моралі, яке лежить в основі почуття відповідальності, яке формується саме молодшому шкільному віці.

– **Низький фізіологічний опір щодо стресу** – особливість психофізіологічної організації, яка знижує пристосованість дитини до ситуацій стресогенного характеру, які підвищують вірогідність неадекватного, деструктивного реагування на тривожний фактор середовища.

– **Проблеми і страхи у відношенні з учителями** – загальний негативний емоційний фон стосунків з дорослими у школі, який впливає на зниження рівня успішності. В основі цього виду тривожності лежить страх допустити помилку і бути осміяним.

За порівняльним аналізом дослідження рівня шкільної тривожності за 2015/2016 – 2021/2022 навчальні роки та розгорнутим аналізом факторів, що свідчать про тривожність за методикою, можна зробити висновок, що серед учнів, у яких було виявлено високий рівень тривожності, у більшій мірі виявлені такі фактори, як:

- Переживання соціального стресу;
- Страх самовираження;
- Страх ситуації перевірки знань.

Наочно представлено це у діаграмі 1.

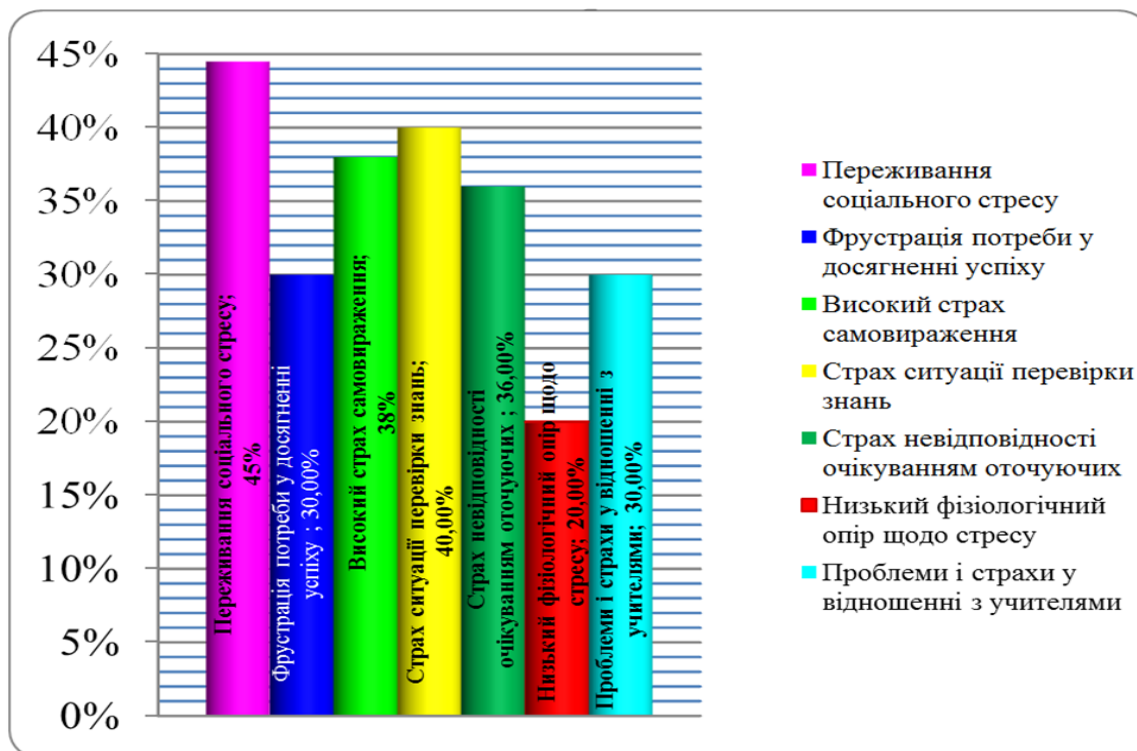
А отже, проблема тривожності розкривається як багатогранний феномен, що має соціальний характер та зв'язок із показником «соціального стресу».

Даний висновок може стати основою для більш глибоких досліджень щодо особливості кореляційних зв'язків між показниками та факторами, що розкриваються при дослідженні шкільної тривожності.

У межах психологічного супроводу процесу адаптації одним з видів роботи практичного психолога є психологічна просвіта та робота з педагогічними працівниками.

Діаграма 1

## Фактори, за якими проявляється шкільна тривожність серед учнів



За кожним з показників тривожності укладаються рекомендації щодо корегування поведінки та практичних рекомендацій стосовно дитини. Наприклад:

1. Сприяти соціалізації, надавати допомогу і підтримку у налагодженні контактів з однолітками таким дітям, які мають підвищений рівень «Соціального стресу». Відпрацьовувати навички поведінки, сприяти підвищенню їх рейтингу і авторитету серед учнів класу, створюючи ситуацію успіху, по можливості давати відповідальні доручення в колективі.

2. Розвивати потребу у досягненні успіху, високого результату діяльності серед учнів, які мають високий результат за шкалою «Фрустрація потреби у досягненні». Враховуючи інтереси та здібності давати доручення та обов'язково перевіряти їх виконання і хвалити перед всім класом, підкреслюючи щонайменші досягнення цих дітей.

3. Допомогати переборювати страх самовираження. Використовуючи індивідуальні завдання (виступи перед класом, участь в конкурсах, виконання доручень, пов'язаних з творчим підходом і проявом індивідуальності).

4. Під час проведення фронтального опитування враховувати високий рівень страху перевірки знань серед учнів, які мають відповідний результат дослідження. По можливості, намагатися менше викликати до дошки, надаючи можливість письмової відповіді, так як їх хвилювання може відобразитися на успішності виконання завдання й значно знижувати показники їх успішності.

5. Діти з високим рівнем страху не відповідності очікуванням оточуючих можуть відчувати комплекси неповноцінності, почуття провини. Вони дуже гостро переживають негативну оцінку сторонніх і дуже швидко звикають до неї. Спілкування з такими учнями рекомендується будувати в більш м'якому, некритичному стилі всіляко підтримуючи їх і підвищуючи самооцінку. Хвалити необхідно при всіх, а критикувати тактовно, наодинці.

6. М'якого, доброзичливого відношення з боку педагога особливо потребують учні, які за результатами дослідження мають підвищений результат за показником «проблеми і страху у відношенні з учителями».

Важливо встановлення і укріплення довіри цих дітей по відношенню до дорослих з метою уникнення дезадаптивних проявів під час переходу до середньої ланки школи. Доцільно враховувати також їх високий рівень страху відповіді біля дошки, де вони відчують себе особливо незахищеними.

7. У дітей з низьким рівнем тривожності можливі прояви показної незацікавленості, байдужості, встановлення психологічного захисту або активного витіснення страхів. Необхідно всіляко збуджувати активність, підкреслюючи мотиваційні компоненти діяльності, а також формувати більш високу зацікавленість в діяльності і її результатах, сприяти підвищенню почуття відповідальності через систему заохочень, створення ситуації успіху та заходів виховного впливу.

Подальша робота практичного психолога з учнями направлена на зниження рівню тривожності, розвиток комунікативних навичок, робота з самооцінкою, емоціями та почуттями.

#### **Список використаних джерел**

1. Власенко О. Діагностика тривожності п'ятикласників / О. Власенко // Психолог. – 2007. – № 35. – С. 10 – 12.
2. Микляева А.В. Школьная тревожность: диагностика, профилактика, коррекция / А.В. Микляева, П.В. Румянцева. – СПб.: Речь, 2007. – 248 с.
3. Нартова О. Тест на уровень тревожности (по Филлинсу) / О.Нартова // Воспитание школьников. – 2008. – № 4. – С. 19-21.
4. Прихожан А.М. Психология тревожности. Дошкольный и школьный возраст / А.М. Прихожан. – СПб., 2007. – 192 с.
5. Рогов Е.И. Настольная книга практического психолога / Е.И. Рогов // Том 2. – М., 1996. – 529 с.

**Березіна Олена Олександрівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
наукова кореспондентка інституту  
психології імені Г. С. Костюка  
НАПН України, психолог ТЦСО,  
м. Київ, Україна

## **ГЕРОНТОЛОГІЧНИЙ ЕЙДЖИЗМ У СУСПІЛЬСТВІ: ПРАВО НА ЖИТТЯ БЕЗ НАСИЛЬСТВА**

Геронтологічний ейджизм, це дискримінація людини на підставі її віку, поширена як у формальних, так і в неформальних сферах життя суспільства. Проявляється в зневажливому та принижуючому ставленні до гідності людини на підставі негативної вікової стереотипізації людини та готовності адекватно сприймати і співпрацювати лише з тими, хто відповідає заздалегідь установленим віковим критеріям. Термін «ейджизм» у 1969 році запровадив директор національного інституту старіння США Роберт Ніл Батлер, позначаючи їм дискримінацію одних вікових груп іншими [5]. Р. М. Батлер наголошував, що на поширеність ейджизму впливають уявлення, що люди похилого віку є тягарем для держави [5].

Проблемою є також і те, що підставою для упередженого ставлення, стигматизації та дискримінації є юридично закріплені обмеження прав і можливостей осіб похилого й, особливо, старечого віку. Це і вік обов'язкового виходу на пенсію, вікові обмеження у наданні страхових послуг, питання юридичної дієздатності та вікових обмежень при наймі на роботу.

Існує так звана мікрорівнева теорія управління страхом (Terror management Theory, TMT), відповідно до якої люди похилого віку своїм існуванням нагадують молоді про їхню власну вразливість і смертність, у зв'язку з чим молоді люди намагаються дистанціюватися від літніх, створюючи своєрідний буфер, що пом'якшує тривогу, пов'язану зі страхом смерті [4].

Ейджизм розділяється на інституційний (що юридично закріплює дискримінацію осіб, які належать до певної вікової групи), і внутрішній (який включає принижуючі висловлювання й поведінку, що дискримінує: ігнорування, психологічне або фізичне насильство, аж до газлайтингу та аб'юзингу. За нашими спостереженнями негативне ставлення до представників періоду пізньої дорослості може проявлятися у вигляді деструктивних моделей пасивної або агресивної взаємодії оточуючих зі старими людьми.

Діапазон цієї взаємодії може коливатись від байдужого або зневажливого ставлення мікросоціальних груп або окремих її членів до осіб похилого й старечого віку до непрямого або прямого насильства над ними

Під непрямым насильством ми розуміємо [1]:

1) обмеження юридичних, трудових і цивільних прав людей похилого віку;

2) порушення припустимих меж у фармакотерапії (наприклад, перевищення доз седативних або знеболюючих засобів, безконтрольне призначення препаратів без урахування їх доцільності й індивідуальних протипоказань для старих людей (антидепресантів, транквілі-заторів, снодійних або інших психофармацевтичних засобів); перевищення строків тривалості прийому лікарських препаратів; несвоєчасний прийом ліків або відмова в них хворому та ін.);

3) халатне ставлення при догляді за старими людьми, яке здатне спричинити фізичні або психічні травми (відсутність профілактики пролежнів, порушення гігієнічних норм утримування, психологічна й соціальна ізоляція (відмова в повноцінному спілкуванні, необхідних прогулянок, створення інформаційного вакууму та ін.);

4) порушення режиму харчування (відсутність збалансованого харчування з урахуванням потреб старого організму (вітамінів, клітковини, білків, необхідної кількості рідини, пропуск своєчасного прийому їжі та ін.);

5) пасивне ставлення до процесу хвороби або вмирання (небажання вживання необхідних заходів для порятунку здоров'я або життя старої людини).

До прямого насильства ми відносимо [1]:

1) соціальну агресію (неповажне ставлення в суспільстві до старих людей, скоєння образливих, хуліганських дій стосовно них й ін.);

2) психологічний терор (дезінформація, залякування, образи, знущання, підбурювання до суїциду);

3) економічне насильство (позбавлення фінансової волі, скоєння кримінальних дій (фінансовий шантаж, вимагання, злочинство)

4) насильницьку ізоляцію (соціальну, фізичну, психологічну та інформаційну ізоляцію);

5) позбавлення можливості реалізації гігієнічних вимог і потреб;

6) позбавлення відпочинку або сну;

7) позбавлення їжі й/або води;

8) застосування прямої фізичної сили (жорстоке ставлення, позбавлення рухів (зв'язування), сексуальне насильство, заподіяння навмисних тілесних ушкоджень);

9) відмова в необхідному лікуванні, позбавлення медичної допомоги (пасивна евтаназія);

10) вбивство.

Подібне ставлення до літніх громадян формує у свідомості людей негативний образ старої людини, якій приписуються узагальнені якості, що применшують і принижують її особистість.

Феномен ейджизму властивий менталітету населення, що включає всі вікові категорії, але більш стосується осіб похилого та старечого віку.

На IX Міжнародному симпозіумі з біоетики: здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання, який проходив 15-16 квітня 2021 піднімалися проблеми ейджизму та ейблізму у зв'язку із пандемією на COVID-19 та

піднімалися питання чи правомірні критерії оцінки пріоритетності лікування пацієнтів та визначення корисності людини для суспільства на підставі літнього віку та наявності хронічних захворювань? [2].

У наслідок того, що ми знаходимося в умовах всесвітнього карантину через смертельно небезпечну вірусну інфекцію COVID-19, які відносяться до найбільш вразливої частини населення, спостерігається тенденція руйнування традиційно поважливого та бережного ставлення до осіб похилого віку. Наприклад, ми бачили приклади сортирування у Італії пацієнтів, хворих на COVID-19, які застосовувалися по відношенню до людей похилого та старечого віку. Йшов масовий розподіл суспільства на страти (категорії населення) в основу якого був покладений вік. Британська медична асоціація розробила етичні рекомендації для лікарів щодо прийняття рішень в умовах пандемії COVID-19 – «Про використання віку та/або інвалідності у нашому керівництві». Рекомендації роз'яснюють, що лікарі можуть опинитися в ситуаціях необхідності прийняття «строго прагматичних рішень». При цьому, деяким пацієнтам може бути взагалі відмовлено в інтенсивному лікуванні, яке б, у разі відсутності пандемії COVID-19, вони обов'язково отримали [6]. Таким чином, люди похилого та старечого віку, фактично виводилися за межі потрібної та своєчасної медичної допомоги, оскільки перевага у лікуванні надавалась представникам більш молодого населення.

18 березня 2021 року, у доповідях Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Управлінні Верховного комісара з прав людини (УВКПЛ), Департаментом ООН з економічних та соціальних питань (ДЕСВ ООН) та Фондом ООН у галузі народонаселення (ЮНФПА), фахівці закликають вжити негайних дій у боротьбі з ейджизмом [3].

Для цього, на думку доповідачів, потрібно більш точно оцінювати масштаби проблеми, що обговорюється та поширювати інформацію про ейджизм, який є лихом для кожного суспільства, щоб викрити справжню його сутність та вжити заходів для його подолання [8].

Виконавчий директор Фонду ООН у галузі народонаселення Наталія Канем, сказала: «Пандемія різко послабила вразливість людей похилого віку, особливо найбільш маргіналізованих, які часто стикаються з дублюючою дискримінацією та перешкодами – тому що вони бідні, живуть з обмеженими можливостями, є самотніми або належать до груп меншин» [3].

На думку доповідачів, ейджизм призводить до надмірних витрат на охорону здоров'я на яке впливає трьома шляхами: психологічним, поведінковим та фізіологічним. Психологічно негативні вікові стереотипи можуть збільшити рівень стресу, поведінково – впливати на негативне самосприйняття старіння і викликати погіршення стану здоров'я за рахунок неотримання необхідного лікування; Фізіологічно – негативні вікові стереотипи можуть сприяти соматичним проблемам та негативним змінам мозку у подальшому житті, які проявляються з часом [8].

Підсумками обговорення стали наступні висновки:

Систематичний огляд, який проводився у 2020 році, показав, що у 85% зі 149 досліджень саме вік визначав, хто проходив певні медичні процедури чи лікування, а хто ні [3].

За оцінками даних, які були представлені у доповіді, 6,3 мільйона випадків депресії у всьому світі пов'язані з віком [3].

Ейджизм обходиться суспільству у мільярди доларів. Наприклад, дослідження, які проводились у 2020 року у Сполучених Штатах Америки показали, що ейджизм у формі негативних вікових стереотипів та самосприйняття призвів до величезних щорічних витрат у розмірі 63 мільярдів доларів США та росту захворювань серед населення [3].

Верховний комісар Організації Об'єднаних Націй з прав людини Мішель Бачелет,

наголосила: «Ми повинні боротися з ейджизмом віч-на-віч, як із порушенням прав людини, що глибоко вкоренилося» [8]. Такий ейджизм небезпечний тим, що руйнує суспільство вщент не кажучи вже про гуманізм. У суспільства, в якому відбувається дискримінація літніх людей, немає майбутнього. Молоде населення буде неминуче старіти, і тому проблема стигматизації людей похилого та старечого віку, через якийсь час, стане долею тих, хто ще вчора притримувався дискримінаційних поглядів на вік.

Опитування 83 034 осіб у 57 країнах світу, показало, що кожна друга людина дотримується помірно чи яскраво виражених ейджистських поглядів [7].

Не буває суспільства вічної юності. Люди народжуються, старіють і вмирають, а смерть ще ніхто не перемиг, тому найважливішим є комплексний підхід у вирішенні проблеми геронтологічного ейджизму, що включає:

– прийняття законів, спрямованих на боротьбу з ейджизмом, усуненню дискримінаційних основ потенціювання серед населення вікової стигматизації та захисту осіб літнього та похилого віку від проявів ейджизму у соціумі;

– впровадження освітніх програм, що сприяють усуненню негативного сприйняття літнього віку серед населення;

– створенню умов для осіб будь-якого віку, у тому числі й для тих, хто вступив у період пізньої дорослості.

### **Список використаних джерел**

1. Березіна О.О. Ейджизм у суспільстві: проблеми пізнього віку. Київ, 2008, URL: <https://www.newlearning.org.ua/sites/default/files/praci/zbirnyk-2008/1.htm>

2. Бугайова Н. М. Біоетичні проблеми в умовах пандемії covid-19: ейджизм, ятрогенія, суїцид, дотримання прав пацієнтів та їх родичів у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії або смерть на самоті? IX Міжнародний симпозіум з біоетики. Здоров'я, медицина та філософія: стратегії виживання, 15-16 квітня 2021, м. Київ. URL: [https://nuozu.edu.ua/images/Novosti/14\\_04\\_21-1.pdf](https://nuozu.edu.ua/images/Novosti/14_04_21-1.pdf)



3. Ageism is a global challenge: UN, 18 March 2021, URL: <https://www.who.int/news/item/18-03-2021-ageism-is-a-global-challenge-un>
4. Ayalon L., Tesch-Römer C. (2018) Introduction to the Section: Ageism-Concept and Origins. In: Ayalon L., TeschRömer C. (eds) Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging, vol 19. Springer [https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-73820-8\\_1.pdf](https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-319-73820-8_1.pdf)
5. Butler, R. N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4): 243–246.
6. COVID-19 – ethical issues. A guidance note. British Medical Association. 02 April 2020. URL: <https://www.bma.org.uk/media/2226/bma-covid-19-ethics-guidance.pdf>
7. Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Mira Leonie Schneiders, Paul Nash 3 and Vânia de la Fuente-Núñez. Ageism, Healthy Life Expectancy and Population Ageing: How Are They Related?, 1 May 2020, URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph17093159>
8. The Global report on ageism. 18 March 2021, URL: <https://youtu.be/1fKD7aHFpZw>

*Богуславська Ірина Володимирівна,  
молодша наукова співробітниця  
Українського науково-методичного центру  
практичної психології і соціальної роботи  
НАПН України,  
м. Київ, Україна*

## **НАУКОВО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДІВ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ТА МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ**

Сьогодні, в умовах невизначеності, погіршення якості життєдіяльності, а також зміни цінностей і пріоритетів серед населення, збільшується ймовірність отримання травматичного досвіду, особливо дітьми дошкільного та молодшого шкільного віку.

Визначено, що діти є найбільш вразливою групою населення, яка не лише в значній мірі піддається впливу з боку зовнішніх загроз, а і цілком занурюється у проблему в силу відсутності досвіду протистояти їй.

В контексті низької здатності дітей до самостійного подолання травматичного досвіду доцільним є розширення спектру методів надання необхідної і завчасної допомоги для них, зокрема шляхом використання арт-терапевтичних методик.

Одним із невербальних підходів корекції психічного і емоційного стану дитини є метод sand play – пісочна юнганська терапія, запропонована послідовниками юнганської школи Ш. Бюллер, Д. Калфф, М. Ловенфельд, Е. Нойман, Е. Вейнріб в якості методики роботи саме із дітьми, яким була нанесена травма психічному здоров'ю та спричинила емоціональний дисбаланс. Передумовами дитячої травми може стати:

–інтенсифікація дії несприятливих факторів оточуючого середовища та низька здатність дитини протистояти ним;

–значний тиск з боку гостро емоційних стресових дій, які здійснює певна особа та які переважно мають руйнівний вплив на психіку та психо-емоційну стабільність іншої особи, особливо якщо такою особою є дитина.

Потреба у корекції психічного здоров'я дитини визначається її поведінкою. Травматичний досвід спричиняє кризу, реакція дитини на яку проявляється у самостійному оволодінні собою шляхом використання однієї із копінг-стратегій – механізмів психологічного захисту, які дитина здатна самостійно застосувати з метою зняття напруженості. Тобто така стратегія є природньою реакцією на зовнішні подразники і не вимагає залучення когнітивних та емоційних процесів (рис. 1).

На етапі застосування одної із наведених на рис. 1 стратегій важливою є пропозиція з боку дорослого оточення допомоги дитині в контексті подолання травматичного досвіду (особливо якщо враховувати несформованість психіки та

недостатньо розвинутий вольовий контроль емоційних реакцій у дітей). Sand play є не лише методом терапії, спрямованим на відновлення психічного здоров'я, а і грою, яка, беззаперечно, здатна змістити фокус дитини із психо-емоціональних переживань на буденність.

Таким чином, метою пісочної терапії є відновлення постраждалої дитини в статусі продуктивного суб'єкта життєдіяльності, здатного до позитивної взаємодії з навколишнім світом, оточуючими людьми, а також із самим собою.

Досягнення позитивного ефекту від застосування інструментів та методів sand play у роботі із психічно травмованими дітьми можливе шляхом виконання наступних завдань, а саме сприяння стабілізації емоційного стану; формування навичок самостійного вибору моделі поведінки відповідно до складності чи незрозумілості життєвих обставин; ознайомлення дитини із концептуальними основами самоаналізу, а саме самодіагностуванням, самопізнанням, самоприйняттям та саморегуляції, а також активізація процесів самостійного вибору найбільш оптимального рішення ситуації із сукупності альтернативних; сприяння побудові позитивного образу майбутнього та підвищення рівня відповідальності за майбутні події, які відбуватиметься внаслідок дій дитини; активізація процесів соціалізації шляхом розвитку соціальної активності та окреслення важливості соціальної та особистісної реалізації [3, с. 9-10].

<i>Стратегія компенсації</i>	Зміна у поведінці дитини шляхом максимальної концентрації її уваги на взаємодії із оточуючим середовищем (спілкування з друзями, придбання нових речей, веселі ігри тощо).
<i>Стратегія уникнення</i>	Відмова дитини у сприйнятті досвіду, його відторгнення, а також бажання уникнути контакту з джерелом травми; в основі стратегії закладена втеча, заперечення подій, які вже сталися і мали вплив на буденність. Характерним є уникнення соціальних контактів.
<i>Стратегія регресу</i>	Відмова дитини від взаємодії із зовнішнім середовищем, замкнутість, сонливість, надання пріоритету позиції «я не можу» над комунікуванням та опрацюванням досвіду із спеціалістами.
<i>Стратегія конфронтації</i>	Прагнення подолати травматичний досвід ґрунтується на визначенні пріоритетності власних інтересів і потреб над інтересами іншої особи. Проте, існує велика ймовірність поступового виходу з кризи в наслідок емоційного і когнітивного «опрацювання» досвіду.

**Рис. 1. Стратегії сприйняття дитиною травматичного досвіду та оволодіння собою на етапі пост-кризи**

Джерело: складено автором за даними [1, с. 148; 2, с. 24-25].

Психологічний ефект від арт-терапії відображається у формуванні чи відновленні після травми навичок контролю: дитина, маніпулюючи із пісочними

об'єктами, відчуває здатність впливати на події, що в результаті знижує її переживання і страхи.

Окрім того, характерним є відновлення балансу між внутрішніми бажаннями та фактичними наслідками від їх реалізації.

Терапія sand play в першу чергу є методом оздоровлення психіки дітей дошкільного чи молодшого шкільного віку, а тому методика ґрунтується на орієнтовно визначеній організаційній структурі, яка побудована відповідно до етапів подолання травматичного досвіду. Ще засновником К. Юнгом було зазначено, що умовно терапевтичну гру можна розподілити на три фази:

1. «Хаос»: травма дитини відображається у її діях, а тому гра може бути позбавлена вербальних позначень, повторюватись за сюжетом та не мати розвитку. Відбувається завмирання дитини у травматичній ситуації, що є цілком природньою рефлексивною реакцією;

2. «Боротьба»: гра починає наповнюватись певними емоціями, відбувається відновлення почуття контролю над подіями, зокрема травматичною ситуацією. Ігрова реальність позбавляє травматичний досвід домінуючого положення шляхом його заміни у підсвідомості травмованої дитини на нову емоційно забарвлену картинку;

3. «Вихід із конфлікту»: гра сприяє раціоналізації і прийняття у свідомості дитини подій, що стались. Досягнення терапевтичного ефекту відбувається завдяки переформатуванню травматичних подій у сприйнятну для дитячої психіки форму. Позитивною тенденцією є бажання особистості до управління сюжетом гри, що позбавляє травматичні події впливовості та суб'єктивного контролю над психо-емоційним станом дитини.

В ході переопрацювання кожного із перелічених етапів гри відбувається звільнення заблокованої психічної енергії, що активізує процеси відновлення і самолікування, які природою закладено у психіці особистості.

Отже, гра із піском формує умови для самореалізації травмованої особи; створення максимально комфортного оточення у грі дозволяє дитині зануритись у хід подій, які з часом вона починає сприймати як виклики, що активізує процеси пошуку оптимальних рішень.

По мірі переопрацювання травматичного досвіду в грі разом із терапевтом особистість починає усвідомлювати, що кожна подія має різні напрями її розвитку і вирішення. Завдяки проєкції цієї ідеї на життєві обставини дитина розуміє, що шляхом аналізу можна сформулювати цілу сукупність альтернативних реакцій на певні події та визначити найбільш вдале рішення, яке унеможливить настання кризи.

Це дозволяє дитині у невербальній формі змінювати своє відношення до себе, близького оточення, а також подій, які відбувались та відбуватимуться у майбутньому.

Таким чином визначено, що проєкція ігрових дій на життя сприяє усвідомленню швидкоплинності та мінливості обставин, а також адаптації дитини до подій, які мають місце в буденності. За таких умов:

– по-перше, страх настання невизначеної події знижується;  
– по-друге, дитяча психіка вже готова до сприйняття кризових обставин, зокрема детальне опрацювання попереднього досвіду дозволяє знизити рівень складності травми у майбутньому (в разі її повторного настання) або ж повністю забезпечить активізацію процесів самозахисту психічного та емоційного стану дитини.

**Висновки.** Визначено, що подолання травматичного досвіду у дітей дошкільного чи молодшого шкільного віку має специфічні риси в силу значного рівня залежності психіки від зовнішніх подій, подразників, які досить часто стають передумовами психічної чи психологічної травми.

Визначаючи sand play як специфічний напрям терапевтичної практики доцільно наголосити на її ефективності, оскільки методика є цілком адаптованою до буденності дитини та в силу своїх ігрових властивостей занурює дитину у терапію.

Пісок і вода, як ключові носії сенсорних вражень, забезпечують оздоровлення психо-емоційного стану, зниження тривоги та страхів, активізують і фізичну, і розумову активність, а ігрова реальність відновлює почуття контролю над подіями, що формує у свідомості дитини ідею про можливість застосування контролю не лише в межах гри, а і у життєвих обставинах, незалежно від їх складності.

#### **Список використаних джерел**

1. Волошок О., Прус, С. Поведінкові прояви копінг-стратегій у осіб юнацького віку. *Молодий вчений*. 2021. №1 (89). С. 146–151. <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2021-1-89-31>

2. Карамушка Л. М., Снігур Ю. С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні Проблеми Психології*. 2020. Том 1 (55). С. 23–30.

3. Ткачук І. І. Психолого-педагогічний супровід особистісного і професійного самовизначення старшокласників, що опинилися у складних життєвих обставинах внаслідок військових конфліктів / наук. ред. В. Г. Панок. Київ: УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. 78 с.

**Большакова Анастасія Миколаївна,**  
докторка психологічних наук, професорка,  
завідувачка кафедри психології та педагогіки  
Харківської державної академії культури,  
м. Харків, Україна

## **АСТ (ТЕРАПІЯ ПРИЙНЯТТЯ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ) У НАДАННІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЩОДО НАСЛІДКІВ ПЕРЕЖИВАННЯ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ**

**Постановка проблеми.** Важливим напрямом наукових досліджень та практичних розробок у сучасній психології завжди було та залишається вивчення особливостей взаємодії особистості з ситуаціями, які висувають вимоги, що перевищують її адаптаційний потенціал і загрожують її психічному та фізичному благополуччю. Сукупність таких загрозливих обставин описують у термінах «кризова ситуація», «важка життєва ситуація», «екстремальна ситуація», «напружена ситуація», «травмуюча ситуація». Наслідками перебування у таких ситуаціях є високий ризик психічної травматизації, яку у сучасних психіатричних класифікаціях тлумачать як:

– порушення цілісності функціонування людської психіки, що виявляється в глибоких і болючих переживаннях, викликаних екстремальною ситуацією, реальною смертю або загрозою, серйозними травмами або сексуальним насильством (DSM-5);

– стресову подію або ситуацією (як короткостроковою, так і довгостроковою) виключно загрозливою або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини (МКХ-10);

– будь-який тривожний досвід, який призводить до значного страху, безпорадності, дисоціації, плутанини та інших почуттів, які заважають нормальному життю і досить інтенсивний, щоб мати довгостроковий негативний вплив на установки, поведінку та інші аспекти функції людини (АРА)

### **Викладення основного матеріалу.**

До психотерапевтичних напрямів «першого вибору» у роботі з наслідками переживання психотравмуючих ситуацій відносять: TF-CBT – Trauma Focused CBT (травма-фокусовану когнітивно-поведінкову терапію), EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing (десенсибілізація та переробка рухами очей), Prolonged Exposure Therapy (терапія пролонгованою експозицією), NET – Narrative Exposure Therapy (нарративну експозиційну терапію). Втім, на сьогодні все більше й більше емпіричних досліджень доводять ефективність психотерапевтичних інтервенцій, розроблених у межах АСТ (Acceptance and Commitment Therapy) – терапевтичного напрямку, який базується на принципах прийняття та відповідальності, як детермінантах

розвитку усвідомлюваності та мотивованої згоди особистості на поведінкові зміни [4].

Метою надання психологічної допомоги в АСТ є розвиток психологічної гнучкості як здатності усвідомлювати поточний внутрішній досвід, тестувати реальність і будувати свою поведінку відповідно до обраних цінностей (мотивів). Для реалізації цієї мети психотерапевт має допомогти клієнтові досягти [1 – 3]:

- усвідомлення того, в якому житті він хотів би жити в ідеалі;
- розуміння того, що стоїть на шляху;
- усвідомлення того, що більшість сприйнятих бар'єрів насправді не є бар'єрами;
- усвідомлення своєї здатності робити вибір на користь бажаного життя.

Складовими психологічної гнучкості, які визначають шість напрямів психотерапевтичної роботи в АСТ (модель «гексафлексу»), є [1 – 3]:

1. Усвідомлюваність (присутність тут та зараз) – психологічні навички уваги до свого життя з відкритістю, зацікавленістю, співчуттям, які містять: прийняття болісних почуттів та насолоду приємними; спостереження за переживаннями та «заземлення» негативних емоцій.

2. Прийняття – здатність бути відкритим тому, що відбувається, витримувати те, що відбувається, бути толерантним до дістресу, усвідомлювати, як те, що відбувається у внутрішньому світі структурує зовнішню поведінку.

3. Цінності – розвиток здатності жити, керуючись власними уявленнями про те, як людина бажає жити у поточному моменті та у кожен мить свого життя, про обрані напрями життя та бажані особистісні якості.

4. Когнітивне розплутування – гнучке реагування на думки, щоб вони могли впливати на поведінку, але не домінувати над нею, розуміння того, що дійсна природа думок – це те, що вони є конструкцією зі слів та образів.

5. Зобов'язання до дії (мотивована дія) – побудова життя у відповідності до цілей, цінностей та смислів, залученість до життя та відкритість до нового досвіду, відмова від поведінкових стратегій, які не працюють.

6. Селф як контекст (селф, яке спостерігає) – розвиток внутрішньої інстанції, яка спостерігає за розумом, помічає результати його роботи, здатна гнучко обирати перспективу, надає розуміння того, що ми не є змістом нашого досвіду, нашими думками та переживаннями, тими соціальними ролями які виконуємо....

Виходячи з цього, метою психотерапії у напрямі АСТ є перетворення функції неподоланного болю, щоб знайти спосіб поліпшити якість життя, незважаючи на наявність болісних спогадів та страждань.

Ще однією цінною особливістю є те, що АСТ підвищує мотивацію постраждалих від психотравми до експозиції (ефективного, але болісного у реалізації психотерапевтичного підходу) завдяки тому, що дозволяє: подолати «застрягання» психотравмованих осіб у дисфункціональних думках і спогадах; збільшити цілеспрямовану увагу до інтероцептивних сигналів; піддати сумніву

неефективні стратегії контролю та дотримання фіксованих правил; підтримати залучення в експозиції в контексті реалізації цінностей; прийняття та розплутування полегшують вивчення болісного досвіду.

Етапами АСТ у роботі з травмою є:

1. Безпека та стабілізація (побудова довірливих відносин, стабілізація та полегшення симптомів, психоедукація, концептуалізація клієнтського випадку, узгодження плану терапії, робота над встановленням контакту з моментом, розвиток усвідомлення, когнітивне розплутування).

2. Робота з пам'яттю (експозиція та прийняття травматичних спогадів, переробка та інтеграція травматичного досвіду, інтеграція психотравматичних спогадів в автобіографічний нарратив, функціональний аналіз поведінки).

3. Реінтеграція (інтеграція дисоційованих частин, перехід до почуття Селф, узагальнення навичок емоційної регуляції та вирішення проблем, фокус на побудові ієрархії поведінкових змін у довгостроковій перспективі для реалізації цінностей, робота з паттернами відносин, прихильністю та довірою).

### **Висновки**

Терапія прийняття та відповідальності є сучасним психотерапевтичним напрямом, опанування яким може розглядатися, принаймні, як можливість розширення репертуару використовуваних психотерапевтом пояснювальних концепцій та інтервенцій. У роботі з наслідками психотравми АСТ корисна тому, що дозволяє врахувати ті особливості психотравмованих осіб, які перешкоджають терапії:

- «застрягання» у думках і спогадах;
- намагання контролювати емоції через «неробочі» дії;
- неминучість, неподоланність (його неможливо повністю забрати) болю від психотравмуючої ситуації та її наслідків;
- певні відповіді на біль (надмірне уникнення, втрата контакту з моментом), які є більшою проблемою, у порівнянні з самим болем.

### **Список використаних джерел**

1. Бах, П.А., Моран, Д.Дж. АСТ на практиці. Концептуалізація випадків в терапії прийняття і відповідальності. Київ : Діалектика, 2021. 448 с.
2. Зеттл Р. Терапія прийняття і відповідальності для лікування депресії. Руководство психотерапевта. Київ : Діалектика, 2021. 528 с.
3. Хейс, С.С., Штротсаль, К.Д., Уилсон, К.Г. Терапія прийняття і відповідальності. Процеси і практика осознаних змін. Київ : Діалектика, 2021. 544 с.
4. Hayes Steven C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy. Volume 35, Issue 4, Autumn 2004. P. 639–665.



*Бондарук Юлія Сергіївна,  
наукова співробітниця  
Українського науково-методичного центру  
практичної психології і соціальної роботи,  
м. Київ, Україна*

## **ОКРЕМІ АСПЕКТИ ПЕРЕЖИВАННЯ ВТРАТИ І ГОРЯ У ДІТЕЙ: ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД**

**Постановка проблеми.** Так само як хвороби, втрати є невід'ємною частиною нашого життя та можуть відрізнятися за ступенем впливу на нього: певні втрати можуть лишитися непоміченими, а інші можуть призвести до порушення звичного способу життя та призвести до глибоких змін особистості.

В останні роки з'явилися дослідження, що вказують на те, що у період трауру підвищується ризик соматичних захворювань.

Це зумовлене тим, що потужний стрес внаслідок втрати і адаптація до нового життєвого устрою може викликати порушення в імунній системі, соматичні захворювання та бути пусковим механізмом в онкопатології та іноді призводити до психічних розладів [5].

Слід додати, що військовий конфлікт на Сході України, загибель військових зумовлюють особливу актуальність проблеми соціально-психологічного супроводу дітей, які переживають втрату рідних. В нашому дослідженні ми зосередилися на психологічних особливостях переживання горя як природної реакції на втрату, та аналізі психологічних особливостей дитячого горювання і надання психологічної допомоги дитині в час скорботи.

**Викладення основного матеріалу.** Існує класифікація втрат і тому робота з ними буде відрізнятись. Можна виокремити наступні типи втрат: соціальні втрати (наприклад, втрата роботи чи навчання); психічні й фізичні (втрата певних здібностей і можливостей); духовні (втрата віри, розчарування); матеріальні (втрата домівки внаслідок стихійного лиха, техногенних катастроф, військових дій та ін.); психологічні втрати (переважно стосується різких змін у сприйнятті Я-образу людиною) [1].

Будь-яка втрата викликає сильні переживання, однак найбільш травмуючою є втрата близьких людей, тому в нашому дослідженні ми будемо акцентувати увагу на особливостях переживання горя як реакції на смерть.

Горе – це реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього, що включає душевний біль, смуток, гнів, безпорадність, почуття провини і розпач. Можна означити, що втрата – це досвід людини, пов'язаний із смертю близьких, а горе – це почуття (страждання) та їх прояв.

Для більш ясного розуміння необхідно визначити кого і що можуть втрачати діти. Втрату у дитини характеризують як втрату зв'язку та прив'язаності – тобто досвід взаємодії з людиною. Значний внесок у

дослідження втрат зробив Ерік Ліндемман, який описував процес «роботи горя» протягом якого, особа звільняється від прив'язаності до померлого, адаптується до світу, в якому більше немає померлого і зав'язує нові стосунки [3].

Переживання скорботи змінюється відповідно до вікового періоду розвитку дитини, оскільки це багаторівневий процес. За дослідженнями М.Є. Дашкіної, яка спиралась на теорії психічного розвитку та досвід британських вчених, можна виділити наступні вікові групи і описати їх провідні почуття. Так, у дітей віком 6-8 років з'являються перші роздуми про розуміння майбутнього і про те, що померлий родич (дідусь чи бабуся, або батько) не буде жити разом із ними і його вже ніколи не побачиш.

У дітей може виникати почуття провини і вони не усвідомлюють різниці між почуттями і діями, а тому вважають, що їхні думки та бажання можуть призвести до негативних наслідків. Важливо під час роботи з дитиною обговорювати, що вона не є причиною смерті близької людини і опрацьовувати її фантазії та страшні сни.

А оскільки діти цього віку заінтриговані самим процесом смерті, то в своїй уяві часто малюють монстрів чи привидів, яких бояться.

Психологи наголошують також на важливості чітких та обережних формулюваннях, що використовують дорослі під час пояснення сумної події. Використовуючи слова «пішла від нас», можна змусити дитину чекати на повернення близької людини, оскільки діти часто сприймають смерть як тимчасову відсутність.

Представлення смерті як тривалого сну може призвести до того, що в дитини може розвинути страх засинання.

Смерть одного з батьків призводить до втрати почуття безпеки, що зумовлене реакціями так званого рептильного мозку на стрес. Наприклад, реакція завмирання – коли дитина потребує часу на усвідомлення того, що сталося, а також виразити такі свої емоційні реакції, як біль, злість чи страх. Або така реакція, як надмірна активність, що зумовлена високим ступенем тривоги, що виражається у тілесних проявах непосидючості, гіперактивності, агресії чи ризикованої поведінки.

Реакцію гіпоактивності можна спостерігати, коли дитина стає дуже тихою, мовчазною, втрачає інтерес до будь-чого або демонструє послужливість, відмовляється від ігрової діяльності. Часто можна спостерігати регресивну поведінку у дитини як спосіб повернутися до безпечного стану або фантазування чи сублімацію, за допомогою якої вона намагається впоратися із втратою.

У віці 9-12 років, діти здатні виражати співчуття, вони можуть відчувати печаль, сум чи гнів, але не до кінця усвідомлюють, що з ними відбувається. Поряд із цим, усвідомлення втрати близької людини викликає почуття безпорадності і безнадії або може відбуватися заперечення почуттів, неприйняття втрати і процесу переживання горя.

Вчені вважають, що втрата батьків своєї статі може переживатися болючіше і пов'язують це із процесом статевої ідентифікації, що відбувається в цьому віці і зближенням з одним із батьків (як правило, своєї статі) і віддаленням від іншого.

Дітей цього віку особливо лякає усвідомлення власної смерті, що і може призводити до заперечення своїх почуттів, а тому психологу важливо працювати із почуттями, думками і спогадами про померлого. Це сприяє кращому розумінню як дітям, так і дорослим причин їх складної та непередбачуваної поведінки, що пов'язана з переживанням важкої втрати.

Для дітей віком 13-16 років втрата близької людини може бути дуже травматичною, що зовні може проявлятися у почуттях гніву по відношенню до членів сім'ї чи однолітків. Або дитина може копіювати поведінку і манери померлої близької людини, з якою у неї ідентифікація, що притаманне підлітковому віку.

Як правило, це триває недовго і потребує допомоги у випадку, коли сильна ідентифікація з померлим затягується і потребує подолання своєї агресії стосовно людини, яка покинула підлітка на такій важливій стадії життя. Агресивні почуття можуть змінюватися на депресивні через сильний біль від втрати людини, з якою підліток себе ідентифікував. Реагуючи на втрату близьких, рідних, друзів, більшість підлітків не можуть виразити свої почуття, хоча переживають дуже глибоко.

Часто, під час похорону діти можуть виглядати скуто, ніби із застиглим обличчям, і може здаватися, що вони ніяк не реагують на втрату, не переживають жодних емоцій чи почуттів.

Це свідчить про стан заціпеніння, в якому вони перебувають і є проявом глибокого переживання горя. Дорослим слід бути уважними, адже чим довше таке заціпеніння, тим глибшою є криза, що призводить до серйозних наслідків для психічного стану.

Старші підлітки віком понад 16 років, переживають процес смерті як дорослі. Вони потребують чесного, зрозумілого і водночас обережного для них пояснення про смерть (аби не налякати). Їм важливо бачити як дорослі виражають, а не приховують свої почуття, і як опановують себе [2].

**Висновки.** Отже, скорбота являє собою багаторівневий процес і змінюється з кожним наступним віковим періодом і тому підхід у роботі з дитиною буде відрізнятися.

Окремим важливим аспектом цієї проблеми слід виділити культуру горювання дорослих, адже дитину найчастіше вражають (травмують) реакції дорослого та відсутність належної підтримки близьких. Їй важливо отримувати інформацію, мати можливість задавати питання та отримувати досвід того, як це переживають дорослі.

Подальших розвідок потребує вивчення та вдосконалення методів та технік роботи з ускладненим горюванням на різних етапах його переживання.

**Список використаних джерел**

1. Войтович М.В. Психологічні особливості горювання / Актуальні проблеми психології. 2019. Том V. Випуск 19, С.10-22.
2. Дашкина М.Е. Основы групповой работы с детьми, переживающими утрату близких: На основе опыта Великобритании. М. Е. Дашкина / Практична психологія та соціальна робота: Науково-практичний та освітньо-методичний журнал. 12/2003. №10, с.40-42.
3. Линдемманн Э. Клиника острого горя. Э. Линдемманн. Психология эмоций. Тексты / Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. – М. : МГУ, 1984. – с. 212-220.
4. Томчук М.І., Яцюк М.В. Соціально-психологічна підтримка дітей, які переживають батьківську втрату / Навчально-методичний посібник – Вінниця: КВНЗ «Вінницька академія неперервної освіти», 2016. 58 с.
5. Уманский С.В. Тяжелая утрата и горе. Психологические и клинические аспекты. – Режим доступа до ресурсу: <https://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm>

**Бочкова Тетяна Михайлівна,**  
*здобувачка освіти спеціальності «Психологія»  
Донецького Національного Університету  
імені Василя Стуса,  
науковий керівник: доцентка кафедри психології  
Донецького Національного університету  
імені Василя Стуса,  
Васюк К.М.,  
м. Вінниця, Україна*

## **ТЕОРЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК САМОРЕГУЛЯЦІЇ У МОЛОДІ З ІНВАЛІДНІСТЮ**

Інвалідність давно перестала розглядатися як суто медична проблема, під нею все частіше розуміється обмеження соціально-психологічного функціонування індивіда на тлі ряду значущих інститутів, таких як освіта, культура, політика, сім'я і т.д.

Однак, недосконалість системи в цілому призводить до того, що особи з інвалідністю перестають прагнути змін в житті, втрачають інтерес до нормальної трудової діяльності, звикають до того, що про них турбується держава і поступово починають займати пасивну позицію в житті.

Така ситуація веде до того, що особи з інвалідністю слабо інтегруються в соціум, а також стають об'єктом стигматизації. Їх починають зневажати, вважати тягарем для суспільства, лінивими тощо. Це особливо ускладнює життя тих людей, які, не дивлячись на фізичні перепони, прагнуть знайти повноцінну роботу і мати повноцінне соціальне і трудове життя.

Інвалідність у молоді означає істотне обмеження життєдіяльності, вона сприяє соціальній дезадаптації, яка обумовлена порушеннями в розвитку, ускладненнями в самообслуговуванні, спілкуванні, навчанні, оволодінні в майбутньому професійними навичками. Освоєнні інвалідами соціального досвіду, включення їх в існуючу систему суспільних відносин вимагає від суспільства певних додаткових заходів, засобів і зусиль (це можуть бути спеціальні програми, спеціальні центри по реабілітації, спеціальні навчальні заклади тощо).

Досвід фахівців-психологів засвідчує, що особи з особливими потребами досить часто стикаються зі специфічними проблемами в різних сферах життя, зокрема у сфері освіти, працевлаштування, громадської діяльності, сімейних відносин, побуту та дозвілля, комунікації тощо.

На сьогодні існує значна кількість досліджень. Наприклад : дослідження Т.Бондаренко на тему «Стратегії соціальної інтеграції людей з інвалідністю», дослідження М. Бутиріної «Проблеми соціальної адаптації людей із особливими потребами», дослідження О. Клименко на тему «Становлення життєвої перспективи особистості в ситуації набуті інвалідності».

Вони присвячені новому підходу до інвалідності, які потребують узагальнення, систематизації, створення теоретико-методологічної бази цих досліджень та впровадженні здійснених розробок у практику життєдіяльності людей із особливими потребами, їх близьких та суспільства у цілому.

В теоретичному аспекті можна виділити наступні перспективні напрямки досліджень цієї проблеми:

«синдром інваліда» розкритий в роботах Ю.М.Швалб, Л.В.Тищенко, А.Колупаєва, який характеризують наступні «симптоми»: рентні настановлення; позиція «жертви»; відчуття втраченого здоров'я; «симптом винятковості»; «відчуття втраченого майбутнього»; «симптом вивченої безпорадності»; відчуття втрачених можливостей, а також «відчуття втраченого щастя».

Другим напрямком є дослідження соціально-психологічної адаптації. Важливим аспектом соціально-психологічної адаптації осіб з інвалідністю є розвиток впевненості в собі, віри у свої можливості, здібності, бажання досягати поставленої мети задля власного саморозвитку, самовдосконалення. Дослідженнями в цій сфері займалися А.Капська та О.Безпалько.

Третій вектор – це дослідження мотиваційної сфери осіб з інвалідністю. Мотиваційний компонент визначають як головний в механізмі саморегуляції поведінки і діяльності людини, він посідає чільне місце в структурі особистості й пронизує всі її структурні утворення: спрямованість, характер, емоції, здібності, психічні процеси тощо. Добре висвітлена ця тема в роботах Н.Володарської та Н.Петрученко.

Підґрунтям мотиваційного компоненту саморегуляції є визначення проблемної ситуації, постановка пізнавальної задачі (як результату обґрунтованої проблемної ситуації), що передбачає наявність в особистості безпосереднього інтересу до діяльності, сукупність стійких мотивів, які сприяють усвідомленню особистісної значущості своєї діяльності, та прийняття рішення на основі визначення певних альтернатив.

Варто зазначити, що молодь з особливими потребами підвладна несприятливому впливу середовища, що часто зумовлює формування у них негативної «Я-концепції», залежно від особливостей оточення чи конфлікту з ним. Безуспішне намагання заприятелювати з однолітками штовхають інваліда «назад», у більш безпечний світ сімейного спілкування. Дослідженнями цього питання займалися М.І.Томчук., Кондратюк О.Г., Фурман О.І.

Також часто у дослідників фігурує проблема самоствавлення. Зокрема, вона вивчалась М.М.Малофеевим та О.Х.Вайнолою, Н.Володарською. Позитивне самоствавлення – це одна з передумов успішної самореалізації особистості, оскільки специфіка ставлення особистості до власного «Я» відіграє регулюючий вплив практично на всі аспекти життєдіяльності людини. Це проявляється у встановленні міжособистісних відносин, у постановці і досягненні цілей, у способах формування і вирішення кризових ситуацій, в адекватній включеності суб'єкта у різного роду діяльності, сприяючи розкриттю внутрішнього потенціалу і можливостей. А залежно від валентності

самоствалення (позитивне, негативне) вибудовується не лише образ світу, але й домінуюча стратегія самореалізації.

Звісно, фундаментом для формування позитивного самоствалення інвалідів є, перш за все, самоповага й адекватне самоприйняття, які виходять із розуміння своїх як достоїнств, так і недосконалостей, вад, обмежень, а також з усвідомлення особистісної вартості, гідності і цінності людського життя.

Люди з інвалідністю, що зосереджені лише на власних обмеженнях, не бачать перспектив власного розвитку та втрачають можливість жити повноцінно та продуктивно. Щоб виправити цю негативну ситуацію потрібно застосовувати принцип особистісного підходу до кожної людини, допомагати змінювати життєве середовище з бар'єрного на екологічно дружнє, формувати таке соціальне середовище, щоб воно було відкритим для будь-яких соціальних груп та верств населення, створювати умови для того, щоб людина з інвалідністю могла бути суб'єктом власної життєдіяльності та життєтворчості, завжди залучати людей з інвалідністю до процесу проектування та створення інклюзивного середовища.

#### **Список використаних джерел**

1. Томчук М.І. Соціально-психологічні проблеми розвитку особистості з особливими потребами. *Підготовка соціального працівника: надбання, проблеми, перспективи: зб. наук. пр. за результатами Всеукр. конф. / Університет «Україна»*. Хмельницький, 2003 Стор. 50-51

2. Алпатова П. С., Зуб Т.С. Людина з обмеженими фізичними можливостями в міському середовищі. *Український соціум*. 2006. №1. Стор. 10-13

3. Воеводина Е.В. «Инвалид» как социальная стигма и пространство для дискуссий. *Человек. Общество. Инклюзия*. 2014. № 4 (20). Стор. 10-15

4. Мошняга В.Т. Технологии социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями. *Технологии социальной работы* /Под. общ. ред. Е. Холостовой. Москва : Инфра-М, 2003. Стор 64-67

5. Іванова І.Б. Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. Київ : Логос, 2000. Стор. 89-90

*Бугайова Наталія Михайлівна,  
кандидатка психологічних наук,  
старша наукова співробітниця,  
провідна наукова співробітниця  
лабораторії загальної психології  
та історії психології ім. В.А. Роменця  
Інституту психології  
імені Г.С. Костюка НАПН України,  
м. Київ, Україна*

### **ПРОБЛЕМА СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19**

На психічний стан здоров'я населення впливає ряд факторів. Це і психологічна реакція на пандемію і проблеми зі здоров'ям не пов'язані з коронавірусом, психічні порушення у пацієнтів внаслідок захворювання COVID-19 і постковідний синдром, що включає відстрочені наслідки для організму людини, його нервової системи і психіки, а також інформаційний стрес, що викликається інформаційним перевантаженням психіки великою кількістю різнопланової, суперечливою, взаємовиключної, відверто дезінформаційної, провокативної, маніпулятивної інформації, що має, часом, загрозливий характер.

До групи ризику входять люди, які страждають аутоіммунними, серцево-судинними та онкологічними захворюваннями, діабетом, захворюваннями дихальної системи і нирок. "COVID-19", а також такі, що мають психічні захворювання. Люди, які мають підвищений рівень тривожності, недовірливі, депресивні, також, більшою мірою схильні до розвитку постковідного синдрому.

Згідно з дослідженнями Лестерського університету та управління національної статистики (УНС) Великобританії з 47 780 пацієнтів, виписаних з лікарень під час першої хвилі пандемії, після одужання, 29,4% були повторно госпіталізовані протягом 140 днів. При цьому 12,3% від загального числа пацієнтів, що потрапили у стаціонар, померли. Це свідчить про те, що у тих, хто вижив після коронавірусу ймовірність повторної госпіталізації в три рази вище, ніж у пацієнтів, які страждають іншими захворюваннями, як і ймовірність померти протягом 140 днів після виписки [19].

На думку професора Лестерського університету Камлеша Кхунті, повернення в лікарню 30% виписаних раніше пацієнтів і великий відсоток летальності серед них, свідчать про довгострокові наслідки, що викликані ускладненнями і постковідним синдромом. COVID-19 може виступати каталізатором як соматичних, так і психічних захворювань [16], не тільки у людей, що мають до них схильність, але і у цілком здорових людей, що значно ускладнює перебіг коронавірусної інфекції.



Італійські вчені опублікували результати досліджень психічного і психологічного стану 402 дорослих пацієнтів, які перенесли COVID-19, згідно з якими у 56% людей, що зіткнулися з впливом нового типу коронавірусу, було діагностовано мінімум один психічний розлад, яким вони раніше не страждали, що дозволяє зробити висновок про негативні наслідки впливу на психіку людини SARS-CoV-2, що викликає психічні порушення у людей, які були раніше повністю здоровими [13].

Пошкодження мозку при коронавірусі може бути викликане гіпоксією при дихальній недостатності, цереброваскулярними ускладненнями, гострою геморагічною некротизуючою енцефалопатією [8], інтоксикацією, порушенням метаболізму і водно-електролітного балансу при дегідратації, аутоімунними процесами, гіперцитокінемією та інше.

Слід враховувати, що SARS-CoV-2 проникає в нервову систему і головний мозок через рецепторні волокна нюхового нерва, чим й викликає аносмію і агезію, які є одними з діагностичних маркерів зараження COVID-19. Внаслідок інфікування ендотелію судин і ряду інших способів проникнення в організм людини, вірус долає гематоенцефалічний бар'єр і потрапляє в головний мозок [2].

Професор з Німеччини Френк Хеппнер, один з керівників посмертного дослідження, присвяченого вивченню зразків нервових тканин з декількох областей головного мозку і слизу з носоглотки померлих пацієнтів, у яких в ході перебігу хвороби відзначалися сильні головні болі, зміни поведінки, сплутаність свідомості, внутрішньочерепні крововиливи, мікротромби і фіксувалася гостра церебральна ішемія, прийшли до висновку, що одними з основних портів потрапляння SARS-CoV-2 в головний мозок є носоглотка [14].

У розвитку депресії, також слід враховувати сезонність. Для весняного та осіннього періодів характерне загострення сезонних і хронічних захворювань.

Відсутність можливості хворих проходити необхідну діагностику і своєчасне лікування, особливо в умовах стаціонару, веде до зростання захворюваності серед населення, загострення і хроніфікації хвороб, а також негативно позначається на їх психічному і психологічному стані.

Серйозну роль у розвитку депресії і суїцидальної поведінки відіграють психологічні травми, пов'язані зі страхом за власне життя через острах задихнутися, страхом медичних маніпуляцій, особливо у відділеннях інтенсивної терапії і подальший розвиток постковидного синдрому. 25 жовтня в Харкові 69-річний пацієнт ОКСДРЗН, який страждав важкою формою COVID-19 і знаходився в реанімації на апараті ШВЛ, викинувся з четвертого поверху. Напередодні він дзвонив своїм близьким, щоб попрощатися з ними.

У зарубіжних медичних виданнях активно обговорюється тема зростання числа суїцидів серед людей, які перенесли COVID-19, і аналізуються психіатричні та неврологічні порушення внаслідок впливів коронавірусу на організм і психіку, так що це проблема зачіпає країни всього світу.

Восени 2020 року в Україні прокотилася хвиля самогубств, пов'язаних із захворюванням COVID-19. 14 вересня в Харкові з вікна викинувся 40-річний лікар-педіатр Олег Басілайшвілі, який нещодавно виписався з лікарні після лікування COVID-19. 21 і 22 вересня в Київській лікарні №4 двоє чоловіків 68-ми і 42-х років, вчинили самогубство з різницею в один день, вистрибнувши з вікна другого поверху центрального корпусу. Обидва пацієнти проходили стаціонарне лікування від COVID-19 і лежали в одній палаті. 19 жовтня з вікна четвертого поверху інфекційного відділення Олександрівської лікарні м. Києва викинулася 60-річна жінка. 20 жовтня з вікна четвертого поверху київської лікарні №8 викинувся 68-річний пацієнт, хворий на коронавірус.

За свідченнями медичного персоналу лікувальних установ, змучені виснажливою хворобою пацієнти з COVID-19 намагаються накласти на себе руки за допомогою наявних у них фармацевтичних препаратів, а в палатах інтенсивної терапії пацієнти знімають вночі з себе кисневі маски або висмикують трубки підключення до апарату інвазивної ШВЛ, щоб припинити страждання і померти.

Британський лікар доктор Зудін Путучері повідомляє, що критичні пацієнти, хворі на COVID-19, після виведення з коми нерідко говорять про те, що хотіли б померти, оскільки психічна і фізична травма, яку вони отримали, настільки руйнівна подіяла на їх психіку і головний мозок, що вони борються зі зміненим станом свідомості, що виявляється маренням, галюцинаціями і спотвореним сприйняттям дійсності [21].

Причинами суїциду пацієнтів інфекційних відділень медичних закладів, призначених для лікування хворих COVID-19, можуть бути:

- психічні та неврологічні розлади: афективні психози, спровоковані гіпоксією, інтоксикацією, виникненням мікротромбозів та інше;
- стрес, викликаний переживаннями в палатах інтенсивної терапії та реанімації;
- ятрогенія;
- боязнь інвалідизації;
- фінансові проблеми, що не дозволяють оплачувати лікування;
- відсутність підтримки з боку близьких;
- страх померти на самоті.

Слід також враховувати, що COVID-19 може виступати каталізатором як соматичних, так і психічних захворювань, що ускладнюють перебіг коронавірусної інфекції [3].

В умовах пандемії стали відбуватися самогубства внаслідок встановлення діагнозу COVID-19 [1]. Так 9 жовтня в Дніпрі застрелився з травматичного пістолета 45-річний лікар-анестезіолог лікарні імені Мечникова. Причиною суїциду стала підозра на коронавірус.

У Європі і США регулярно з'являються повідомлення про суїциди, що здійснюються лікарями і медсестрами. В італійському місті Монца 34-річна Даніела Ріцці, яка працювала медичною сестрою у відділенні інтенсивної

терапії лікарні Сан-Джерардо, наклала на себе руки після отримання позитивного результату COVID-19. Причиною суїциду медичної сестри став страх, що вона могла заразити інших [11].

Професійне вигорання, також є серйозною проблемою збереження медичного персоналу. У США в Нью-Йорку 49-річна лікар Лорна Бірн, яка очолювала департамент швидкої допомоги в клініці Манхеттена вчинила самогубство, після отримання позитивного результату тесту COVID-19 [15].

Психологічне і фізичне виснаження на роботі, емоційне вигорання і захворювання коронавірусом з'явилися причиною прийняття нею суїцидального рішення.

Розвитку психічних порушень і формуванню аутоагресивної поведінки сприяють:

- тривалі соціальні обмеження;
- інформаційний стрес;
- самотність;
- втрата роботи;
- фінансові проблеми;
- конфлікти з близькими людьми;
- банкрутство;
- боязнь захворіти і заразити близьких людей;
- депресія;
- безсоння;
- відсутність ефективних ліків і вакцини від COVID-19;
- соціальна стигматизація тих, що перенесли вірусне захворювання.

Пандемія і пов'язані з нею карантинні заходи, з одного боку, посилили проблеми, що вже існували в суспільстві, з іншого боку стали провокуючими для виникнення нових проблем, які, безумовно, будуть мати довгострокові наслідки.

Надмірно емоційне сприйняття інформації про коронавірус, її недолік або надлишок призводять до виникнення тривоги, страху, паніки, а включення таких захисних механізмів психіки, як заперечення, витіснення, ігнорування або уникнення, а також елементарне небажання нести реальну відповідальність за власне здоров'я і здоров'я оточуючих, у ряду людей ведуть до ігнорування небезпеки, аж до розвитку у них анозогнозичної поведінки в разі появи симптомів захворювання.

Вчені Великобританії опублікували в журналі «The Lancet» результати аналізу даних з 21 країни з метою вивчення раннього впливу пандемії COVID-19 на рівень самогубств у всьому світі. На думку авторів, у 16-ти країнах з високим рівнем доходу та 5-ти країнах з доходом вище середнього, число самогубств в перші місяці пандемії не змінювалося або навіть дещо знижувалося в порівнянні з періодом до пандемії.

При цьому, навіть в країнах з високим рівнем доходу і рівнем доходу вище середнього, вплив пандемії на самогубства, на думку авторів, може

варіюватися з плином часу і бути різним для різних підгруп населення, однак, пандемія може негативно вплинути на показники самогубств в країнах з низьким і середнім рівнем доходу [9].

Не дивлячись на подібну тенденцію, відомий феномен «зближення» [10], коли зовнішня небезпека може на обмежений період часу відсувати на другий план наявні проблеми приватного характеру.

Таким чином, зовнішня небезпека як реакція суспільства на загрозу, викликає тимчасове зниження суїцидальних імпульсів за рахунок перемикання аутоагресії на протистояння зовнішньому агресивному середовищу.

Такий феномен відзначається під час війн [20], при терористичних атаках [17; 6], а також у разі стихійних лих [12].

У США в Нью-Йорку після 11 вересня 2001 року, навколо місця аварії літаків після терористичних атак, спостерігалось зниження числа самогубств [6] відзначалося скорочення числа самогубств в Англії та Уельсі після терактів 11 вересня 2001 року в США і короткочасне, але значне (на 40% протягом 2-х діб) зниження щоденного числа самогубств через кілька днів після терористичного акту в Лондоні 7 липня 2005 року. Подальше скорочення, також спостерігалось 21 липня 2005 року, що збіглося з другою хвилею нападів [17].

Вбивство президента Кеннеді в 1963 році, теж було сприйняте як безпосередня Національна загроза, та призвело до зниження рівня самогубств в США [5].

Виходячи з цього можна зробити висновок про короткочасність ефекту зниження суїцидів в результаті соціальної згуртованості і національної загрози [7], що може бути пов'язано як з посиленням психологічної допомоги в місцях терактів, розширенням доступу до лікування психічного здоров'я і більш толерантного ставлення до психічних проблем в соціумі, так і в зв'язку з підвищенням соціальної згуртованості, через що відбувається тимчасове зміщення акценту з особистих проблем на зовнішню небезпеку, що і призводить до недовговічного зниження рівня самогубств.

Необхідно розуміти, що даний ефект короткостроковий, а тривала пандемія неминуче призведе до підвищення тривожності серед населення, збільшення депресивних розладів і розвитку форм унікаючої поведінки.

Для постепідемічних періодів характерні наступні страхи:

- такі, що пов'язані зі здоров'ям і медичним втручанням;
- боязню болю і фізичних страждань;
- розвитком соціальних, екзистенціальних, інформаційних страхів;
- виникненням страхів, обумовлених фінансовими проблемами.

Пандемія провокує не тільки розвиток неврозів, страхів, а й таких фобій, як мезофобія, нозофобія, соціофобія, еремофобія, танатофобія та інших, які будуть проявлятися серед населення навіть після закінчення пандемії [4].

У журналі "The Lancet" в статті, присвяченій психологічному впливу карантину на суспільство, британські вчені Samantha K Brooks, Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg, Gideon

James Rubin представили аналіз більше трьох тисяч наукових статей, присвячених проблемі ізоляції при епідеміях і пандеміях, та описали наслідки їх впливу на психічне здоров'я населення.

Наведені дані показують, що навіть після закінчення карантину протягом тривалого часу:

– 54% людей відчували тривогу, коли навколо кашляли або чхали;

– 26% продовжували уникати людних і закритих місць, а також великих скупчень людей;

– 21% протягом багатьох місяців після карантину уникали будь-яких публічних місць і контактів.

Негативні наслідки після пандемії спостерігалися протягом багатьох місяців і навіть років. Так, після епідемії SARS (атипова пневмонія) в 2002 році лікарі протягом трьох років зловживали алкоголем і мали проблеми з розвитком адиктивної поведінки, що була спровокована перенесеним захворюванням.

У Китаї серед медичних працівників, які працювали з хворими, зараженими COVID-19, фіксувалося зростання депресивних станів і суїцидів [18].

Це свідчить про те, що наслідки пандемії і карантину матимуть не тільки негативні економічні, соціальні, психологічні наслідки, а й торкнуться всіх найважливіших сфер життя держав і будуть носити довготривалий характер.

Саме тому необхідно враховувати багаторівневі наслідки пандемії COVID-19, в тому числі й підвищений ризик самогубств серед населення і забезпечити впровадження спеціальних програм з профілактики та боротьби з суїцидом.

### **Список використаних джерел**

1. Бугайова Н.М. Усамітнення та самотність в житті особистості. / Збірник тези за матеріалами круглого столу (on-line, 24 квітня 2020 р.). – Київ : ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2020.– 100 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/720390/1/Матеріали.%20Круглий%20стіл%20онлайн%20Усамітнення%20та%20самотність%2024.04.2020.pdf>

2. Adeel S Zubair, Lindsay S McAlpine, Tova Gardin, Shelli Farhadian, Deena E Kuruvilla, Serena Spudich. Neuropathogenesis and Neurologic Manifestations of the Coronaviruses in the Age of Coronavirus Disease 2019: A Review. 2020 Aug 1;77(8):1018-1027. PMID: 32469387 PMCID: PMC7484225 DOI: 10.1001/jamaneurol.2020.2065. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32469387/>

3. Andres F Correa-Palacio, Daniel Hernandez-Huerta, Jorge Gómez-Arnau, Carmen Loeck, Irene Caballero. Affective psychosis after COVID-19 infection in a previously healthy patient: a case report. 2020 doi: 10.1016/j.psychres.2020.113115. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32512352/>

4. Berezina O. The influence of long term social isolation on the formation of fears. URL: <https://fdotadotr.wordpress.com/>

5. Biller W.A. Suicide related to the assassination of President John F. Kennedy. 1977; 7: 40-4. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/349785/>
6. Claassen C.A., Carmody T., Stewart S.M., Bossarte R.M., Larkin G.L., Woodward W.A., Trivedi M.H. Effect of 11 September 2001 terrorist attacks in the USA on suicide in areas surrounding the crash sites. *British Journal of Psychiatry*, 196 (2010), pp. 359-364. URL: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-77951702706&origin=inward&txGid=a64995855a1f4e698e8d1859677d187a>
7. Durkheim, E. *Suicide: A Study in Sociology*. Free Press, 1951 [1897].
8. Eric M. Liotta, Ayush Batra, Jeffrey R. Clark, Nathan A. Shlobin, Steven C. Hoffman, Zachary S. Orban & Igor J. Koralnik. Frequent neurologic manifestations andencephalopathy-associated morbidity in Covid-19 patients. Ken & Ruth Davee Department of Neurology, Northwestern University Feinberg School of Medicine, Chicago, Illinois. *Annals of Clinical and Translational Neurology*. 10 September 2020. P.2221-2230. doi: 10.1002/acn3.51210. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/acn3.51210>
9. Jane Pirkis, Ann John, Sangsoo Shin, Marcos DelPozo-Banos, Vikas Arya, Pablo Analuisa-Aguilar et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. Volume 8, ISSUE 7, P.579-588, July 01, 2021. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)
10. John A., Pirkis J., Gunnell D., Appleby L., Morrissey J. Trends in suicide during the covid-19 pandemic. *BMJ*, 371 (2020), p. m4352 URL: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85096082390&origin=inward&txGid=6f24963ea4a4091431976edcfce53a0c>
11. Italian nurse, 34, kills herself after testing positive for coronavirus and worrying she had infected others. Tim Stickings *Dailymail*. 25 March 2020. URL: <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8150503/Italian-nurse-34-kills-testing-positive-coronavirus.html>
12. Kölves K., Kölves K.E., De Leo D. Natural disasters and suicidal behaviours: a systematic literature review *Journal of Affective Disorders*, 146 (2013), pp. 1-14. URL: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-84874549183&origin=inward&txGid=1eef0bede52256b70faff32b52ed1560>
13. Mario Gennaro Mazza, Rebecca De Lorenzo, Caterina Conte, Sara Poletti et al. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. 2020 Oct;89:594-600. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.07.037 Epub 2020 Jul 30. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32738287/>
14. Meinhardt, J., Radke, J., Dittmayer, C. et al. Olfactory transmucosal SARS-CoV-2 invasion as a port of central nervous system entry in individuals with COVID-19. 30 November 2020. *Nat Neurosci* 24, 168–175 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41593-020-00758-5>.

15. NYC emergency doctor dies by suicide, underscoring a secondary danger of the pandemic. Washingtonpost. By Marisa Iati and Kim Bellware. April 29, 2020. URL: <https://www.washingtonpost.com/nation/2020/04/28/nyc-doctor-lorna-breen-coronavirus/>

16. Rachel Noone, Johanna A Cabassa, Laura Gardner, Bruce Schwartz, Jonathan E Alpert, Vilma Gabbay. Letter to the Editor: New onset psychosis and mania following COVID-19 infection. 2020 Nov;130:177-179. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2020.07.042 URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32823051/>

17. Salib E., Cortina-Borja M. Effect of 7 July 2005 terrorist attacks in London on suicide in England and Wales British Journal of Psychiatry, 194 (2009), pp. 80-85. URL: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-58149392815&origin=inward&txGid=02761385953625770656882cfb5bc6dd>

18. Samantha K Brooks, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet, March 14, 2020, pp.912-920. URL: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>

19. The Guardia. Long Covid. Almost 30% of Covid patients in England readmitted to hospital after discharge – study. Mon 18 Jan 2021. URL: <https://www.theguardian.com/society/2021/jan/18/almost-30-of-covid-patients-in-england-re-admitted-to-hospital-after-discharge-study>

20. Thomas K., Gunnell D. Suicide in England and Wales 1861-2007: a time-trends analysis International Journal of Epidemiology, 39 (2010), pp. 1464-1475. URL: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-78649291013&origin=inward&txGid=e2956fcf67114494176b20ee51a20b1d>

21. Zudin Puthucheary. Coronavirus patients wake from comas and tell doctor 'they wish they were dead'. Mirror, 6 JUL 2020. URL: <https://www.mirror.co.uk/news/uk-news/coronavirus-patients-wake-comas-tell-22307375>

*Верменич Людмила Михайлівна,  
практичний психолог  
КНМП «Кременчуцького  
перинатального центру II рівня»,  
м. Кременчуг, Україна*

### **РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ – ЕФЕКТИВНИЙ НАПРЯМОК ПРОФІЛАКТИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19**

Синдром професійного вигорання – проблема досить поширена як в Україні, так і світі. Сьогодні у США та Європі з емоційним вигоранням стикається кожен третій. В Україні офіційної статистики немає, але дані окремих дослідників цієї проблеми свідчать про те, що 64% громадян України перебувають у стані емоційного вигорання.

З'явилося багато публікацій і досліджень стосовно проблеми емоційного вигорання серед медичних працівників. Серед основних професійних чинників, що зумовлюють результати дії тривалого стресу, можна виділити значне емоційне насичення актів взаємодії з пацієнтами. Нового значення набуває ця проблема в умовах пандемії COVI-19.

Зважаючи на значне навантаження, особливо за кількістю пацієнтів, з якими працюють медсестри і лікарі, виявлено, що синдром вигорання проявляється неадекватним реагуванням на пацієнтів і колег, відсутністю емоційної залученості, втратою здатності до співпереживання пацієнтам, перевтомою, яка веде до редукації професійних обов'язків, негативного впливу роботи на особисте життя, підвищенню захворюваності членів колективу.

В міжнародній класифікації хвороб емоційне вигорання входить до категорії факторів, які впливають на стан здоров'я, а саме проблем, пов'язаних з труднощами керування своїм життям. Тобто, профілактика професійного вигорання потребує знань, пов'язаних із власною відповідальністю за своє життя та здоров'я.

Медичним працівникам сьогодення доводиться не тільки підтримувати особистісні ресурси, а ще й мотивувати та надихати пацієнтів на власну внутрішню відповідальність за своє життя та благополуччя. Десятки років вчені вважають, що медичні працівники є одним з найменш захищених прошарків населення те тільки в соціально-економічному й професійному відношенні (Большакова Т.В., 2004, Винокур В.А., 2008; Кайбишев В.Т., 2007), а й у психологічному смислі.

Але організація вирішення проблеми профілактики професійного виснаження медичних працівників залишається на низькому рівні. Тож, народне прислів'я про те, що порятунок того, хто тоне, є справою його власних рук, на даному етапі розвитку нашого суспільства стає, як ніколи, доречним. Питання лише в одному: як?



О.М. Васильченко відмічає, що профілактика емоційного вигорання залежить від рівня розвитку факторів, пов'язаних із самоактуалізацією особистості, внутрішньої професійної мотивації, гнучкості поведінки й спілкування, але не забезпечує профілактику вигорання в повній мірі.

Ефективність заходів профілактики напряду залежить від розвитку емоційної сфери фахівця. Він має бути спрямований на усвідомлення своїх емоційних станів, усунення причин дискомфорту, формування вмінь адекватного емоційного реагування, зняття емоційної напруги, стимулювання й пробудження бажаних почуттів, звільнення від небажаних наслідків.

В даний час відзначається збільшення інтересу до дослідження саме емоційних ресурсів такої протидії. Емоційний інтелект можна розглядати в рамках ресурсного підходу до подолання стресу. Він співвідноситься з групою психологічних ресурсів людини, які відображають когнітивні, емоційні та вольові можливості щодо контролю поведінки.

Поняття «емоційний інтелект» у 1990 р. було запропоновано J. D. Mayer і P. Salovey, що визначили його як формулу інтелекту соціального, який включає здатність відстежувати і розрізняти свої і чужі емоції, а також використовувати цю інформацію для управління своїми думками та діями.

Дослідження ролі емоційного інтелекту в діяльності медичних працівників не є багато чисельними. Але, Н.Г.Васильєва в своїх працях відмічає, що відносини між лікарем і пацієнтом – невід'ємна частина професіоналізму лікаря, а також застосування на практиці міжособистісних і комунікативних навичок. Тому емоційний інтелект лікаря позитивно корилує з довірою до нього пацієнтів.

Завдяки дослідженням в Україні М.І.Продан було встановлено, що емоційний інтелект є особистісною характеристикою, що має превентивний, або, навпаки, предикативний вплив на розвиток дезадаптаційних станів професійного змісту.

Для мінімізації синдрому емоційного (професійного) вигорання медичних працівників, крім створення адекватних умов роботи і відпочинку лікарів, підвищення їх соціального статусу, проведення різних психокорекційних і психотерапевтичних методів, сьогодні доречно впровадження тренінгів та навчальних програм по розвитку емоційного інтелекту на всіх етапах навчання та підвищення кваліфікації.

Ефективність тренінгів у особистісному розвитку та профілактики негативних явищ у психіці та поведінці людей доведено експериментально в численних дослідженнях. Учасник тренінгу набуває досвіду переживань певних ситуацій, своїх психічних станів, фіксує та запам'ятовує емоційне забарвлення під час вирішення тих чи інших тренінгових завдань. Внаслідок чого у людини формуються необхідні знання, уміння, навички, уявлення, погляди й цінності, які ним вже сприймаються як власні, а не нав'язані зовні.

Метою тренінгу є оволодіння системою практичних психологічних навичок і вмінь щодо збереження та зміцнення психічного здоров'я медичного

працівника, формування готовності до протидії емоційному вигоранню у повсякденній діяльності та екстремальних умовах пандемії COVID-19.

**Висновки.** Медичні працівники є однією з найбільш вразливих груп по емоційному виснаженню. Під впливом пандемії COVID-19 набирає актуальності збереження чисельності активних та прогресивних фахівців медичної галузі.

Впровадження психологічних тренінгів та інших процедур психологічного супроводу медичних працівників, спрямованих на розвиток емоційного інтелекту є актуальним і необхідним напрямком профілактики професійного вигорання, що в свою чергу буде впливати на покращення загального рівня здоров'я, якості життя та адаптації до професійної діяльності.

### Список використаних джерел

1. Большакова Т. В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников: автореф. дис. . канд. мед. наук / Большакова Т. В.; Яросл. гос. ун-т. Ярославль, 2004. – 26 с.

2. Васильева Н. Г. Эмоциональный интеллект и синдром выгорания у медицинских работников (литературный обзор)/Н.Г.Васильева//Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2012. №6 (75). – С. 47 – 51.

3. Матвієнко Л.І., Загребельна Я.О. Чинники емоційного вигорання у представників соціономічних професій / Л. І. Матвієнко, Я. О. Загребельна // Ринок праці та зайнятість населення. – 2014. – Т2. – С. 30-34.

4. Продан М.І. Психокорекція і психопрофілактика професійної дезадаптації середнього медичного персоналу з хворими на туберкульоз: дис.. ...канд.мед.н.: 19.00.04/Продан Марія Іванівна; Харківська медична академія післядипломної освіти. – Харків, 2012. – 146 с.

5. Шелков В.Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції. Український медичний часопис. Актуальні питання клінічної практики, 2009 р. №2 (70) III – IV. URL: <https://www.umj.com.ua/article/2707/profilaktika-sindromu-vigorannya-u-medichnix-pracivnikiv-metodami-psixologichnoi-samoregulyacii>

**Волошин Олена Олександрівна**  
практичний психолог,  
заступниця директора з навчально-виховної роботи,  
аспірантка кафедри прикладної психології  
Черкаського гуманітарно-правового ліцею ЧМР ЧО  
Черкаського національного університету ім. Б. Хмельницького,  
**науковий керівник:** кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри прикладної психології Черкаського  
національного університету ім. Б. Хмельницького,  
**Горбець Т.В.,**  
м. Черкаси, Україна

### **ПОЗИЦІЯ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ СЕРЕД СУЧАСНИХ ОСВІТНІХ ТРЕНДІВ**

**Постановка проблеми.** Впродовж останніх років в Україні відбувається глобальне реформування освітньої галузі. Відповідно до світових тенденцій сучасна школа має бути орієнтована на розвиток у молоді навичок XXI століття: критично мислити, творчо вирішувати проблеми, засвоювати мінливі технології та орієнтуватись у стрімкому інформаційному потоці.

Перетворення в суспільстві вимагають від учнів гнучкості, готовності брати на себе ініціативу та проявляти лідерські якості, ефективно працювати в команді.

Соціокультурні зміни сприяють створенню сучасного інноваційного освітнього простору. Освітній процес має забезпечувати не тільки високий рівень академічних знань, а й емоційний і комунікативний розвиток учнів. Роль педагога зміщується від ретранслятора інформації до модератора, організатора співпраці учнів, спрямованої на ефективне розв'язання життєвих задач та досягнення поставленої мети.

Разом з трансформацією сучасного світу відбувається інтенсифікація емоційних навантажень на психіку підростаючого покоління. В даному ракурсі набувають значущості регулятивні, адаптивні функції емоційного інтелекту. Найбільшої актуальності ця проблема набуває у підлітковому віці, коли відбувається формування особистості, її ціннісно-орієнтаційне самовизначення.

**Викладення основного матеріалу.** Огляд дискусійних майданчиків з питань освіти демонструє, що особливу цінність у сучасному світі представляють не стільки професійні компетенції, скільки підготовка молодого покоління для майбутнього. Аналітики World Economic Forum склали прогноз, в якому позначили десять ключових компетенцій, які будуть затребувані в 2025 році [1].

Серед них: аналітичне мислення та інноваційність; активне навчання та навчальні стратегії; комплексне вирішення проблем, критичне мислення та аналіз; креативність, оригінальність та ініціативність; лідерство і соціальний

вплив; використання, моніторинг і контроль технологій; проектування технологій та програмування; стійкість, стресостійкість та гнучкість; аргументованість, вирішення проблем та генерування ідей.

Значна частина навичок – складові емоційного і соціального інтелекту. Важливо відзначити, що всі перераховані вище компетенції відносяться до soft skills.

За результатами дослідження «Навички для розвитку України 2030: погляд бізнесу та освіти» серед переліку навичок сучасної молоді людини найбільший попит мають вміння працювати в команді, комунікабельність.

У перспективі 2030 р. найбільший попит матиме емоційний інтелект, вміння працювати в команді, когнітивні навички, критичне та стратегічне мислення. Виникає закономірна необхідність створення та забезпечення сучасного мотиваційного освітнього простору, який готує молоду людину до таких змін [4].

Компанія Microsoft провела дослідження, де на вершині списку для ТОП-60 найоплачуваніших професій опинились ораторські та комунікативні здібності, володіння офісними програмами, створення презентацій, менеджмент проектів і високий рівень самоорганізації.

За дослідженнями компанії Microsoft найбільш затребуваними навичками для 60 високооплачуваних професій є: ораторські та комунікативні здібності, володіння офісними програмами, створення презентацій, менеджмент проектів і високий рівень самоорганізації [6].

Forbes виділяє комунікативну компетентність, креативність, написання якісних текстів, досвід роботи у команді, базові комп'ютерні знання та здатність до «реінжинірингу» – готовність робити звичні речі в новий спосіб.

Британська платформа інтернет-навчання SkillsYouNeed виділяє персональні навички (управління часом, саморозвиток, управління емоціями та навіть організацію харчування, догляду за тілом, спортивних тренувань, ефективного сну), інтерперсональні (комунікація, робота у команді, ведення переговорів, конфлікт-менеджмент), лідерські здібності, проведення презентацій, а також письменницьку майстерність і базові математичні знання [6].

П. Гріффін, директор Центру дослідження оцінки в Університеті Мельбурна, зазначає, що «в кожній країні набір навичок відрізняється, але завжди це має відношення до навиків, необхідних в XXI ст. – критичне мислення, навички комунікації і спільної роботи, творчий підхід, навички поведінки в цифровому середовищі».

Ці навички відомі як 4 C's: Creative thinking (креативність), Collaborating (співробітництво), Communicating (спілкування), Critical thinking (критичне мислення). Такі компетенції називають soft skills, або «м'якими навичками». Це придбані якості, які дозволяють бути успішним незалежно від специфіки та напрямів діяльності, які можна сформувати через додаткову освіту, через особистий досвід, подорожі, участь в міжнародних, соціальних проектах.

**Висновки.** Дані сучасних досліджень демонструють, що в переліку soft skills, окремою категорією включені емоційні компетенції. Якщо упродовж ХХ ст. для педагогічної науки ключове значення мав логічний (когнітивний) інтелект, то для освіти ХХІ, коли процес глобалізації охопив усі сфери життя, актуальним став емоційний інтелект і пов'язані з ним емоційні компетентності особистості.

Це знання, уміння та навички, звички та способи мислення, що сприяють досягненню поставлених цілей, а отже, детермінують успішність сучасної людини. Здатності учнівства до регулювання своїх емоційних станів, ефективної співпраці з іншими, побудови міцних стосунків, прояву взаємоповаги, наполегливості, навчання на власному досвіді – складові сталого розвитку сучасного покоління.

### **Список використаних джерел**

1. Звіт про майбутнє робочих місць 2020 [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://www.weforum.org/reports/the-future-of-jobs-report-2020/in-full/executive-summary#executive-summary>.

2. Ковальчук В. І. Тенденції розвитку освітньої системи в Україні / Василь Іванович Ковальчук // Economics, science, education: integration and synergy. Materials of international CHALLENGES IN SCIENCE OF NOWADAYS 115 scientific and practical conference, 18-21 January 2016 / Василь Іванович Ковальчук. – Київ: Вид-во «Центр навчальної літератури», 2016. – С. 79-80.

3. Ковальчук В. І. Тенденції інноваційного розвитку сучасної школи в Україні // Імідж сучасного педагога. – 2015. – №7. – С. 3-6.

4. Навички для України 2030: погляд бізнесу [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: [https://careerhub.in.ua/wp-content/uploads/2016/10/Navichki\\_2030.pdf](https://careerhub.in.ua/wp-content/uploads/2016/10/Navichki_2030.pdf)

5. Розвиток в учнів навичок ХХІ століття // Proceedings of the 1st International Scientific and Practical Conference «Challenges in Science of Nowadays» (December 26-28, 2019). Washington, USA: EnDeavours Publisher – С. 107-115.

6. Soft skills: універсальні навички європейського рівня [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: <https://studway.com.ua/soft-skills/>.

УДК159.923

**Гейко Євгенія Вікторівна,**  
докторка психологічних наук, професорка,  
завідувачка кафедри психології  
Центральноукраїнського державного  
педагогічного університету  
імені Володимира Винниченка,  
м. Кропивницький, Україна

## СТАНОВЛЕННЯ Й ФОРМУВАННЯ ЦІЛІСНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

Проблема формування цілісності особистості потребує узгодженості позицій, стратегій, мовлення суб'єктів взаємодії (Л. Вітгенштейн, Г. Зіммель, І. Гейзінга та ін.). Відтак постає питання взаємозв'язку процесів прийняття себе, іншого, ситуації взаємодії з ним (О. Брудний, Д. Берн, С. Валінс, Д. Сієрс та ін.). Такий взаємозв'язок необхідно розглядати як принципову єдність взаємодії «вкладених один в одного...просторів» (С. Братченко, О. Бодальов, У. Джеймс, В. Зінченко, Д. Бем та ін.).

Який з чинників є найбільш значущим у процесі формування цілісності особистості можна визначити в такий спосіб: перше, ставлення та думка іншого, що слугує основою самосприйняття (Л. Ґалаш, О. Ухтомський та ін.), друге, уявлення про себе, «Я» - ідентифікування себе на рівні соціальної ідентичності – підґрунтя для самоздійснення себе через взаємодію з іншими (Г. Балл, А. Борисюк, Дж. Мид, І. Гофман та ін.), третє, ідентичність на рівні самості, фундаментальна різниця між «Я» та іншими (А. Борисюк, Р. Валлаґер, Д. Вегнер, Ж. Вірна та ін.).

Багато дослідників поєднують у думці про принципову схожість механізмів: підкреслюється роль «еталонів», «еталонних стратегій» самосприйняття й організації цілісності (Ф. Василюк, Ф. Ґайдер, Д. Бем, Г. Келлі та ін.). Можна виокремити ще один напрямок щодо їх взаємозв'язку, ситуаційний підхід (М. Аргайл, Л. Нісбет, Р. Росс та ін.). Часто акцентується увага, що фіксування на будь-якому компоненті з «Я-ціле - Інший-ціле – Світ-ціле» призводить до неузгодженості, викривленості і порушення цілісності особистості (Б. Абраґамс, Р. Белл, В. Зінченко, Д. Сієрс та ін.).

У зв'язку із цим варто звернути увагу на взаємозалежність між самоприйняттям і самоздійсненням особистості й світорозумінням суб'єкта: феномен самоорганізації індивіда визначається суб'єктивною картою світу, підпорядкованого системі поглядів нас світ, прийнятий у спільноті (У. Найсер, П. Оукс, Д. Сієрс, Т. Шібутані, К. Ясперс та ін.). У процесі аналізу цієї проблеми дослідники стикаються із проблемою контекстності світорозуміння (М. Аргайл, Е. Спранґер, К. Робсон та ін.).

Контекстність світорозуміння у психологічних дослідженнях виступає, передусім, як ситуативна обумовленість, уміння враховувати контекст системи-

цілого, уміння враховувати контекст взаємодії «інший-ціле» та «Я-ціле» (Р. Андерсон, Дж. Блек, М. Беллок, Е. Вебер, К. Лайтфут, Р. Солсо та ін.).

У процесі формування цілісності особистості важливу роль відіграє взаєморозуміння (С. Братченко, Є. Головаха, О. Хараш та ін.). Так відбувається узгодження самосприйняття і світосприйняття – наближення точок зору, дискурсів, способів осмислення дійсності (О. Брудний, Е. Мелібруда, В. Панфьоров та ін.). Взаєморозуміння передбачає уміння децентрації й виходу особистості у мета-позицію, що дозволяє бачити ситуацію об'єктивно, з різних боків і разом із тим, взаємодія двох світів – дійсності (об'єктивного світу) і власної реальності (внутрішнього світу особистості) (Н. Амяга, В. Знаков, С. Джуард, В. Каган, В. Сатір та ін.). Тому і саморозуміння ґрунтується водночас на власне розумінні себе (Є. Ємельянов, О. Хараш, Т. Шибутані та ін.) й міжособистісному розумінні (Г. Гієбш, М. Керез, А. Панфілова, Г. Почепцов, Б. Россман та ін.). Важливу роль у процесі організації себе і опанування відносинами з іншими відіграє зворотний зв'язок (С. Ротке, В. Юстицкіс, І. Ялом та ін.). У дослідженнях психотерапії також багато уваги приділяється питанню співвідношення і взаємодії саморозуміння і об'єктивності терапевта і клієнта, своїх проблем, уявлень і проблеми розвитку компетентності клієнта і консультанта у самодопомозі і допомозі іншому (А. Блазер, Дж. Енрайт, Р. Лейнг, О. Копьов, К. Мітчел та ін.). Розуміння суб'єктами консультативного діалогу один одного спрямовано на досягнення інших, невідомих їм, можливих засобів засвоєння явища у іншій свідомості, потребує від консультанта і клієнта відкритості до свого та іншого досвіду, саме так відбувається процес самоінтеграції особистості (А. Блазер, Ж. Годфруа, Ю. Джендлін, Л. Кроль, Н. Пезешкіан та ін.).

Самоорганізацію клієнта розглядають як процес поступового подолання психологічних захистів, вивільнення від наївних уявлень, «міфів», перетворення форми і змісту внутрішніх діалогів, розвиток і усвідомлення цінностей (Б. Васильєв, Е. Ейдемільер, П. Кейсмент, Г. Келасьєв, Г. Кехеле, В. Франкл, В. Юстицкіс та ін.).

Поняття цілісності пов'язано із самооцінкою людини. Порушення цілісності ґрунтується на необ'єктивному ставленні до себе. Тому варто об'єктивувати самооцінку й підвищити самоцінність особистості. Клієнта варто навчити дарувати власне собі справжню повну, приймаючу любов, що й сприяє утворенню цілісності особистості.

Й окремо варто розглянути питання цілісності терапевта, вагомої умови за відсутності якої унеможлиблюється ефективність терапевтичної діяльності у цілому. Власне гіпнотерапія є доволі ефективним способом мотивувати тенденцію щодо змін у людині, не надаючи точного спрямування таким змінам.

Досвід, що індукується під час трансу, може використовуватись з метою звернення уваги людини на знання, що вона вже має і надати їй можливість реорганізувати їх в такий спосіб, щоб створити нову систему навичок і стратегій, спрямованих на вирішення проблеми.

*Гніда Тетяна Борисівна,  
кандидатка педагогічних наук,  
старша наукова співробітниця  
лабораторії прикладної психології освіти  
Українського науково-методичного  
центру практичної психології  
і соціальної роботи Національної академії  
педагогічних наук України,  
м. Київ, Україна*

## **ВПЛИВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 НА КОМУНІКАЦІЮ ТА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я УЧНІВ**

**Постановка проблеми.** Раптовий спалах пандемії COVID-19 та її затяжне продовження наклали відбиток не лише на фізичному здоров'ї громадян, а й на їх психоемоційному стані. Кожна людина змушена прискорено сприймати та переробляти величезну кількість інформації, реагувати на загрозу, яку не всі повністю усвідомлюють, перебувати в ізоляції, змінювати формат комунікації або відчувати її відсутність.

Змінився ритм та стиль життя всіх людей, особливо учнів. З'явилися порушення фізіологічних функцій через загострення хвороби, безсоння, меншу рухову активність, конфлікти.

Саме у часи підвищеного емоційного навантаження, стресу, виснаження та ізоляції особливо актуальним постає питання збереження, примноження та трансформація звичних форм комунікації, як запорука психічного здоров'я особистості.

**Викладення основного матеріалу.** Комунікативна компетентність визнана однією з ключових у Новій українській школі, а інтерперсональні м'які навички XXI століття повністю включають комунікацію, роботу в команді, ведення переговорів, конфлікт-менеджмент, лідерські здібності. Для подальшої успішної самореалізації учням варто розвивати свою комунікативну компетентність, навіть за умови пандемії.

Формування та розвиток в учнів саме комунікативної компетентності сприятиме подальшому самопізнанню та самовдосконаленню молоді особистості.

На думку О. Брюховецької, Д. Годлевської, М. Забродського, С. Максименка, Г. Нікіфорова, можна сформувати, а згодом і підвищити рівень комунікативної компетентності особистості проводячи цілеспрямовані дії. Комунікативна компетентність може розвинути у комунікативну обдарованість, яка, в свою чергу, може бути складовою частиною лідерської обдарованості (В. Большаков, А. Митлош, О. Яковлева).

Проте, не всі учні володіють «комунікативним потенціалом». Часто саме через інтелектуальні успіхи або поразки, низьку соціальну адаптацію та



індивідуальні особливості учні піддаються булінгу, прихованій дискримінації, психологічному тиску чи соціальній ізоляції та іншим труднощам у побудові комунікації з однолітками та дорослими.

Будемо розуміти комунікацію як спосіб міжособистісної та міжгрупової взаємодії, як джерело активності людини, яке проявляється у пошуку інформації, повідомленні своїх думок, переживань та способу сповіщати про допомогу. При виникненні кризових ситуацій в суспільстві достовірна, професійна та своєчасна інформація стає цінним ресурсом. І транслятори якісного інформаційного ресурсу набирають хвилю популярності, задовольняючи потреби суспільства.

В умовах пандемії COVID-19 комунікативний процес, спрямований на підтримку та відновлення психічного здоров'я людей, суттєво змінився: перехід на дистанційний режим спілкування, поява нових «пандемічних» функцій в діяльності фахівців, поява нових та загострення старих соціальних проблем суспільства.

Соціальні працівники, практикуючі психологи, волонтери працюють в посиленому режимі в період карантину для надання відповідних послуг (соціально-побутових, психологічних, юридичних та ін.) клієнтам.

В умовах карантинних обмежень частина традиційних джерел комунікації втратила свою ефективність та актуальність. Разом з тим значно зросла потреба в інформації. Комунікація нового часу, у ковідний та постковідний періоди, вимагає, по-перше, швидкості реагування. Миттєве прийняття рішень, основою якого є критичне мислення, психоемоційна виключність у процес, бездоганна комунікація у команді дозволять витримувати сучасний темп життя.

Для балансування таких навантажень невід'ємною особистісною якістю стає стресостійкість, довіра і відвертість у стосунках. По-друге, гнучкість, що проявляється у корегуванні вектору руху, підлаштовуванні під зміни, виходити за межі патернів «так прийнято». І, по-третє, ефективність комунікації, виникла необхідність проводити час у комунікації і отримувати від неї певний результат (інформація, вирішення питання, задоволення).

Пандемія COVID-19 вже внесла зміни в комунікацію, а найближчим часом головними її напрямками стануть:

1. Безпека – базова потреба кожної особистості, відтепер розуміється і як безпека особистого простору в усіх сферах взаємодії, безпека спілкування в інтернеті.

2. Здоров'я – окрім фізичного, зросла вагова частка психічного. Люди починають більше уваги приділяти споживанню якісних продуктів і перебуванню в позитивній, продуктивній комунікації.

3. Взаємодопомога – оскільки разом легше втриматися у часи трансформацій та викликів, люди потребують підтримки і заспокоєння у спілкуванні.

4. Антилокальність – кордони спілкування відкриті давно, проте останні два роки тренд всесвітнього спілкування став особливо актуальним. Для учнів це просто знахідка, особливо за часів не лише карантинної ізоляції.

Пандемія COVID-19 надала достатньо онлайн-інструментів для підтримки психічного здоров'я та розв'язання питань комунікації. Одночасно з повною діджиталізацією відбулись трансформації у розумінні себе, своїх потреб, почуттів. Через перенесення навчання з офлайн у онлайн формат виникла криза емоцій, оскільки саме в офлайн/живому спілкуванні народжувались емоції та відчуття життя.

Брак спілкування з включенням всього спектру органів відчуттів, обмеження звичних форм проведення часу, неможливість регулярного відвідування місць для обміну враженнями, призвели до дефіциту невербальної та емоційної комунікації.

Дружня комунікація набрала обертів, оскільки з'явився запит на підтримку, відволікання від проблем на роботі і вдома.

На психічне здоров'я учнів впливає і ситуація в родинах. А через хронічне соціальне напруження дорослі стають неспроможними вкладати сили у побудову гармонійних стосунків у родині та їх підтримку.

Однією з проблем стає і спілкування у сім'ях. Спостерігається тенденція до зниження кількості мовленнєвого спілкування, якості батьківської комунікації, наявна авторитарність і міжособистісна дистанція, непорозуміння й нав'язування неадекватних вимог до дитини або їх повна відсутність.

**Висновки.** Пандемія COVID-19 загострила існуючі комунікативні проблеми сучасних учнів та додала нові. Подальшого наукового дослідження потребують питання підготовки працівників психологічної служби до роботи у нових умовах та за новими формами комунікації.

Дана публікація є частиною дослідницької роботи у межах проекту «Подолання наслідків пандемії COVID-19 у діяльності психологічної служби системи освіти» за грантової підтримки Національного фонду досліджень України.

#### Список використаних джерел

1. Гніда Т.Б. Технологія конструювання продуктивної батьківської комунікації. *Український вимір: Міжнародний збірник науково-педагогічних, методичних статей і матеріалів з України та діаспори. Число XVIII* – Чернігів. 2021. С. 184 – 187.

2. Комунікативні технології інформаційного суспільства : монографія / [А.І. Гусев, Н.О. Довгань, О. В. Івачевська, Н. С. Малєєва, І. В. Петренко] ; за наук. ред. А. І. Гусєва ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. – 142 с.

3. Комунікація під час пандемії. URL: <https://bazilik.media/komunikatsii-pid-chas-pandemii-lektsiia-oleksandra-todorchuka/> (дата звернення: 15.10.2021).

**Держко Софія Андріївна,**  
студентка спеціальності «Психологія»  
Національного університету «Львівська політехніка»  
**науковий керівник:** кандидатка психологічних  
наук, доцентка кафедри теоретичної та  
практичної психології Інституту права,  
психології та інноваційної освіти  
Національного університету  
«Львівська політехніка»  
**Борисюк О.М.,**  
м. Львів, Україна

## ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19

**Постановка проблеми.** Пандемія COVID-19 охопила більшість куточків світу, тисячі людей потерпають від неї. В додаток до цього, все частіше суспільство стикається з психологічними проблемами, які активно прогресують. Одна з них – це емоційне вигорання. Вперше Всесвітня організація охорони здоров'я вирішила додати до Міжнародної класифікації хвороб емоційне вигорання у 2019 році. Вони описали вигорання як «синдром, який виникає як результат хронічного стресу на роботі, що не був успішно врегульований».

Характеризують синдром такі симптоми як: відчуття сильного виснаження або брак енергії; підвищена психічна дистанція та почуття негативу чи цинізму щодо своєї роботи; знижена здатність виконувати свою роботу.

**Викладення основного матеріалу.** Термін «синдром емоційного вигорання» почав своє існування в 1974 року, коли американський психіатр Н.І. Freudenberger вперше звернув увагу на цей феномен і описав його як «порадку, виснаження або зношення, що відбувається з людиною внаслідок різко завищених вимог до власних ресурсів і сил».

А термін «професійне вигорання» з'явився у літературі з психології у 1974 році для характеристики психічного стану здорових людей, які інтенсивно спілкуються з пацієнтами, клієнтами і постійно перебувають в емоційно навантаженій атмосфері під час надання професійної допомоги [1].

У зв'язку з останніми подіями пандемії COVID-19, значна кількість людей зазнали великого стресу, коли боялись та переживали за здоров'я близьких або ж очікували результату тесту на коронавірус. Через обов'язкову самоізоляцію, більша частина населення перейшла на віддалену роботу і навчання.

Результатом стало те, що кількість завдань не зменшилася, а домашніх справ стало тільки більше. Це може бути для деяких ще одним кроком до емоційного вигорання. Пандемія та віддалена робота або ж навчання привносять додаткові фактори, що сприяють емоційному вигоранню такі як: побоювання, пов'язані з ризиком зараження вірусом, відсутність кордонів між роботою і сімейним життям, що приводить до нестачі неробочого часу,

використання нових засобів зв'язку і подолання технічних труднощів, необхідність вирішення особистих і сімейних завдань паралельно з роботою [4]

Серед професій, у яких синдром емоційного вигорання зустрічається найчастіше, слід зазначити лікарів, вчителів, психологів, соціальних працівників, рятувальників, правоохоронців. В умовах пандемії під особливим натиском знаходяться саме лікарі. Праця більшості медичних працівників здійснюється за таких умов, що на них впливає нервово-емоційна перенапруга, висока відповідальності за життя та здоров'я інших людей, підвищені вимоги до професійної компетентності [3].

Синдром емоційного вигорання наразі є достатньо поширеною реакцією організму у відповідь на тривалий вплив стресових чинників, тому і однією з причин виникнення емоційного вигорання є постійний стрес. Довго терпівши людина рано чи пізно ризикує зіткнутися з цією проблемою.

Поняття стрес об'єднує широке коло явищ, пов'язаних із зародженням, проявом та наслідками впливів зовнішнього середовища, часто з конфліктними ситуаціями, відповідальними завданнями тощо.

Розвитку синдрому також сприяють особистісні особливості: високий рівень емоційної лабільності; високий самоконтроль, особливо у вольовому придушенні негативних емоцій; раціоналізація мотивів своєї поведінки; схильність до підвищеної тривоги та депресивних реакцій, пов'язаних з недосяжністю "внутрішнього стандарту" та блокуванням у собі негативних переживань; ригідна особистісна структура [5].

Виділяють 5 груп симптомів, характерних для емоційного вигорання:

1) фізичні симптоми (втома, фізична втома, виснаження; зміна ваги; недостатній сон, безсоння; поганий загальний стан здоров'я, тощо);

2) емоційні симптоми (недолік емоцій; байдужість; відчуття безпорадності; агресивність, дратівливість; тривога, неспроможність зосередитися);

3) поведінкові симптоми (постійна втома і бажання відпочити; байдужість до їжі; мале фізичне навантаження);

4) інтелектуальний стан (нудьга, туга, апатія, падіння смаку та інтересу до життя; цинізм або байдужість до нововведень);

5) соціальні симптоми (низька соціальна активність; зниження інтересу до захоплень; мізерні відносини на роботі та вдома; відчуття ізоляції).

Таким чином, вигорання характеризується вираженням поєднанням симптомів порушення у психічній, соматичній та соціальній сферах життя [5].

Як проявляються ці симптоми? Є певна динаміка емоційного вигорання. У першій стадії всі ознаки та симптоми проявляються в легкій формі, людина починає робити довші перерви у роботі чи навчанні, більше відволікатись, знижується концентрація уваги.

Зазвичай на ці першочергові симптоми мало хто звертає увагу. В другій стадії спостерігається зниження інтересу, потреба в самоті, з'являються негативні емоції тощо. Симптоми проявляються регулярно, мають затяжний

характер і важко піддаються корекції. Людина може почувати себе виснаженою після гарного сну і навіть після вихідних.

Ознаки та симптоми третьої стадії вигорання є хронічними. Можуть розвиватися фізичні і психологічні проблеми типу виразки шлунку і депресій.

Людина може почати сумніватись в цінності своєї роботи, професії та самого життя. Характерна повна втрата інтересу до роботи і життя взагалі, емоційна байдужість, відчуття постійної відсутності сил. Спостерігаються порушення пам'яті та уваги, порушення сну, особистісні зміни. Людина прагне до усамітнення. Заключна стадія – повне згорання, яке часто переростає в повну відразу до всього на світі [2].

При вирішенні проблеми емоційного вигорання найперше рекомендується звернутись до спеціаліста. Що можна зробити самостійно, так це розділити роботу та відпочинок, змінити роботу, яка не подобається на улюблену, слідкувати за харчуванням (їсти вчасно і збалансовано), не напружувати себе постійною роботою, робити прогулянки, слідкувати за сном та спробувати знайти свій вид спорту.

Це не тільки допоможе при перших стадіях вигорання, але й є можливість взагалі уникнути його. Проте найкраще це запобігти проблемі ще до її наростання, щоб не потрібно було працювати над наслідками.

**Висновки.** Таким чином, спалах і поширення коронавірусної хвороби (COVID-19) у світі значно впливає на психологічний стан та порушує психічну рівновагу різних груп населення. Відзначається значне зростання симптомів депресії, тривоги, дистресу та емоційного вигорання у працівників.

Проаналізувавши проблему синдрому емоційного вигорання можна стверджувати, що воно негативно позначається на особистості та діяльності, а також в особистісних зв'язках. Головний рецепт від емоційного вигорання — це вміння підтримувати баланс всіх сил свого організму, а також всіх сфер свого життя. А стреси просто показують, де цей баланс порушений і куди варто направити свою увагу.

#### **Список використаних джерел**

1. Борисова М. В. Психологические детерминанты феномена эмоционального выгорания у педагогов. Вопросы психологии, 2005. С. 97–104.
2. Бещук-Венгерська Н.В. Профілактика синдрому професійного вигорання у педагогів. Методичний посібник/Бещук-Венгерська Н.В.–Вінниця: ММК, 2015 – С. 9-11
3. Старченкова Е., Водопьянова Н. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. Питер: Спб. 2008. С. 88 -89
4. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования. Психологический журнал. Москва: Наука, 2001. № 1. С. 90–101.
5. Сидоров П. И. Синдром эмоционального выгорания: учеб. пособие / П. И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И. А. Новикова: СГМУ, 2007. С. 129–139.

**Доценко Вікторія В'ячеславівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри педагогіки та психології  
Харківського національного університету  
внутрішніх справ,  
м. Харків, Україна

## ПСИХОЛОГІЯ ГОРЯ І ВТРАТИ: ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ТА СУЧАСНИЙ ЕТАП РОЗВИТКУ

**Постановка проблеми.** Життя сучасної людини наповнене нещасними випадками, насильницькими злочинами, природними і техногенними катастрофами, важкими хворобами та іншими явищами, що можуть призвести до раптових і трагічних подій, до втрати близької людини.

З усіма нами, рано и пізно, трапляються події, що не мають позитивної сторони, викликають страждання і кардинально змінюють життя. Кожна людина горює індивідуально і працюючи з конкретними клієнтами, які пережили втрату, у психологів-початківців може виникнути низка питань щодо етапності, адаптивності процесу горювання і ризиків переходу в патологію.

Для того, щоб зорієнтувати психолога-початківця в теоретичних і практичних підходах психології горя і втрати ми пропонуємо: здійснити історичний екскурс, систематизувати вагомні надбання науковців і розкрити особливості надання психологічної допомоги в процесі горювання на сучасному етапі розвитку психології.

**Викладення основного матеріалу.** Горе визначають як реакція на втрату значущого об'єкта, частини ідентичності або очікуваного майбутнього; це переживання включає душевний біль, смуток, гнів, безпорадність, почуття провини і розпач [2]. При цьому втрата може бути дійсною або уявною, тимчасовою (розлука, життя далеко від близьких) та постійною (смерть), фізичною і психологічною.

В психології точкою відліку роботи з горем вважають книгу *З. Фрейда* «Печаль і меланхолія» (1917), в якій він зазначив про необхідність відокремлення переживання горя від депресії. Головна ідея З. Фрейда полягала в допомозі пацієнту розірвати зв'язок з померлою людиною за допомогою емоційного катарсису – процесу вивільнення негативних емоцій, що перетворює темні, важкі і болючі переживання в чисті, світлі і благородні. Проте, як показав час, цей метод не завжди спрацьовує.

Другим етапом в розвитку досліджень проблеми переживання горя є робота *Е. Ліндемана* «Клініка гострого горя» (1944). Власне Е. Ліндеману належить термін «робота горя» – процес переживання людьми великої втрати. Під час «роботи горя» людина звільняється від прив'язаності до померлого, адаптується до світу, в якому більше немає померлого і будує нові стосунки.

Автор виділив особливості гострого та нормального горя, описав не лише емоції і почуття, а й фізичні відчуття, пов'язані з реакцією на втрату, визначив і описав ознаки переживання горя [2]: соматичний дистрес; захопленість образом померлого; почуття провини стосовно померлого чи щодо обставин його смерті; реакції неприязні; нездатність функціонувати на попередньому рівні.

Е. Ліндеман говорить і про людей, які перебувають на межі патологічних реакцій, а саме: поява рис померлого в поведінці особи, що залишилася; «бачення» померлого тощо. Крім цього, він описує такі приклади горювання, коли жінки проводжали своїх чоловіків на війну і оплакували їх як вже померлих. А коли чоловіки поверталися живими, то ці жінки переживали складний комплекс емоцій, знову знаходячи відчуття рівноваги і повноти життя. Слід відзначити, що будучи психотерапевтом, Е. Ліндеман визнавав значущу роль психологічного консультування в процесі роботи з горем.

Наступним, третім етапом є відома робота *Е. Кюблер-Рос* «Про смерть і вмирання» (1969) в якій вона описала п'ять стадій горя:

- 1) заперечення;
- 2) гнів;
- 3) торг;
- 4) депресія;
- 5) прийняття [2].

Слід зазначити, що процес горювання за Е. Кюблер-Рос не є лінійним. Тобто, п'ять стадій горя не будуть послідовно йти одна за одною. Можливі варіанти, коли людина спочатку буде в депресії, а потім переживе гнів. Або спочатку прийме ситуацію, а потім відчує гнів чи повернеться до депресії. Все дуже індивідуально, тому не потрібно прив'язуватися до послідовності.

До цього ж третього періоду належить і *теорія прив'язаності Д. Боулбі* (1961) у якій він виділив чотири фази процесу горювання [2]:

- 1) «заціпеніння» (від декількох годин до тижня);
- 2) туга за втраченою людиною і прагнення повернути втрату, яка може тривати кілька місяців або років;
- 3) дезорганізація;
- 4) реорганізація.

Крім фазності процесу горювання Д. Боулбі виокремлює типи горювання:

- тип А (унікаюча прив'язаність) – тривожно-унікаючий тип;
- тип В (надійна прив'язаність) – безпечний тип;
- тип С (амбівалентна прив'язаність) – двоякий, чинить опір;
- тип Д (дезорганізована прив'язаність) – дезорганізаційно-контролюючий тип.

До четвертого, сучасного етапу розвитку психології горювання ми відносимо працю «Життя після втрати. Психологія горювання» психоаналітика *В. Волкана* і журналістки *Е. Зінтл* (1981). Вони показують, що переживання горя

обумовлюється нашими минулими історіями втрат і є індивідуальним для кожної людини.

Зосереджуючись на найтрагічнішій із втрат – смерті, дослідники розглядають її серед інших втрат: розлука подружжя, втрата мрії, ідеалу, дружби, батьківщини, навіть колишнього себе. Привносячи унікальне розуміння у психодинаміку переживання горя, В. Волкан і Е. Зінтл визначають нормальне або «неускладнене» горе і простежують розвиток патологічного горя. Крім цього автори виокремлюють критичні періоди процесу горювання:

1. Перші 48 годин – шок від перенесеної втрати і відмова повірити в те, що сталося, може проявлятися в перші години.

2. Перший тиждень – необхідність організації похоронного обряду та інші клопоти заповнюють увесь час, почуття втрати часто переносять автоматично, що іноді супроводжується емоційним та фізичним виснаженням.

3. Від 2 до 5 тижнів. Домінує відчуття, що тебе залишили сім'я і друзі, які повернулися до своїх буденних справ після похорону.

4. Від 6 до 12 тижнів – шоковий стан змінюється усвідомленням реальності втрати. Спектр пережитих у цей час емоцій досить широкий; людина відчуває втрату і погано контролює себе.

5. Від 3 до 4 місяців. Починається чергуванням «хороших та поганих днів». Людина стає дратівливою та нетерплячою щодо фрустрації. Здебільшого з'являється гнів, почуття емоційної регресії, внаслідок зниження імунітету зростають соматичні скарги, особливо інфекційного і простудного характеру.

6. 6 місяців. Починається депресія. Слабшає тягар пережитого, але гнітючі емоції залишаються. Дні народження, свята особливо важко переносяться і можуть викликати депресію.

7. 12 місяців. Перша річниця з дня смерті може бути травмівною або переломною, залежно від наслідків пережитих за рік страждань.

8. Від 12 до 24 місяців. Це час «розсмоктування». Людина, що пережила втрату, повільно повертається до колишнього життя. Саме в цей період зникають зі словникового запасу слова «важка втрата» та «горе»; життя бере своє [2].

Дж. Вільям Ворден (2001) у своїй практиці переходить від етапності горювання до задач і виокремлює наступні:

1). Прийняти реальність втрати;

2). Пережити біль втрати;

3). Створити нову ідентичність, тобто знайти своє місце у світі де є втрати. Складається з трьох підзадач: зовнішнє пристосування; внутрішнє пристосування (робота з самооцінкою, самовизначенням, Хто Я?); духовна адаптація (пристосування) – смерть кидає виклик трьом базовим потребам: світ добрий (прихильний) до нас; світ і все, що в ньому відбувається має сенс; ми гідні люди, які заслуговують найкращого;

4). Необхідність після втрати знайти сенс життя, перенести енергію з втрати на інші сфери життя. При цьому потрібно знайти баланс між зв'язком з



померлим і «новим» життям. І. Ялом (2008) розглядає питання страху смерті характерне для кожної людини і пропонує способи його подолання [3]:

- визнати страх смерті;
- усвідомити власні інтереси і можливості;
- жити на повну силу;
- спілкуватися і взаємодіяти з оточенням;
- зайти сенс існування та багато інших.

М. Девайн (2020) пропонує розглядати смерть близької людини не як проблему або хворобливий стан від якого необхідно позбавитися якомога швидше і розпочати «нормальне» життя, а як процес роботи з горем шляхом вибудови життя поруч з трагедією. Авторка наголошує, що у скорботи немає часу і підтримка оточуючих важлива, але не та, що пропонують традиційні моделі суспільства: забути померлого, переоцінити життя і бути вдячним за втрату. За словами автора втрата не долається, не забувається з часом – вона «вбудовується» в наше життя [1, С. 23]

**Висновки.** В дослідженнях психології втрати і горя автори переходять від опису ознак і етапів до вирішення завдань горювання.

На сучасному етапі психологічної допомоги в ситуації горя автори наголошують на: визнанні індивідуальних відмінностей в переживанні горя; впливі культури, досвіду, особистісних особливостей на процес горювання; зазначають, що горе – це багатовимірна реакція яка впливає на емоції, когніції і поведінку; горювання – це процес, а не проблема яку необхідно вирішити, не хвороба яку необхідно лікувати; розвивається розуміння того, що людина має право горювати індивідуально, не вписуючись в рамки норми.

#### **Список використаних джерел**

1. Девайн М. Поговорим об утрате: Тебе больно, и это нормально ; пер. с англ. С. Лосевой. М. : Олимп-Бизнес, 2021. – 380 с.

2. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. – Київ, 2018. – 240 с

3. Ялом І. Вдивляючись у сонце. Долаючи страх смерті ; пер. с англ. Н. Михайловська. Х. : Книжковий клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2020. 304 с.

*Ісаков Рустам Ісроїлович,  
доктор медичних наук,  
доцент кафедри психіатрії,  
наркології та медичної психології  
Полтавського державного  
медичного університету,  
м. Полтава, Україна*

### **ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ**

**Постановка проблеми.** Згідно сучасних підходів до проблеми лікування ПТСР, ланкою, що найбільшою мірою забезпечує реалізацію комплексного характеру терапевтичного втручання в загальній структурі психіатричної допомоги, виступає реабілітація. Реабілітація – складна система державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності [1]. В результаті цих заходів у пацієнта формується активне ставлення до порушення його здоров'я і відновлюється позитивне сприйняття життя, сім'ї і суспільства.

В сучасному світі концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і пристосування до життя та праці після хвороби [2]. За останні роки в усьому світі значно виросла зацікавленість у напрямку «психосоціальної реабілітації».

Психосоціальна реабілітація — це процес, що відкриває людям, які страждають психічними розладами, можливість досягти свого оптимального рівня самостійного функціонування в суспільстві. Її метою є вдосконалення соціальних навичок пацієнта, розширення кола його сприйняття і міжособистісного спілкування [3].

Реабілітація будується на базових принципах, серед яких можна виділити: партнерство, різнобічність зусиль, єдність психосоціальних і біологічних методів впливу, ступінчастість прикладених зусиль, проведені впливів і заходів. Виділено також основні етапи: відновна терапія, реадптація, реабілітація у власному сенсі цього слова.

Досвід відповідних досліджень показує, що застосування реабілітаційних програм дозволяє пом'якшити психопатологічну симптоматику та психосоціальну дезадаптацію, відновити втрачені соціальні зв'язки. Проте, у значній частині випадків такі пацієнти потребують тривалої опіки психологічних та психіатричних служб, а також більш глобальної підтримки суспільства.

Науковий прогрес у цьому напрямку пов'язують із підвищенням ефективності використання інформації про психогенез, патоморфоз та етіопатогенез і клініку ПТСР. Ці знання дозволяють впливати на всі етіопатогенетичні ланки формування ПТСР, чим поліпшувати якість реабілітаційних та профілактичних заходів[4].

**Викладення основного матеріалу.** Метою дослідження було вивчення ефективності застосування психосоціальної реабілітації у пацієнтів з ПТСР. У дослідженні брали участь 38 пацієнтів із діагнозом ПТСР (F43.1) за МКХ-10 та отримували комплексну терапію. Всі пацієнти були зацікавлені у відновленні ефективних соціальних взаємовідносин та розвитку позитивних емоційних переживань, компенсуючих травму та її наслідки. Основні критерії включення пацієнтів у дослідження: діагноз ПТСР (F43.1) та отримання курсу терапевтичних заходів; бажання приймати активну участь в процесі психосоціальної реабілітації; пацієнти є достатньо *стабільними*, перебували на завершальних етапах лікування та мають *можливість* з точки зору психічного статусу (когнітивного стану, пам'яті), що сприяє отриманню нових навичок під час реабілітаційного процесу; дієдатні та повнолітні особи.

Критерії виключення були наступними: зловживання наркотичними речовинами чи алкоголем, наявність тяжкої супутньої соматичної патології. Групу порівняння склали 19 пацієнтів з діагнозом (F43.1).

Для досягнення мети і реалізації завдань використані клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний та психодіагностичний методи. Застосовано структуроване клінічне діагностичне інтерв'ю — СКІД (SCID - Structured Clinical Interview for DSM) та діагностична клінічна шкала (CAPS — Clinical Administred PTSD Scale). Програма діагностичного інтерв'ю (DIS) виявляла інформацію щодо причин труднощів в психосоціального функціонування у пацієнтів[5]. Шкала CGI-I для оцінки ефективності реабілітаційного процесу.

Системний характер реабілітаційних і профілактичних заходів передбачав поєднання медичних, психологічних та соціальних втручань з урахуванням індивідуального визначення їх обсягу, своєчасності, координації та наступності лікувальних впливів.

Принцип етапності передбачав реалізацію реабілітаційних і профілактичних заходів на послідовних етапах: початковому (ініціальному), основному та етапі профілактичних і підтримуючих заходів.

Тривалість та дизайн кожного із етапів залежали від тривалості перебігу ПТСР, особливостей особистості, використання тієї чи іншої техніки для відновлення соціальних зв'язків. В рамках такого поступального характеру застосування впливів і заходів передбачається послідовний і раціональний перехід від однієї форми терапевтичного впливу до іншої.

Для психосоціальної реабілітації в процесі роботи з пацієнтами використовували наступні інтервенції:

1. Психосоціальна освіта. Використовували у випадку недостатньої інформованості пацієнта щодо здорового способу життя, схильності до зловживання алкоголем чи наркотичних речовин.

2. Розвиток навичок самостійного життя. Застосовували у випадку якщо пацієнт з ПТСР не може в повному обсязі самостійно обслуговувати себе та вести нормальний спосіб життя без сторонньої допомоги.

3. Забезпечення безпечним житлом. При відсутності надійного, безпечного, постійного місця проживання, що необхідно для досягнення мети лікування, надавалася соціальна допомога.

4. Тренінг сімейних взаємовідносин проводили при відсутності достатньої підтримки з боку членів родини, їх розуміння сутності захворювання, особливостей лікування. Розвиток соціальних навичок застосовувався для пацієнтів що є недостатньо соціально активними.

5. Професійна реабілітація спрямовувалась на можливість пацієнтами з ПТСР реалізувати свої професійні навички.

**Висновки.** Співставлення результатів в основній групі та групі порівняння свідчать на користь ефективності розробленої комплексної системи реабілітації пацієнтів з ПТСР, про що свідчить достовірне переважання показника одужання 71% та відсутність пацієнтів із погіршенням психічного стану в основній групі.

Мета реабілітаційної роботи у пацієнтів з ПТСР досяжна лише тоді, коли в повному обсязі враховуються активність патологічного процесу, психічний стан хворого, його особистість, особливості безпосереднього соціального оточення та індивідуальні життєві умови, що в сукупності визначають його реальні можливості.

#### **Список використаних джерел**

1. Breslau N, Kessler R, Howard D, Schultz L, Davis G, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. Archives of General Psychiatry. 1998 Jul; 55 (7): 626-632.

2. Maruta N, Pan'ko T, Fedchenko V, Kutikov O. The role of psychotraumatization factors in formation of anxious-phobic disorders. 2012 Oct; 5: 251[in Ukrainian].

3. Herasymenko LO. (2018) Psihosotsial'na dezadaptatsiya (suchasni kontseptual'ni modeli). Ukraïns'kii visnik psihonevrologiyi. 2018; 1: 62-65 [in Ukrainian].

4. Skrypnikov AM, Herasymenko LO, Isakov RI. Psihosocialna dezadaptatsiya pri posttravmatichnomu stresovomu rozladi u zhinok. Poltava: ASMI; 2016. 156 s. [in Ukrainian].

5. Goldberger L, Breznitz S, editors. Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press, 2012. 969 p.

**Калайтан Наталя Леонтіївна,**  
кандидатка психологічних наук, доцентка,  
доцентка кафедри психології  
Національного аерокосмічного  
університету ім. М. Є. Жуковського  
«Харківського авіаційного інституту»,

**Макаренко Амалія Олексіївна,**  
кандидатка психологічних наук, доцентка,  
доцентка кафедри психології  
Національного аерокосмічного  
університету ім. М. Є. Жуковського  
«Харківського авіаційного інституту»,  
м. Харків, Україна

### **ЕКЗИСТЕНЦІЙНА СПОВНЕНІСТЬ ЯК ФАКТОР ПРЕВЕНЦІЇ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У ФАХІВЦІВ СФЕРИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я**

#### **Постановка проблеми.**

Професійна діяльність фахівців сфери охорони психічного здоров'я пов'язана із високим психоемоційним навантаженням та іншими психогенними чинниками, що підвищує ризик розвитку у них професійного вигорання.

Феноменологія синдрому вигорання включає виснаження фізичних, когнітивних та емоційних ресурсів, порушення системи міжособистісних стосунків, професійну дезадаптацію, переживання втрати сенсу діяльності, зниження професійної мотивації, психосоматичні симптоми, різні форми адиктивної поведінки та суїцидальної активності. Необхідність розробки більш досконалих стратегій профілактики професійного вигорання стає дедалі гострішою, враховуючи потенційні психосоціальні і психосоматичні чинники ризику в професійній діяльності фахівців сфери охорони психічного здоров'я.

#### **Викладення основного матеріалу.**

Згідно з МКХ-11, вигорання визначається як «синдром, що виник у результаті хронічного стресу на робочому місці, з яким не вдалося успішно впоратися. Він характеризується трьома вимірами: почуттям виснаження або вичерпаності енергії; підвищеним ментальним дистанціюванням від роботи, почуттям негативізму чи цинізму стосовно роботи, а також зниженням професійної ефективності. Вигорання стосується явищ у професійному контексті і не повинно застосовуватися для опису досвіду в інших сферах життя».

Існують різноманітні концептуальні підходи до розуміння феномена професійного вигорання, яке розглядається:

— як результат цілого набору невірних очікувань, що не відповідають реальній ситуації (Meier);

— як прогресуюче розчарування у професії внаслідок конфлікту між внутрішніми ідеалістичними очікуваннями особистості та повсякденною реальністю (Edelwich & Brodsky);

— як результат втрати або відсутності необхідних для повноцінного функціонування у особистості ресурсів (Hobfoll); як наслідок нарцисичного особистісного розладу, схильності до надмірної ідеалізації професійної діяльності та постійним розчаруванням у ній (Fischer);

— як результат невдалого пошуку сенсу життя в професійній сфері (Pines).

Особливий інтерес становить концептуалізація професійного вигорання з позиції логотерапії та екзистенційного аналізу (Frankl, Längle). Так, Längle під професійним вигоранням розумів прояв неекзистенційної (найчастіше – несвідомої) установки щодо життя. При цьому ігнорування екзистенційної дійсності є настільки фундаментальним, що призводить до дефіцитарної вітальної симптоматики як у соматичному, так і психічному аспектах.

Зазначена симптоматика виконує захисну функцію щодо запобігання подальшому розвитку неекзистенційної установки. Професійне вигорання можна пояснити дефіцитом істинного, екзистенційного сенсу, для якого характерним є переживання почуття екзистенційної сповненості.

Людина досягає екзистенційного сенсу через почуття внутрішнього задоволення, яке дає йому силу та наполегливість долати втому та виснаження. У синдромі вигорання виявляються почуття порожнечі та відсутності сенсу, аналогічні стану екзистенційного вакууму. Таким чином, професійне вигорання є особливою формою переживання екзистенційного вакууму, в якому домінує картина виснаження.

Екзистенційна сповненість виникає з відчуття, в якому завжди присутне співвіднесення з самим собою. Це переживання добровільності діяльності та її цінності.

До групи ризику розвитку професійного вигорання належать високо мотивовані фахівці, які ототожнюють себе зі своєю роботою і вважають її високо значущою та суспільно корисною, працюють із високою самовіддачею, відповідальністю та спрямованістю на постійний робочий процес (Pines; Schaufeli & Enzmann). Робота стає джерелом розчарування, оскільки очікування щодо її можливості забезпечити благополуччя виявляються нереалістичними.

Це супроводжується почуттям недосяжності, марності своєї роботи та докладених зусиль. Тоді як переживання екзистенційної сповненості в обраній сфері діяльності, навпаки, є значущим предиктором професійної ефективності фахівців.

Längle розглядає відмінності між реальним екзистенційним змістом і псевдосмислом у професійній діяльності.

Професіонали з вигоранням не цікавляться змістом своєї роботи, що призводить до формування «псевдомотивації» (кар'єра, влада, вплив, винагорода, визнання тощо). Виникає розрив між суб'єктивними мотивами та реальними діями.

Іншими словами, вигоряння виявляється не через ціннісний зміст, а через «псевдомотивацію», яка відводить убік від професійної діяльності. У професіоналів з вигорянням відсутня справжня емоційна відкритість та інтерес до суб'єктів професійної діяльності (пацієнтів, клієнтів, колег).

Це так зване «уявне звернення» (Längle) або «деперсоналізація» (Maslach & Jackson), що виявляються в особистісній відстороненості, негативному і цинічному ставленні до інших, в тенденції встановлювати знеособлені і формальні контакти з суб'єктами професійної діяльності.

Професійне вигоряння розвивається внаслідок нестачі внутрішньої задоволеності від виконуваної діяльності. Однак почуття задоволеності слід відрізнити від ентузіазму, ідеалізму та успіху.

Стан внутрішньої задоволеності виникає тоді, коли сама діяльність сприймається як цінна та значуща. При цьому вона не завжди веде до успіху.

Професіонали з вигорянням розглядають роботу як засіб досягнення власних цілей, а не як щось внутрішньо значуще. В результаті загальне відчуття відсутності сенсу поширюється на інші сфери життя (дозвілля, особисте життя), і врешті-решт поглинає життя людини у всій її повноті.

#### **Висновки:**

Переживання сенсу та екзистенційної сповненості в обраній професії є одним із значущих чинників превенції розвитку професійного вигоряння.

Одним із найважливіших аспектів профілактики професійного вигоряння є усвідомлення фахівцями сфери охорони психічного здоров'я своїх персональних цінностей та мотивів, які спонукають їх до професійної діяльності.

Формування почуття цінності та змісту виконуваної діяльності, а також переживання персональної сповненості в професії є важливими умовами професійного та психологічного благополуччя фахівців, підвищення якості та ефективності послуг, а також фактором успішної трансформації сфери охорони психічного здоров'я в цілому.

#### **Список використаних джерел**

1. World Health Organization, Mental health, Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases URL: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/)
2. Frankl, V.E. The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy (Rev. ed.); New York, NY: Vintage, 1986; pp. 54–72.
3. Längle, A. Burnout – Existential Meaning and Possibilities of Prevention. Eur. Psychother, 2003, 4, 107–121.
4. Längle A. Das Sinnkonzept V. Frankls. Ein Beitrag für die gesamte Psychotherapie. In: Petzold H G, Orth I (Hrsg) Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Bd. II. Bielefeld/Locarno: Aisthesis, 2005; pp. 403–460.

**Кобець А. В.**  
студентка другого курсу  
Соціально-економічного факультету,  
Вінницького інституту Університету «Україна»  
**нуковий керівник:** кандидатка психологічних наук,  
декан соціально-економічного факультету  
Вінницького інституту Університету «Україна»  
**Найчук В. В.**  
м. Вінниця, Україна

## **ДЕФІНІТИВНИЙ АНАЛІЗ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ (ПСИХІАТРИЧНИХ) ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**Постановка проблеми.** В умовах сучасного суспільства підвищуються вимоги до кваліфікації медичних працівників спеціалізованих (психіатричних) закладах охорони здоров'я, продуктивності їх професійної діяльності, та до якості медичної допомоги, яку вони надають. Професійні обов'язки медичних працівників психіатричних закладів пов'язані з високим ступенем відповідальності за життя та здоров'я інших людей. Вони часто потребують від спеціаліста термінового прийняття рішення, самодисципліни, вміння зберігати високу працездатність в екстремальних умовах, емоційної віддачі, постійного психологічного та інтелектуального напруження. Усе це може призводити до виснаження психологічних та фізичних ресурсів спеціаліста і, як наслідок, – до його професійного вигорання. За останні роки в Україні зареєстровано зростання захворюваності медичних працівників, зокрема на гіпертонічну хворобу, стенокардію, цукровий діабет, інфаркт міокарда, ревматоїдний артрит, цереброваскулярні хвороби, дерматози, вегетосудинну дистонію, розлади психіки та поведінки. Законодавчо типові професійні ризики медичної діяльності, які здійснюють негативний вплив на здоров'я медичного працівника, закріплені за показниками тяжкості й напруженості трудового процесу, медична праця належить до шкідливої.

**Виклад основного матеріалу.** Емоційне вигорання – це динамічний процес, що розвивається поетапно [2, с. 54]. Дослідження в різних країнах світу доводять, що синдром емоційного вигорання починає формуватися вже у студентів-медиків старших курсів [5, с. 39]. Е. Вільямс досліджуючи професійне вигорання медичних працівників встановив, що лікарі, які мають прояви вигорання, роблять значну кількість медичних помилок і надають пацієнтам неякісну медичну допомогу. Згідно різних наукових досліджень, синдром професійного вигорання в лікарів негативно впливає на відчуття задоволеності від роботи, професійне довголіття та якість надання медичної допомоги [6, с. 24]. Майже 80% медичних працівників, які працюють в спеціалізованих (психіатричних) закладах охорони здоров'я мають ознаки синдрому



професійного вигорання різного ступеня вираженості; 7,8% – різко виражений синдром, що веде до психосоматичних і психовегетативних порушень.

За іншими даними, серед медичних працівників спеціалізованих (психіатричних) закладів ознаки професійного вигорання різного ступеня вираженості виявляють у 73% випадків; у 5% визначається фаза синдрому, яка проявляється емоційним виснаженням, психосоматичними і психовегетативними порушеннями [4, с. 36]. Серед медичних сестер психіатричних відділень ознаки синдрому професійного вигорання виявляють у 62,9% опитаних зі стажем роботи в психіатрії понад 10 років. Це пов'язано не тільки з тим, що медична діяльність передбачає стійкі взаємини «лікар–пацієнт» і комунікацію в їхніх межах, але й із тим, що діяльність лікаря пов'язана з високим ступенем відповідальності за життя та благополуччя іншої людини [3, с.24]. Причинами професійного вигорання у працівників спеціалізованих медичних закладів є:

• невідповідність досвіду і знань роботи, яку виконують працівники. Оскільки медична діяльність пов'язана зі здоров'ям людини, то не маючи достатнього досвіду і практичних навичок, лікар особливо гостро переживає за наслідки своєї діяльності;

• напружені стосунки в колективі, з керівництвом;  
• недостатнє матеріальне заохочення медичного працівника;  
• надмірна завантаженість медичних працівників;  
• погані умови роботи, невідповідність між бажаним і дійсним, неможливість особистого розвитку та інше [1, с. 29].

Фізичними симптомами професійного вигорання є постійна втома, головний біль, розсіяна увага, фізичне виснаження, зниження реакції, сонливість, безсоння, зміна маси.

Психологічні симптоми професійного вигорання:

- апатія,
- депресія,
- дратівливість,
- песимізм,
- нервові зриви,
- відчуття тривоги,
- страх не справитися зі своїми обов'язками.

Згідно з даними літератури, в Україні кожний четвертий працівник стикається з професійним синдромом, хоча більшість опитуваних про нього навіть не чула.

У роботі медичного працівника виділяють такі джерела стресу: організаційний, ситуаційний загальний та специфічний, особистісний.

Організаційний фактор включає відсутність достатньої можливості для кар'єрного росту, численні обов'язкові освітні та практичні моменти, слабкі служби підтримки персоналу.

До загального ситуаційного відносять брак знань, необхідність взаємодії з

критично налаштованими хворими, наявність різноманіття етичних моментів, відсутність або слабкість служби з надання психологічної підтримки.

До специфічного – брак досвіду, тягар важкої роботи, комунікативні проблеми серед персоналу, проблеми у спілкуванні з пацієнтами та членами їх родин, висока смертність серед пацієнтів відділення.

Особистісними джерелами стресу є:

- невміння долати труднощі,
- низький соціально-економічний статус,
- психічні розлади (зловживання алкоголем, психоактивними речовинами),
- наявність сімейної чи особистісної кризи,
- конфлікти з персоналом або пацієнтом,
- смерть пацієнта, з яким встановилися тісні зв'язки,
- початок роботи в новому відділенні,
- відсутність достатньої кількості вільного часу [3, с. 76].

#### **Висновки.**

Отже, для того, щоб уникнути проявів та розвитку професійного вигорання, медичний працівник повинен уміти актуалізувати власні механізми особистісно-професійного вдосконалення, зокрема, саморегуляцію, самомотивацію, саморефлексію та свій духовний потенціал, а також потрібно використовувати психологічні засоби профілактики та психокорекції професійних деструкцій.

**Перспектива подальших досліджень** полягає в розробці шляхів корекції професійного вигорання у медичних працівників спеціалізованих (психіатричних) закладів охорони здоров'я.

#### **Список використаних джерел**

1. Бабанов С.А. Синдром емоціонального вигорання. *Новости медицины и фармации*. 2011. № 22 С. 78
2. Бойко В.В. Психоенергетика. СПб: Питер, 2008. 416- с.
3. Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С. Эмоциональное выгорание у врачей и медицинские ошибки. Есть ли связь? *Социальные аспекты здоровья населения*. 2016. № 1. С. 98
4. Петрова Е.В., Семенова Н.В., Алехин А.Н. Закономерности развития и особенности синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер психиатрических учреждений. *Вестник Томского государственного педагогического университета*. 2011. № 12. С.194-199.
5. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников. К., 2004. С. 93.
6. Williams E.S., Manwell L.B., Konrad T.R., Linzer M. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study. *Health Care Manag Rev*. 2007. № 3. P. 203

УДК 159.9.072.43-159.972-616.89-616-052

**Коваль Ірина Андріївна,**  
докторка психологічних наук, доцентка,  
професорка кафедри медичної психології,  
психосоматичної медицини та психотерапії  
Національного медичного університету  
імені О. О. Богомольця,  
м. Київ, Україна

### **МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Психоаналіз З. Фрейда відкидаючи неадекватну спробу розглядати поведінку особистості в одній площині, створює цілу теоретичну систему розуміння особистості.

Своєю теорією З. Фрейд зміг об'єднати і соціальне, і біологічне в психічних феноменах, завдяки чому з'явилася можливість зіставляти та порівнювати їх, а твердження про антагонізм цих феноменів призвів до появи особистості людства.

Ближчою до центральному пункту фрейдизму є ідея про механізм витіснення у несвідоме. В даному контексті розуміється витіснення у несвідоме того змісту лібідо (психічної енергії), яка не могла бути реалізована в соціальних умовах. Таким чином порівнюючи такий механізм психічного захисту з цензурою.

Термін "захист" уперше з'явився в 1894 році в роботі З. Фрейда "Захисні нейропсихози" і був використаний у його наступних роботах ("Етіологія істерії", "Подальші зауваження про захисні нейропсихози") для опису боротьби Я проти хворобливих або нестерпних думок й афектів.

Концепція механізмів психологічних захистів представлена А. Фрейд у її роботі "Психологія Я и захисні механізми" (1936), де вона, розвиваючи теорію свого батька, вважала, що захисний механізм ґрунтується на двох типах реакцій:

- блокування вираження імпульсів у свідомій поведінці;
- переключування їх настільки, щоб споконвічна їхня інтенсивність помітно знизилася або відхилилася убік.

Істотні розлади адаптації, що проявляються в різноманітті основних симптомів та синдромів, потребують комплексного та диференційного підходу.

Порівняльний аналіз дає можливість диференціювати наявність чи недостатність психологічних захистів й обґрунтовано поєднувати індивідуальність і емоційні розлади з певними захистами.

Дослідження закономірності динаміки захисних механізмів при психотичних розладах є ключовим кроком в розумінні патопсихологічних

аспектів цих захворювань, так як основні симптоми та синдроми можуть бути інтерпретовані з позиції механізмів психологічного захисту.

Метою дослідження стало виявлення структурних та динамічних особливостей механізмів психологічного захисту, а також встановлення відповідності й взаємозв'язку між ригідними комплексами механізмів захисту та психопатологічними проявами у пацієнтів з психотичними порушеннями.

Зазначені особливості психологічних захистів будуть проявлятися під час психодинамічного інтерв'ю, що характеризуватиме стиль взаємодії клінічного психолога та пацієнта.

Для шизофренічного спектру порушень характерне відмінне використання проекції розщепленої частини «Я» й заперечення як компоненту маячної інтерпретації реальності та галюцинаторної обробки дійсності, з метою зниження травматичного досвіду переживань. Звернення до примітивної ізоляції як механізму створення власного відгалуженого «світу переживань», включається в основу апато-абулічних проявів.

Для афективних психозів (біполярний афективний розлад, важка депресія з психотичним компонентом) характерне звернення до інтроекції як основного механізму захисту, в якому відображаються об'єктні відносини з оточуючим світом. Шляхом інкорпорації значимих об'єктів особистість заперечує прийняття їх втрати.

В подальшому звертає на себе власну агресію по відношенню до реального об'єкту, з яким ідентифікує власне «Я».

З переходом у маніакальну фазу відбувається заперечення стану депресії та характерних інтроекцій.

Шизоафективна патологія характеризується проміжним залученням зазначених вище механізмів захисту.

Використання проекції для позбавлення розщепленого «Я» тривоги й інтроекцій невдалих дитячих об'єктних відносин, встановлює полярність сприйняття себе й оточення. Неусвідомлена сила афектів потребує структурування, таким чином консолідуючи психопатологічну картину психозів й певною мірою зменшуючи заперечення реальності шляхом галюцинацій чи аутизації.

Клінічні дослідження допомагають ширше охопити весь спектр впливів на особистість.

**Колесник Оксана Іванівна**  
голова спеціалістка відділення рекрутингу  
та комплектування (психологиня)  
Хмельницького районного територіального центру  
комплектування та соціальної підтримки,  
м. Хмельницький, Україна

## **СПОСОБИ ПОДОЛАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ НЕГАТИВНИХ НАСЛІДКІВ РУЙНІВНОГО ДОСВІДУ**

**Постановка проблеми.** Військовослужбовці, які сьогодні перебувають у зоні бойових дій, зазнають сильного морального впливу та травматичного досвіду, що впливає на їх подальше життя. Таким чином, на сьогоднішній день більшість з числа українських захисників потерпають від депресії, емоційного вигорання, стресів різного роду складності та інших психологічних тисків з боку оточення чи колег.

І найважливіше завдання сьогодні – змогти побачити, обґрунтувати та вміло застосувати у дію дієві способи подолання цього руйнівного досвіду. Джерелом, на яке будемо спиратися – стане досвід іноземних колег та українських військових, що пройшли курс реабілітації.

**Викладення основного матеріалу.** Руйнівний досвід – перебування людини у несприятливих для виживання чи нормального життя місці, наслідки якого залишають сильний та глибокий емоційний шок. Як правило, такі події відбуваються не часто, але стаються на очах у близьких чи емоційно вразливих людей, що призводить до психічних порушень чи відхилень. На сьогоднішній день в Україні одною з таких емоційних травмуючих ситуацій є війна на Сході нашої Батьківщини.

«Незалежно від участі та функцій, які виконувала особистість у ході воєнних дій, брала активну участь у бойових діях чи була мирним жителем, травматизація через пережитий досвід може виявитися одразу як гостра реакція на стрес, або бути відстроченою у часі» — так про травматичний досвід висловлюється М. Ю. Лукашенко [1] у своїй науковій статті. Адже за представленими даними цим автором, 70% патологічних розладів спостерігалось саме у військовослужбовців, що приймали активну участь у військових діях. Відповідно, у 15-20% солдатів після закінчення контракту було виявлено хронічні посттравматичні стани, причиною яких є затяжний стрес та емоційне перенапруження, спричинене графіком та складністю роботи.

Війна не закінчується сьогодні, а отже кожного дня зростає відсоток тих молодих людей, які відчуватимуть на собі наслідки збройного конфлікту, і який буде переслідувати їхні подальші дії до кінця життя. Зі сторони держави, лікарів та дослідників постає справжнє сміливе та відчайдушне бажання допомоги солдатам, які приймають усі умови, але зазнають морального внутрішнього й зовнішнього тиску. Для дослідження способів реабілітації та допомоги потрібно

не лише досліджувати стан та особливості вияву ПТСР у солдатів, як про це говорить Лукашенко [1], але й навчитися надавати швидку емоційну допомогу при перших симптомах. Таку допомогу ми сміливо можемо переймати від наших іноземних колег та спеціалістів, головною задачею яких і постає допомога військовому.

Саме тому пропоную розглянути кілька цікавих та дієвих серед психологів методів допомоги під час пережитого негативного досвіду.

Першим варто розглянути метод моделювання ситуації. Даний спосіб допомагає ефективно отримати результати завдяки формуванню усіх умов ситуації, функцій, що актуалізуються у людини під час перебігу даної події, а також усі можливі наслідки розгортання подальших дій.

Так, завдяки цьому методу можливо покроково розглянути усі емоції людини, її бажання, найбільш вразливі моменти та способи уникнення їх. У цьому методі встановлюються не прості зв'язки, а логічно-наслідкові, тобто пов'язані між людиною та її робочим станом: перебування на лінії фронту чи за межами бойових дій, активна участь чи допомога через технології та засоби зв'язку. Також даний метод моделювання може допомогти розробити поетапну інструкцію досягнення зазначеної мети, зокрема психологічне благополуччя, зменшення внутрішнього тиску чи стресу. У монографії О. М. Хайруліна [3] вказано, що Україна активно використовує у концептуальних межах моделювання ситуації, використовуючи метод Terrapene: його суть полягає у розробці 6 пунктів (вхід, чим, як, хто, скільки, вихід), завдяки яким вдасться повністю та цілком охопити ситуацію у наміченому шляху. Звісно, варто вказати і на емпіричну основу, на якій сформовані результативні кроки до ефективності заданої мети, а також практикування кожного у реальному житті, що дає впевненість у ефективності усього комплексного підходу.

Другим способом є активна та постійна робота із військовими, щодо їх ментального здоров'я та стану самопочуття. Багато військовослужбовців можуть зовсім не замислюватися, що певне бажання кар'єрного, фінансового чи іншого зростання за рахунок швидкого та великого обсягу роботи може призвести до серйозних порушень сну, втоми, проблем із харчуванням, перепадом настрою та іншими психічними особливостями. Саме тому вкрай важливо проводити лекції, індивідуальні зустрічі та обговорення для солдатів та їх командирів у потребі вчитися прислухатися до свого тіла та допомагати йому. Таким чином, коли солдат буде відчувати реальне перенапруження — йому потрібно повідомити про це, адже освічений у можливих подальших наслідках такої роботи військовий не захоче відчувати себе у ситуації стресу чи вигорання.

Відповідно, розмови із психологом зможуть не лише забезпечити певний внутрішній стимул військового боротися із внутрішнім руйнівним досвідом, а й допоможе правильно та чітко розставити пріоритети та цінності, за які сам солдат може сміливо хапатися, коли відчуватиме певний психічний внутрішній тиск. Прикладами таких цінностей є: сім'я, батьки чи брати/сестри, захист товаришів, фінансова винагорода, внутрішній патріотизм, розпочата нова

діяльність на благо, створення нового (робочий проект, планування дітей, відкриття закладів допомоги) та інше.

Третій спосіб варто вважати найбільш нестандартним: запровадження серед військовослужбовців умов для творчої самореалізації, як спосіб перенесення пережитих емоцій, невілених мрій, бажань та усього, що відчуває сам солдат. Як зазначено авторами навчально-методологічного посібника «Профілактика відхильної поведінки у військовослужбовців» – «Військовослужбовці, прагнучи до професійного самовдосконалення і реалізації творчого потенціалу під час виконання бойових завдань, часто стикаються з обмеженням свободи в професійній діяльності, з однотипністю завдань» [2].

Даний метод актуальний закордоном та в межах України сьогодні, тож ми можемо реально побачити його ефективність. Якщо ж забезпечити можливість солдатам вільно «висловлювати» свої емоції через написання картин, спортивні ігри, малярство, ліплення та інші безмежні види творчості – тоді військовий зможе навчитися не затримувати гнів, страх та відчай всередині, тим самим зменшуючи емоційне напруження всередині. Багато робіт солдат після завершення контракту стають справжнім надбанням армії, зокрема відкриття того самого потенціалу та себе з іншої сторони.

Інші ж бажать залишити свої роботи тільки для себе, тим самим ховаючи своє минуле й творчість, але допомагаючи собі звільнитися від нього й повернутися до стабільного буденного життя за лінією фронту.

**Висновки.** Підводячи підсумки, варто наголосити на важливості наукового та публістичного заохочення спеціалістів досліджувати способи допомоги солдатам та людям, що відчули тиск війни, особливо після руйнівного досвіду.

Ми сміливо можемо відшукувати нові стежки, «позичати» в іноземних спеціалістів методи роботи та вивчати військових, що змогли самостійно чи з допомогою спеціаліста повернутися після фронту у звичайне людське життя. Використовуючи вже існуючий досвід та методи моделювання, творчого потенціалу та навчання можна сміливо застосувати їх у дію та відштовхуватися від ефективності інших, аби створити надійну систему психологічних способів допомоги при руйнівному досвіді чи інших видах серйозного стресу.

### **Список використаних джерел**

1. Лукашенко М. Ю. Травматичний досвід військових дій як чинник девіантної поведінки. *Юридична психологія*. 2019., № 1. С. 32-38.  
doi: <https://doi.org/10.33270/03192401.32>.
2. Профілактика відхильної поведінки у військовослужбовців: навчально-методичний посібник / А.М. Романишин, Т.М. Мацевко «та ін.». – Львів: НАСВ, 2017. – 322 с.
3. Психологія професійного вигорання військовослужбовців : монографія / О.Хайрулін; ред. А.В. Фурман.– Тернопіль: Економічна думка ТНЕУ, 2015.– 219 с.

**Кондратик Лідія Михайлівна,**  
кандидатка соціологічних наук,  
старша викладачка кафедри соціології  
Українського католицького університету,  
м. Львів, Україна

## **КОНФЛІКТИ В СІМ'І. ЧИ МОЖЛИВО УНИКНУТИ І ЯК ПЕРЕТВОРЮВАТИ ЇХ НА КОНСТРУКТИВНІ**

В сучасному світі стреси та кризи є невід'ємною частиною життя майже кожної людини. Конфлікт – поняття, яке стосується людини, її поведінки і взаємодії людей [1, 6].

Конфлікти часто трапляються в житті людини, в її стосунках в сім'ї, в колективі чи навіть із зовсім незнайомими людьми. Конфлікт (від лат. *conflictus* — зіткнення) — це зіткнення протилежних інтересів (цілей, позицій, думок, поглядів та ін.) на ґрунті суперництва; це відсутність взаєморозуміння з різних питань, пов'язана з гострими емоційними переживаннями [4, 18].

Конфлікт – це зіткнення протилежно спрямований цілей, інтересів, позицій, думок або поглядів двох або декількох людей. В основі будь якого конфлікту лежить ситуація, що містить або суперечливі позиції сторін з будь-якого приводу, протилежні цілі, або засоби їх досягнення, або невідповідність інтересів, бажань, нахилів опонентів тощо [6, 104].

Чи можлива ідеальна сім'я, в якій немає конфліктів? Навряд, адже люди є різні, в чомусь навіть протилежні (особливо, якщо це стосується подружжя). Якщо чоловік та дружина різні, то й інтереси в них відрізнятимуться, і час від часу вони «зіштовхуються». Тобто конфлікт є нормальним явищем у подружньому житті.

Отже – уникнути конфліктів неможливо. Це не зовсім залежить від учасників процесу, які є в стосунках. Але від них залежить, як вирішиться конфлікт, які наслідки він матиме для їх подружжя.

Наслідки конфлікту можуть бути конструктивні (тобто позитивні) або деструктивні (тобто негативні) [3, 108].

Почнемо з останніх. Сам конфлікт, як правило, назріває якийсь час, потім відбувається ескалація, тобто прояв.

Часто «остання крапля», яка спричинила конфлікт, не є причиною конфлікту. І коли чоловік чи дружина не діляться своїми емоціями, бояться висловити свої переживання чи незадоволення, намагаються «втримати мир будь-якою ціною», тоді беззаперечно буде вибух, коли всі зажаті емоції прорвуться назовні, і вони в пориві гніву згадують все погане, що намагалися втримати в собі.

Такий початок конфлікту уже містить небезпеку негативних наслідків, адже вирішити такий конфлікт вкрай складно. Неможливо за один конфлікт вирішити багато проблем, які накопичились за довгий період часу.



Єдине, що дає такий тип конфлікту – вивільнення негативних емоцій, бо, як правило, протікає він досить бурхливо. Що є надзвичайно негативним, це те, що, вивільняючи одні негативні емоції, чоловік та дружина одразу ж накопичують нові, адже в процесі конфлікту часто ображають один одного.

Тобто негативним наслідком конфлікту є нерозуміння і несприйняття один одного, що точно віддаляє нас, роз'єднує подружжя. І спричиняє наступний конфлікт.

З часом, правда, старші подружні пари вже можуть і не конфліктувати, бо знають, що нічого хорошого це не дасть, лише забере час, сили і нерви. Але такі пари вже роз'єдналися, вони просто роблять кожен те, що вважає необхідним і не узгоджує це з партнером. Тобто єдності в такому подружжі вже немає, є лише певні завдання, які виконують разом (наприклад, виховання дітей).

Але конфлікт не має на меті роз'єднати людей, а навпаки — ще більше зблизити. Адже в процесі обговорення «протилежних інтересів», чоловік та дружина краще пізнають та краще починають розуміти потреби один одного, вчаться приймати, домовлятися, а інколи й уступати. Бо люблять один одного і хочуть бути щасливими у шлюбі.

Для того, щоб конфлікт мав позитивні наслідки, необхідно дотримуватися кількох правил:

- Проблеми вирішувати по мірі надходження. Це означає, що не потрібно «ковтати образи» чи «не звертати увагу на те, що зранило», бо люди виховані, або «це обговорення і так нічого не дасть».

- З іншого боку, не потрібно також реагувати відразу, не звертаючи увагу на час, обставини та присутність інших людей.

- Необхідно проговорити конфліктну ситуацію настільки швидко, наскільки це можливо, в ідеалі - в той же день «Щоб сонце не заходило над вашим гнівом» [5 — Еф. 4:26 ]

- Але важливо проговорювати конфліктну ситуацію лише в безпечному місці (де не будуть відволікати) і лише вдвох (без свідків та «доброзичливців»).

- Якщо конфлікт за давнини, тобто є певні протилежні інтереси, які існують вже довгий час, або тема є складною до обговорення і тому подружжя боїться її чіпати, то для обговорення цього конфлікту необхідно призначити певний день і створити безпечні умови (див. попередній пункт).

- Часом конфлікт проявляється лише для того, щоб «скинути емоції». Тобто жінкам потрібно проговорити чи навіть проплакати свої негативні емоції. Жодного рішення тут не потрібно, тож чоловіку потрібно просто дозволити жінці «видати емоції» і без оцінок чи порад просто підтримати її.

- Якщо конфлікт стосується певної проблеми, яку необхідно вирішити (тобто домовитись про певні рішення і дії в певній конфліктній ситуації), тоді і чоловіку і жінці необхідно пам'ятати про те, що емоції тут зайві. Коли працюють емоції — конфлікт не вирішується.

- В процесі конфлікту (навіть коли емоції дуже бурхливі) варто не ображати партнера і не говорити щось таке, про що потім можна пошкодувати.

Потрібно пам'ятати, що конфлікт — це лише тимчасова ситуація, а сім'я — надовго.

- У процесі конфлікту краще говорити лише про себе і від себе, використовуючи «Я-фрази» (тобто не «Ти мене образив!», а «Мене зачепило»).

- В особливо складних ситуаціях, коли емоції є сильні і конфлікт не вирішується, краще на деякий час відсторонитися, наче дати собі тайм-аут. Можливо варто попросити допомоги ззовні, зокрема у психолога.

Конфлікт — це зіткнення інтересів. Оскільки люди є різні, той інтереси у них — різні. Конфлікти можуть мати конструктивні або деструктивні наслідки.

Ці наслідки залежать від слів та дій учасників конфлікту. Певні прості правила вирішення конфлікту в подружжі дають можливість проживати конфлікти легше і менш емоційно боляче. Адже конфлікт може зближувати людей, дає шанс краще пізнати і зрозуміти один одного, а може і роз'єднувати. Вибір залежить від кожного з учасників конфлікту.

#### **Список використаних джерел**

1. Волков Б.С., Волкова Н.В. Конфликтология: Учебное пособие для студентов вузов. — М.: Академический проект; Трикста, 2005. — 384 с. С.6.
2. Кондратик Л. Він і Вона. Щастя бути справжніми. Видання друге. Львів: КнигоВир, 2019. - 223 с.
3. Краснова Н.П. Види конфліктів у діловому спілкуванні. Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2013. Вип. 26. С. 108–111.
4. Леонов Н.И. Психология делового общения. Учебное пособие. — М.: Изд-во МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2002. — 216с. С.104.
5. Святе письмо.
6. Урбанович А.А. Психология управления: Учебное пособие. — Мн.: Харвест, 2005. — 640 с. С.318.

*Кочерга Євгенія Володимирівна,  
кандидатка педагогічних наук,  
доцентка кафедри загальної,  
спеціальної педагогіки,  
реабілітації та інклюзивної освіти  
Дніпровської академії неперервної освіти,  
м. Дніпропетровськ, Україна*

## **ЗАСОБИ АРТ-ПЕДАГОГІКИ ТА АРТ-ТЕРАПІЇ ЯК ОСНОВА ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ**

**Постановка проблеми.** Професії у сфері «людина-людина», зокрема професії психолога чи вчителя, характеризуються ризиком виникнення емоційного вигорання. Емоційне вигорання негативно відображається як на здоров'ї людини, так і на її професійній діяльності. Також може призводити до виникнення різноманітних конфліктів.

Отже, обов'язковим має бути навчання вчителів та психологів піклуватися, перш за все, про своє власне психічне здоров'я [2].

На нашу думку, ефективними засобами профілактики емоційного вигорання є засоби арт-педагогіки та арт-терапії. Саме тому у Дніпровській академії неперервної освіти для студентів спеціальностей 053 «Практична психологія» на рівні бакалаврату та спеціальностей 011 «Освітні педагогічні науки» на рівні магістратури за освітніми програмами «Загальна педагогіка» та «Інклюзивна освіта, корекційна педагогіка» запропоновано для вивчення дисципліну за вибором «Вирішення конфліктів арт-методами».

**Виклад основного матеріалу.** Позитивний вплив творчості і мистецтва на розвиток усіх сфер особистості не викликає сумнів, адже це доведено численними науковими дослідженнями та практикою роботи арт-терапевтів. Зокрема доведено і лікувальний вплив арт-засобів на психіку людини.

Мистецтво приносить людям позитивні емоції, розкриває внутрішній потенціал особистості, сприяє самопізнанню та вмінню представити себе іншим. Мистецтво відкриває творчість у людині, а творчість – це можливість відпустити себе, вона дає людям свободу висловлювати свої думки.

Мистецтво є інструментом спілкування між людьми, якому не потрібна звичайна мова. У якості мови мистецтво використовує образ, символ, колір, звук, рух, дотик, вираз обличчя. І ця особлива мова мистецтва є зрозумілою для людей будь-якої національності, віку, статі, соціальної приналежності.

Мистецтво впливає на людські емоції та почуття набагато глибше, ніж інші засоби. Воно може як заспокоювати, так і збуджувати. Але ніколи не залишає байдужим того, хто торкається тонких струн мистецтва.

Отже, лікувальний вплив арт-засобів діє на рівні емоцій та почуттів людини, які виникають як реакція на стан задоволення потреб людини. Якщо певна потреба людини є незадоволеною, то можуть виникати негативні емоції

та почуття, а арт-засоби допомагають усвідомлювати емоції та почуття, проживати їх та екологічно виражати їх без шкоди оточуючим.

Отже, емоції та почуття є індикатором задоволення чи незадоволення потреб людини.

Переосмислюючи та доповнюючи теорію потреб Абрагама Маслоу сучасний американський психолог Скотт Барри Кауфман запропонував підхід, відповідно до якого життя – це не підйом на вершину.

Воно більше схоже на величезний океан, сповнений нових можливостей для сенсу та відкриттів, але також небезпеки та невизначеності. І для того, щоб «пливти океаном життя» необхідний вітрильник, основою якого є безпека, зв'язок і самооцінка, тобто потреби в захищеності, які за хороших умов працюють разом для підвищення стабільності. Звичайно, чим міцніший корпус, тим легше сміливо відкривати вітрила (потреби у дослідженні, любові та меті)

Щоб наважитись досліджувати й розвиватися, людині потрібна надійна база. Ось чому Маслоу хотів демократизувати можливість жити життям, орієнтованим на зростання, усунувши перешкоди для цього, такі як матеріальний дефіцит, емоційна холодність та інституції, що руйнують людські мрії.

Потреби можна використовувати для оцінки наших нинішніх інституцій, таких як школи, робочі місця та цілі суспільства.

Розробляючи та критично досліджуючи їх, ми повинні запитати, чи допомагають вони нам задовольнити наші потреби, чи, скоріше, головна причина, чому наші потреби не задовольняються. Кожному з нас слід надати рівні можливості реалізовувати свою свободу, і це відбувається лише за умови, що наші інституції забезпечують безпеку, захищеність та відчуття приналежності.

Це спадок Маслоу, за який варто боротися: побудувати культуру та інституції, які підтримують здатність кожного з нас рости та стати найкращою версією себе. Це досягається завдяки тому, що якомога більше людей можуть рости, жити і працювати в середовищі, яка підтримує задоволення наших основних психологічних потреб [1].

Засоби арт-педагогіки та арт-терапії також допомагають розбиратися у внутрішньоособистісних конфліктах. Кауфман визначає, що одним із принципів становлення цілісної особистості є принцип усвідомлення своїх внутрішніх конфліктів. Усвідомлення є основою їх вирішення чи трансформації і таким чином наближення до розуміння та задоволення своїх потреб.

Курс за вибором «Вирішення конфліктів арт-методами» розрахований на 4 кредити (120 год.) [3].

Метою вивчення курсу є сприяння підвищенню рівня сформованості конфліктологічної, емоційно-етичної та здоров'язбережувальної компетентності студентів, творчості та креативності, здатності використовувати арт-методи для запобігання виникнення та для вирішення конфліктів.

Завданнями курсу є: сформувані цілісне уявлення про конфліктологічну, емоційно-етичну та здоров'язберезувальну компетентність як педагогічні категорії; розкрити особливості арт-методів та можливості їх використання в освітньому процесі; сформувані навички використання арт-методів для запобігання виникнення конфліктів та їх вирішення.

**Висновки.** Профілактика емоційного вигорання полягає у пізнанні себе, своїх емоцій та почуттів, які є індикаторами задоволення чи не задоволення певних потреб.

Профілактика емоційного вигорання є особливо актуальною для професій психолога та вчителя, саме тому студентам пропонується для вивчення курс, який дає розуміння і про конфлікти, глибинні причини їх виникнення, і про засоби найбільш екологічної роботи з емоціями, почуттями та потребами людини, а саме засоби арт-педагогіки та арт-терапії. Перспективи подальших досліджень вбачаємо в необхідності ґрунтовного вивчення засобів арт-педагогіки та арт-терапії, які можуть використовуватися в галузі роботи з конфліктами та є основою профілактики емоційного вигорання.

#### **Список використаних джерел**

1. Кауфман С. За межами піраміди потреб. Новий погляд на самореалізацію / Пер. з англ. Київ : Лабораторія, 2021. 400 с.

2. Кочерга Є., Скиба Ю. Реалізація педагогічних умов розвитку здоров'язберезувальної компетентності вчителів хімії в системі післядипломної освіти. *Вісник післядипломної освіти*: зб. наук. пр. 2020. Вип. 11(40). С. 170–182.

3. Робоча програма навчальної дисципліни «Вирішення конфліктів арт-методами».

URL:  
<http://www.dano.dp.ua/attachments/article/1271/%D0%92%D0%B8%D1%80%D1%96%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%BB%D1%96%D0%BA%D1%82%D1%96%D0%B2%20%D0%B0%D1%80%D1%82-%D0%BC%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D0%BC%D0%B8%202021-%D0%BC.pdf>

**Кривоконь Наталія Іванівна,**  
докторка психологічних наук, професорка,  
професорка кафедри психології та педагогіки,  
Національної академії Національної гвардії України,  
м. Харків, Україна

## **НАСНАЖЕННЯ ЯК ЗАСІБ ПІДТРИМКИ СУБ'ЕКТИВНОЇ ВІТАЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

**Постановка проблеми.** Важливим завданням психологічного забезпечення діяльності військовослужбовців є створення умов стосовно «підтримки та відновлення оптимальних психічних станів, необхідних для успішного виконання службово-бойових завдань, збереження високого рівня психологічної безпеки, запобігання виникненню професійної деформації» [4, с. 138].

Відтак, актуальними уявляються доробки, спрямовані на пошук засобів, котрі уможливають досягнення та/або відновлення особистісних ресурсів, серед яких особливе місце посідають так звані «енергетичні» ресурси. Йдеться передусім про суб'єктивну вітальність як вияв усвідомлення наявної життєвої енергії особистості. В даній публікації маємо **на меті** стисло представити міркування щодо можливостей наснаження для відновлення та підтримки суб'єктивної вітальності як складової особистого ресурсу військовослужбовців.

**Викладення основного матеріалу.** У сучасній психологічній літературі представлені різноманітні погляди на поняття «особистісні ресурси». На разі досить активно розвиваються концепції щодо наявності, особливостей та можливостей розподілу, актуалізації чи мобілізації комплексу ключових ресурсів особистості та середовища в межах ресурсного підходу та екзистенційної персонології.

Вітчизняні автори [2, с. 209-210] під ресурсами особистості розуміють «внутрішні і зовнішні змінні, що сприяють психологічній стійкості в стресогенних ситуаціях». Вони відмічають, що в гуманістичній традиції до ресурсів, які допомагають особистості долати скрутні ситуації, ще відносять: надію, раціональну віру та душевну силу (мужність). Д. О. Леонтьєв для опису ресурсів особистості вживає термін «особистісний потенціал». Науковець відмічає, що даний термін найближчий за значенням до поняття «життестійкість» («hardiness») в інтерпретації С. Маді (Salvatore Maddi). Він характеризує життестійкість як міру спроможності особистості витримувати стресову ситуацію, зберігаючи внутрішнє збалансування та не знижуючи успішності діяльності [1, с. 80].

Також чимало дослідників розглядають психологічну стійкість, життестійкість, стресостійкість та емоційну стійкість як складові особистісного ресурсу. Ще одним важливим чинником, що розглядається науковцями як особистісний ресурс, виступає активність особистості.

З одного боку активність розглядається як якість суб'єкта діяльності, що включає саморегуляцію і комплексну мобілізацію, з іншого боку, – активність визначається як особливе енергетичне особистісне утворення, що пов'язане з життєвим шляхом цілісною та ціннісною часовою організацією.

Усе вищезазначене нашою думкою про особливу значущість джерел і можливостей для підтримки тих ресурсних психічних станів, які забезпечуватимуть розвиток і вияв життєстійкості, активності, мужності, сили, мобілізованості, особистісного потенціалу в цілому.

Йдеться не лише про загальний тонус, певний функціональний рівень, завдяки яким розгортаються так звані «адаптаційні процеси життєстійкості» та «мобілізація особистісного ресурсу». Для позначення відчуття стану енергетичної насиченості, спроможності, життєздатності наразі у психологічному дискурсі пропонується термін – «суб'єктивна вітальність».

Дане поняття вперше у науковий обіг введено Р. Райаном та К. Фредерік (R. Ryan, K. Frederick) у 1997 році. Позаяк об'єктивних показників наявності у людини життєвої енергії дотепер не розроблено, автори зробили акцент на вітальності, як такому, що суб'єктивно сприймається психічному стані, котрий відображує повноту життєвих сил й енергії людини. Суб'єктивне відчуття вітальності, відповідно до даної концепції, визначається як усвідомлене переживання людиною насиченості енергією та життям, та є відображенням фізичного (на рівні організму) та психологічного суб'єктивного благополуччя [5, с. 710].

У пізніших дослідженнях явища суб'єктивної вітальності, було встановлено, що вона є важливим індикатором джерел мотивації та залежить від ступеню автономності регуляції діяльності та поведінки суб'єкта.

Вважається, що активність є енерговитратною з точки зору калорій, однак, – не будь-яка діяльність призводить до зниження відчуття суб'єктивної вітальності. Науковці [5, с. 715] стверджують, що діяльність, котра контролюється відповідно до норм і цінностей, які не сприймаються суб'єктом як свої, призводить до зниження суб'єктивної вітальності, однак, меншою мірою, ніж діяльність, що контролюється ззовні. Натомість автономно регульована діяльність, спрямована на задоволення психологічних потреб, підвищує рівень суб'єктивної вітальності.

Таким чином, для досягнення відчуття суб'єктивної вітальності людина має бути достатньо вмотивована, а її діяльність має співпадати з власною системою цінностей і носити достатньо автономний характер.

Створення таких умов уможливується завдяки використанню практики наснаження особистості. Наснаження (дослівний переклад від англ. терміну «empowerment»: утворений від «empower» – посилювати, давати можливість та «ment» – суфікс для утворення іменника зі значенням «процес, поняття, дія») розглядається нами як термін, який позначає багатовимірний соціально-психологічний процес, що допомагає людині набути здатності контролювати власне життя, актуалізувавши певні ресурси, «силу», «енергію». Слово

«емпауермент», на думку деяких лінгвістів, також буквально означає «надання внутрішньої сили» іншому або допуск і санкціонування іншого на використання цієї сили.

У своїх попередніх роботах ми неодноразово вказували, що, як життєва стратегія і практика соціалізації та ресоціалізації, наснаження уможливорює досягнення особистістю та групою позитивних змін в життєвих ситуаціях різної складності, зокрема, дозволяє успішно долати труднощі реінтеграції та відновлення комбатантів, що живуть з інвалідністю [3, с. 28].

Сама по собі концепція емпайерменту тісно пов'язана з генерацією (зокрема й енергетичних) ресурсів особистості та групи.

Якщо розглядати наснаження як соціально-психологічний процес, то в його основі лежить визначення пріоритетних цінностей і цілей, активізація життєвої позиції, цільове спрямування діяльності та усвідомлене посилення відповідальності особи за власне життя та стан вирішення власної проблематики в ньому, отримання (в разі потреби) підтримки ззовні.

Алгоритм наснаження передбачає усвідомлення бажання змін і прийняття свого вибору у вигляді конкретизованої цілі. Наступний етап передбачає аналіз наявних і потенційних ресурсів, рефлексію, зважування та вибір альтернатив.

Важливим моментом є оцінка власних можливостей та пошук і прийняття допомоги (якщо вона потрібна), розширення соціальних зв'язків, навчання, формування нового досвіду, досягнення змін.

Саме нові отримані знання, заплановані, та такі, що мають визначний для людини смисл, зміни та соціальні контакти виступають джерелом того «наснаженого стану», що пов'язують з надихом, зарядженням, натхненням, піднесенням, прагненнями, пристрастю, жагучістю до життя, самоствердженням, впевненістю у своїх силах, і, як наслідок, – підвищенням суб'єктивної вітальності. Наснаження як результат дозволяє пережити почуття задоволення від своїх дій, енергію самоздійснення, самоствердження (Я – можу!), відчуття власної значущості, емоційної підтримки, досягти підвищення самооцінки, завдяки чому мобілізуються внутрішні ресурси особистості, навіть, у найбільш стресогенних умовах і складних та/або кризових ситуаціях

Хочемо підкреслити, що застосування практики наснаження для військовослужбовців передбачає також і певний соціально-психологічний вплив з боку психологів чи інших фахівців, котрі сприяють особистості розкрити її внутрішній потенціал і «зарядити» енергією. Йдеться про розвиток / вдосконалення системи ціннісних смислів, конвергентного мислення, правильну організацію мотиваційного процесу, спонукання людини до активності, допомогу в здійсненні відповідального вибору, пошук і мобілізацію зовнішніх ресурсів тощо. Не менш важливим є використання фасилітаційних технік і процедур, розвиток групової згуртованості, відчуття «ми», «командного духу» та ін.



**Висновки.** Ми свідомі того, що в межах короткої публікації досить складно повною мірою розкрити сутність та особливості застосування практики наснаження для підвищення суб'єктивної вітальності військовослужбовців.

Однак, ми прагнули привернути увагу до означених питань та висловити певні тези стосовно можливостей використання концепції та практики емпайерменту як складової психологічного забезпечення військової діяльності, зокрема, в контексті мобілізації особистісного ресурсного потенціалу.

Сподіваємося, що дана тематика зацікавить науковців і практиків та в подальшому знайде своє застосування на різних етапах виконання службово-бойової діяльності.

### **Список використаних джерел**

1. Леонтьев Д. А., Шелобанова Е. В. Профессиональное самоопределение как построение образов возможного будущего. *Вопросы психологии*. 2001. № 1. С. 78–82.

2. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ: Ніка-Центр, 2006. 580 с.

3. Кривоконь Н.І. Особливості наснаження як практики ресоціалізації комбатантів з обмеженими фізичними можливостями. *Психологічне консультування та психотерапія*. Харків, 2017. Том 3, № 7. С. 24 – 30.

4. Про затвердження Положення про психологічне забезпечення в Національній гвардії України : наказ Міністерства внутрішніх справ від 08.12.2016 р. № 1285. *Офіційний вісник України*. 2017. № 13. С.133 – 154.

5. Ryan, R. M., & Deci, E. L. From Ego depletion to vitality: theory and findings concerning the facilitation of energy available to the Self. *Social and Personality Psychology Compass*. 2008. Vol. 2(2), P. 702–717.

**Криворучко Марина Павлівна,**  
здобувачка вищої освіти другого  
(магістерського) рівня  
спеціальності 053 Психологія,  
Східноукраїнського національного університету  
Імені Володимира Даля,  
**науковий керівник:** старша викладачка  
кафедри психології та соціології  
Східноукраїнського національного університету  
імені Володимира Даля,  
**Пелешенко О. В.,**  
м. Сєвєродонецьк, Україна

## **ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ В НАСЛІДОК ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ В УКРАЇНІ**

**Постановка проблеми.** Конфлікт на сході України спричинив низку важких подій, які для різних верст населення стали стресовими, кризовими, травмуючими. Особливих випробувань зазнають всі учасники конфлікту: мирні жителі, що перебувають у зоні конфлікту, вимушені переселенці, родини загиблих; військовослужбовці – як ті, хто приймає участь у бойових діях, так і демобілізовані, та їхні сім'ї; волонтери і всі фахівці, які працюють з учасниками антитерористичної операції.

**Викладення основного матеріалу.** Психологічна травма – це шкода, завдана психічному здоров'ю особистості в результаті впливу несприятливих факторів навколишнього середовища.

Психотравмуючими вважаються події, що загрожують життю, фізичній та психологічній цілісності людини: поранення, контузії, фізичне травмування; важкі медичні процедури; загибель чи смерть близьких людей, побратимів, мирного населення; картини смерті, поранень і людських страждань; суїциди і вбивства тощо [2].

Щоб звести до мінімуму руйнівні наслідки травмуючих ситуацій, сприяти збереженню психічного здоров'я, необхідна фахова психологічна допомога та психологічна підтримка постраждалих як в умовах екстремальної ситуації, так і після повернення із зони ризику. Психологічна допомога і психологічна підтримка – важливі складові мінімального реагування (безпосередньо в екстремальній ситуації) та комплексного реагування (на етапі стабілізації та раннього відновлення).

Проте багато з постраждалих і далі можуть потребувати психологічної допомоги, яка має надаватися в межах системи психологічної реабілітації [3].

Психологічна реабілітація – комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого та соціального статусу особи, сприяння психосоціальної

адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в реальному житті [4].

На те, чи звертаються особистості за допомогою, впливають різні індивідуальні, соціальні, культурні та структурні фактори, починаючи від поганої медичної грамотності до фінансової нестабільності, соціальної ізоляції, стигми, гендерної дискримінації та триваючих конфліктних подій.

У розпал конфлікту, близько 2,2 мільйона людей на сході України потребують критичних та базових медичних та психологічних послуг.

Особистості, які страждають від конфлікту, стикаються з ризиками для свого здоров'я й надалі залишаються вразливими [1].

Життя в умовах конфлікту, переміщення, проявів агресії та насильства, відсутності підтримки від соціальних служб та безперервного перебування у небезпеці сприяє розвитку психологічного стресу, розладів психічного здоров'я, погіршує соціальну адаптацію та стресостійкість.

За результатами дослідження 2016 року, 74 % з тих, хто потребує допомоги у сфері психічного здоров'я, її не отримали.

Затяжний характер конфлікту провокує виникнення та прогресування у потерпілих відчуття тривожності (17 %), депресії (22 %) та ПТСР (32 %) [5]. Ті, у кого є хронічні та важкі психічні розлади, є особливо вразливими під час труднощів, конфліктів та переміщень, і вимагають доступу до допомоги.

За повідомленнями, 33% на підконтрольній Україні території та 43% на непідконтрольній Україні території, страждають від серйозних психологічних розладів [1]. Через стереотипи, пов'язані з психічними та психологічними розладами, люди часто не звертаються по допомогу.

Ті, хто бажає отримати психологічну консультацію, іноді не знають, до кого звернутися, і тоді вдаються до допомоги сімейного лікаря, який може не мати потрібних знань та навичок, не володіти спеціалізованою інформацією, щоб надати якісну допомогу за потребою або призначити ліки без консультації необхідного фахівця.

Доступ до спеціалізованої психіатричної допомоги є обмеженим, а можливість надання якісної медичної підтримки також викликає сумніви через ізоляцію та перевантаження медичних установ.

Заклади для найбільш вразливих психіатричних хворих часто несуть ризик для пацієнтів через недостатнє фінансування та близьке розташування до «лінії розмежування» без можливості для евакуації.

**Висновки.** Для розвитку та покращення надання психосоціальної підтримки та реабілітації, повинно бути розширено масштаби кампаній з інформування громадськості для поліпшення грамотності з питань психічного здоров'я та психологічної допомоги.

Також, потрібно прагнути до збільшення кількості психосоціальних консультантів та підготовлених медичних працівників, які можуть навчати свої громади з питань психічного здоров'я, надавати першу психологічну допомогу.

Необхідно розроблення та надання послуг з підтримки психічного здоров'я, враховуючі гендерні та вікові особливості бенефіціарів (для допомоги жінкам та дівчатам, підліткам, дітям, людям похилого віку).

Також, необхідно звернути увагу на потребу обов'язкового забезпечення доступності та безперервності послуг з психічного здоров'я в районах, де цього найбільше потребують («сіра зона» та лінія розмежування).

Пріоритетним питанням загальної психологічної допомоги постає розробка менш дорогих засобів надання основних послуг та їх доступність, таких як дистанційне консультування за допомогою мобільних телефонів, комп'ютерної техніки, зосередження заходів на конкретних громадах, навчання самопомоги та створення груп підтримки, а також стимулювання збільшення кількості консультантів у сільській місцевості.

### **Список використаних джерел**

1. Гуманітарні потреби жінок та чоловіків похилого віку на ПУТ Луганської області: базовий звіт [HelpAge International / УВКБ]. – 2016.
2. Погодін І. // Психологічна травма і її наслідки. – 2016. Режим доступу до статті: <http://ukrloves.ru/zdorov-ja/15087-psihologichnatravma.html>
3. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник / [Л. Царенко, Т. Вебер, М. Войтович, та ін.] Том 2. – Київ, 2018. – 240 с.
4. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник / [Л. Гридковець, Т. Вебер, Н. Журавльова, та ін.]. Том 3. – Київ, 2018. – 236 с.
5. Огляд гуманітарних потреб / [авт. тексту Р. Байрд, Н. Макашвілі, Я. Явахішвілі]. – К.: Листопад, 2018. – 51с.

**Кулеша-Любінець Мирослава Миронівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри загальної та клінічної психології  
Прикарпатського національного університету  
імені Василя Стефаника,

**Гладій Надія Іванівна,**  
студентка 2 курсу магістратури  
Прикарпатського національного університету  
імені Василя Стефаника,  
м. Івано-Франківськ, Україна

### **ВНУТРІШНЯ КАРТИНА ЗДОРОВ'Я МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ НЕПОВНИХ СІМЕЙ**

**Постановка проблеми.** У сучасному світі найбільшою цінністю у житті людини є її здоров'я. Ставлення кожної людини до стану свого здоров'я найкраще відображається в понятті «внутрішня картина здоров'я» (далі – ВКЗ).

Під ВКЗ розуміють комплексне суб'єктивне уявлення людини про своє здоров'я, причини погіршення та механізми формування, способи його підтримки та умови збереження.

Внутрішня картина здоров'я не є вродженою якістю, а формується у процесі виховання та соціалізації особистості, починаючи з раннього віку.

Проблема формування внутрішньої картини здоров'я є надзвичайно актуальною в наш час, особливо для дітей молодшого шкільного віку з неповних сімей. В Україні із 7533,9 тис. дітей у віці 0-17 років, згідно даних Державної служби статистики, більше 3 млн. осіб живуть у неповних сім'ях [2], де соціалізація дітей відрізняється від однолітків із повних сімей, а їх здоров'я потребує особливого піклування.

**Викладення основного матеріалу.** У науковій літературі поняття «внутрішня картина здоров'я» має кілька визначень. В. М. Смірнова та Т. М. Рєзнікова визначають внутрішню картину здоров'я як особливе ставлення окремої особистості до свого здоров'я, що виражається в усвідомленні його цінності й активно-позитивному намаганні його вдосконалення [3, с. 87].

На думку Г. В. Ложкіна, О. В. Носкової, І. В. Толкунової, ВКЗ становить сукупність описів та мисленневих образів, що стосуються сутнісних характеристик людини, тобто це усвідомлення кожною людиною своїх біологічних ресурсів та можливостей, своїх бажань та потреб на різних рівнях, ступенів їхнього задоволення, механізмів захисту, а також своїх здібностей і свого призначення [3, с. 89].

Формування ВКЗ, за В. О. Ананьєвим, передбачає усвідомлення власного внутрішнього динамічного стану гомеостазу, ототожнення себе з образом

здорового психосоматичного цілого, а також ідентифікацію в собі індикаторів порушення стану здоров'я [1, с.121].

Розуміння внутрішньої картини здоров'я у дітей відрізняється від ВКЗ дорослих. *Д.М. Ісаєв*, проаналізувавши особливості ВКЗ дітей, помітив, що діти, загалом, обізнані про обмежені можливості збереження здоров'я, однак у них відсутні стійкі уявлення про ймовірність порушення здоров'я. Діти молодшого шкільного віку сприймають здоров'я як стан емоційного комфорту, коли їм добре та радісно [6, с. 14].

В молодшому шкільному віці діти починають більш-менш повно сприймати свої фізичні властивості. У цьому віці дитина стає повноцінним членом суспільства і здатна зрозуміти наявні відносини в реальному світі, а також свідомо досягати поставленої мети.

Такий рівень свідомого розвитку дозволяє дитині виражати в словах своє ставлення до власного зовнішнього вигляду, конституції тіла і його функцій. Вона здатна не лише оцінювати своє здоров'я, але й розуміє важливість його зберігання за умов постійної підтримки дорослих [5, с. 70].

Оскільки ці знання у дітей молодшого шкільного віку можуть бути ще недостатньо ясними та правильними і в них переважає емоційно-оціночне ставлення до свого здоров'я, батькам слід вчасно надавати потрібну інформацію про будову і функції організму, про можливі хвороби для того, щоб стимулювати дітей до збереження свого здоров'я.

З огляду на те, що батьки відіграють важливу роль у формуванні внутрішньої картини здоров'я молодших школярів, у дітей із неповних сімей виникає ряд труднощів у формуванні ВКЗ, що пов'язано, перш за все, з ситуацією у їхніх сім'ях та з відсутністю одного із батьків. Часто вони мають розлади здоров'я, проблеми зі сном та апетитом, підвищену тривожність, зниження пізнавальних інтересів, зниження самооцінки, а найбільш чутливі діти переживають депресію та затримку психічного розвитку [4].

Після розлучення або в результаті смерті одного з батьків у дітей також порушується процес психологічної адаптації до повсякденного життя та до соціуму, погіршуються стосунки з однолітками та дорослими [4].

Проведене емпіричне дослідження молодших школярів із неповних сімей (60 осіб, з них 30 дівчат та 30 хлопців) виявило, що:

— у 51,6% дітей переважає високий рівень загальної незадоволеності через конфлікти в сім'ї;

— у 48,3% — підвищений рівень сімейної тривоги (у дітей часто переважають страхи, сумніви, тривога через сім'ю, вони можуть відчувати себе безпомічними та емоційно нестійкими);

— у 25% опитаних дітей була нервово-психічна напруга, що може призвести до розвитку психосоматичних захворювань; у 76,6% досліджуваних виявлено низький рівень психоемоційного стану, що спричиняє дисгармонію.

Вважаємо, що важливим чинником погіршення здоров'я дітей молодшого шкільного віку із неповних сімей є їх ставлення до себе та до батьків.

Нерідко такі діти можуть вчиняти дії, що пов'язані із ризиком для здоров'я, вони починають звинувачувати себе у всіх сімейних негараздах та проблемах, стають замкнутими та мовчазними, спостерігаються зміни у поведінці дітей не лише у межах сім'ї, а й у школі. Це, насамперед, прояви агресії, неочікувані сльози, боязливість, конфлікти, розсіяність уваги та ін. [4, с. 12].

Також залишаючись жити з одним із батьків, дитина відчуває себе непотрібною та самотньою через брак уваги та часу матері / батька. Це може відбуватися через нестійке матеріальне становище сім'ї і, як наслідок, додаткову роботу, різні підробітки допізна. В таких умовах не завжди батьки вчасно помічають проблеми своїх дітей, стан їхнього здоров'я, а тому й дитина не має можливості навчитися адекватно формувати внутрішню картину свого здоров'я [6, с. 145].

**Висновки.** Внутрішня картина здоров'я дітей молодшого шкільного віку із неповних сімей формується через батьківський вплив, який в цьому віці відіграє провідну роль.

Дуже важливо, щоб мама чи батько приділяли дітям достатньо уваги та піклувалися про них, дбали про їх психоемоційний стан, а також пояснювали та на власному прикладі показували важливість збереження здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці програми оптимізації внутрішньої картини здоров'я дітей молодшого шкільного віку з неповних сімей.

#### **Список використаних джерел**

1. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб.: Речь, 2006. 384 с.
2. Діти, жінки та сім'я в Україні: статистичний збірник / Державна служба статистики України. 2020. URL: [http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat\\_u/2020/zb/09/DJS\\_2019\\_pdf.pdf](http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/09/DJS_2019_pdf.pdf) (дата звернення – 01.11.2021).
3. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / за ред. І.Я. Коцана. Луцьк: РВВ Вежа. Волин. національного університету ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.
4. Лісова О. С. Психологічні особливості внутрішньої картини здоров'я в осіб з виразковою хворобою: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія». Харків, 2008. 20 с.
5. Лісова О. С. Внутрішня картина здоров'я. *Психологія. Збірник наукових праць*. НПУ імені М.П.Драгоманова. Київ, 2002. № 15. С. 69-77.
6. Лютак О. З. Робота психолога в неповних сім'ях: навчально-методичний посібник. Івано-Франківськ: ПП Кузів, 2007. 105 с.

*Курдибаха Оксана Миколаївна,  
кандидатка психологічних наук,  
викладачка кафедри психології і педагогіки  
Національного університету фізичного  
виховання і спорту України,  
м. Київ, Україна*

## **ВПЛИВ СТРЕСУ НА ЕМОЦІЙНО-ВОЛЬОВУ СФЕРУ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ**

**Постановка проблеми.** У сучасному суспільстві життя та діяльність людини у соціально-економічних та виробничих умовах нерозривно пов'язана з впливом несприятливих екологічних, соціальних, професійних та інших факторів, що супроводжується виникненням, розвитком негативних емоцій, сильних переживань, а також перенапругою фізичних та психічних функцій.

Найбільш характерним психічним станом, що розвивається під впливом екстремальних умов життєдіяльності є стрес. Проблема стресу є науковою проблемою, на вирішення якої в останні роки було зосереджено зусилля вчених різних спеціальностей та напрямків.

За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), кожна четверта людина на Землі має певні проблеми з психічним здоров'ям, велика кількість яких обумовлена стресами.

**Викладення основного матеріалу.** Концепція розвитку стресу невловима від того, що вона нечітко визначена. Саме слово «стрес» зрозуміле як професіоналам, так і непрофесіоналам. Його всі розуміють, коли воно вживається в загальному контексті, і мало хто розуміє, коли треба дати більш точне обґрунтування, і це, можливо, являється головною проблемою.

Емоційний стрес – це стан психофізичного напруження, що виникає у людини під впливом сильних дій та супроводжується мобілізацією захисних систем організму й психіки. Іншими словами, емоційний стрес – реакція організму на будь-який подразник [1, с. 16]. Стрес готує організм до дії – боротися із загрозою чи втекти від неї. Проте сучасні соціальні фактори суттєво змінюють реакцію на стрес.

На відміну від тварини у людини під впливом стресу розвиваються емоційні переживання. Кожний з нас, потрапляючи в стресову ситуацію, проходить три її стадії: тривогу, адаптацію та реалізацію.

Перші дві стадії допомагають пристосуватися до нового стану, мобілізують організм пережити третю стадію (людина весь час повертається думками до неприємності, що спіткала її та не може вирватися з полону переживань та обтяжливих спогадів). Тривалий стрес призводить до виснаження імунних запасів організму, сповільнення обмінних процесів, виникнення проблем з органами травлення.

Стрес у дитячому віці може провокувати зниження успішності в школі, складності та конфліктності при спілкуванні з однолітками та з батьками.



Після стресової події організм дитини продовжує перебувати у стані підвищеної напруги, що може спричинити збій у роботі всього організму. Можуть виникати порушення з боку імунної системи, викликаючи підвищену сприйнятливості до бактеріальних, вірусних та паразитарних інфекційних захворювань.

Наслідки стресу у дитини можуть виявлятися у вигляді синдрому подразненого кишечника, що є сигналом про неправильну роботу органів травлення. Таким чином, у організму дитини, що росте і розвивається, виникає ціла низка порушень фізіологічних функцій.

Тому важливо вчасно попереджати виникнення стресогенних факторів, які б негативно відмітились на емоційно-вольовій сфері дитини. Важливо навчитися розпізнавати наявність у дитини ознак емоційного неблагополуччя, постаратися почути, як дитина сигналізує про своє перенапруження, не ігнорувати несприятливі симптоми, очікуючи, що все минеться само собою. Кожна дитина має певний ліміт фізичних та психічних можливостей.

Обов'язково потрібно вивчити особливості конкретної дитини та берегти її від непосильних навантажень, вміло розподіляючи та грамотно поєднуючи їх із періодами відпочинку для відновлення сил.

Захистити від стресогенних ситуацій діток неможливо, тому потрібно розвивати навички стресостійкості та надавати дитині вчасно необхідну підтримку.

**Висновки.** Негативні наслідки стресу важливо попереджати забезпечуючи дитині комфортні умови навчання та відпочинку: сон у приміщенні, що добре провітрюється, збалансований раціон харчування, раціональне фізичне та інтелектуальне навантаження відповідно до індивідуальних особливостей дитини.

Для оптимально сприятливого розвитку дитини важливою умовою є дотримання спеціально розробленого плану та режиму дня.

#### **Список використаних джерел**

1. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер. 2009. – 336 с. 12.
2. Волкан Вамик, Зинта Элизабет. Жизнь после утраты: психология горевания / пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2007. – 160 с. (Современная психотерапия).
3. Курдибаха О. М. Вплив стресогенних факторів на емоційно-вольову сферу спортсменів в змагальній діяльності. Матеріали II Всеукраїнської наукової електронної конференції (м. Київ, 22 жовтня 2019р., Україна). С. 27 - 28.
4. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч. посібник – К.: Кондор, 2005. – 278 с.
5. Селье Г. Стресс без дистресса / Г. Селье [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rulit.net/books/stress-bez-distressa-read-15443-1.html>

*Лазаренко Ольга Володимирівна,  
кандидатка психологічних наук,  
гештальт-терапевтка,  
викладачка «Інституту психосоціальних  
досліджень та розвитку особистості»,  
м. Луцьк, Україна*

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОНТРПЕРЕНЕСЕННЯ ЯК ЧИННИКА ВТОРИННОГО ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ПСИХОТЕРАПЕВТІВ**

Актуальність дослідження чинників вторинного травматичного стресу психотерапевтів в останні роки зумовлена не лише характером отриманих психічних травм пацієнтами закладів охорони здоров'я чи клієнтами приватної практики психотерапевтів (травма війни чи сімейне насильство), а й зростанням напруження та ризиків для психічного здоров'я внаслідок пандемії COVID-19.

Зокрема, про це йдеться у дослідженні Katie Aafjes-van Doorn, Vera Bekes, Tracy A. Prout «Перехід до віддаленої терапії протягом COVID-19». Автори досліджували досвід більше 2-х тисяч психотерапевтів протягом пандемії та переходу до онлайн-терапії і виявили, що ризик «вікарної травми» збільшився на 15%.

Вторинний травматичний стрес (ВТС) – це комплекс реакцій осіб, які допомагають і знаходяться у стосунках із постраждалими, при зіткненні із травматичним досвідом пацієнтів чи близьких.

Кількість досліджень ВТС зростає протягом останнього часу. Проте недостатньо уваги все ще приділяється ролі контрперенесення як чиннику вторинного травматичного стресу. Це короткострокові реакції на вплив травматичного матеріалу клієнта, в той час як довготривалі реакції включають зміну власних когнітивних схем та переконань професіонала, зміну почуття довіри та очікувань від світу, а також негативні зміни своїх припущень щодо інших [6].

Симптоми вторинної травматизації включають нав'язливі думки та образи, унікаючу поведінку та емоційне заціпеніння, замкнутість, страх, занепокоєння, тривогу та депресію. Вікарні травматичні зміни розглядаються як постійні перетворення у внутрішньому світі психотерапевта.

Розглянемо контрперенесення психотерапевтів, а також умови, в яких виникає цей механізм в терапії постраждалих людей. Дж. Герман, відома дослідниця феномену психічної травми та процесу зцілення, зазначає, що «пацієнти, які страждають від травматичного синдрому, формують характерний тип перенесення в терапевтичних стосунках» [3, с. 237].

Працюючи з таким досвідом, терапевти відчувають низку неприємних почуттів. Від безнадії, безпомічності та безпорадності до інтенсивних переживань жаху і присутності невидимого кривдника, завісу злочинів якого тепер відкрито і конфіденційність злодіянь таким чином порушено.

Психотерапевт може бачитися для травмованої особи рятівником, всемогутнім і всесильним, від якого залежить повністю життя постраждалого. Іноді фантазії про спасіння і катарсис змінюються на лють, і психотерапевту проективно може надаватися роль кривдника.

Загальні настанови для терапевта у роботі з травмованими людьми стосуються настанови про технічну нейтральність – незацікавлена, безстороння позиція, яка покликана не піддаватися проективній ідентифікації, ні ролі «рятівника», ні «кривдника», ні «жертви», в які почергово обов'язково потрапляє динаміка клієнт-терапевтичних стосунків.

Однак при цьому обов'язково потрібно бути морально на боці клієнта, технічна нейтральність не означає моральної безсторонності. І з цим пов'язані складнощі не перейти межу і не стати всемогутнім рятівником. Адже якщо рамкові умови порушуються, то таким чином психотерапевт применшує здатність клієнта потурбуватися про себе, а також сприяє власному відчуттю безпорадності і збільшення ризику вторинного травматичного стресу.

На думку О. Кернберга, ставлення терапевта до пацієнта з межовим розладом має спільні риси з емпатійним зв'язком «достатньо доброї матері», а також існує інший – раціональний, майже аскетичний аспект роботи пацієнта з терапевтом, який робить ці стосунки якісно іншими [5].

Хоча більшість терапевтичних підходів схиляються до надзвичайної важливості емпатії, співчуття і визнання злочинів несправедливими, жахливими і потворними аспектами людської природи. Однак вимоги терапевтичної нейтральності в психоаналітичному підході також можуть вносити плутанину в моральній позиції психотерапевта. Іноді зустрічаємо протиріччя у цьому.

Зокрема, Естелла В. Уеллдон зазначає: «жертва отримує від нас співчуття, але залишається без шансу на точну оцінку ситуації, адже те, що відбувається в реальності в чомусь відповідає її власним несвідомим фантазіям» [4].

Далі дослідниця, яка багато працювала з інцестами та жінками секс-індустрії висловлює позицію, що краще дотримуватися медичної моделі при зіткненні з таким травматичним досвідом і розглядати всю сім'ю як систему, а краще розглядати травми в розрізі трьох поколінь.

Сплутаність технічної і моральної нейтральності, на наш погляд, є тим чинником, який сприяє вторинному травматичному стресу або ж є його ознакою. Адже бажання відсторонитися, забути чи применшити шкоду, завдану клієнту – це природна захисна реакція терапевта на травму.

В підході схема-терапії (яка розроблена спеціально як метод роботи з розладами особистості, в основі яких лежить травматичний досвід минулого) терапевтичні стосунки відіграють ключову роль.

Вони концептуалізуються як «обмежене батьківство», де терапевт проявляє тепло і турботу стосовно клієнта в рамках терапевтичних умов [1].

В цьому підході також наголошується емпатійне ставлення до почуттів клієнта та допомога в розкритті його вразливості. Як бачимо, про моральну нейтральність мова не йде.

У гештальт-терапії також вважається, що «базисом для роботи з травматичним досвідом є усвідомлення та прийняття...», «для терапії важлива ясність в сеттінгу, а для терапевта важливо залишатися стабільним, безпечним і присутнім як людська істота з реалістичними і обмеженими можливостями» [2].

Отже, емпатійна і співчутлива позиція терапевта, яка свідчить про його моральну співучасть в історії клієнта та одночасно технічна нейтральність, раціонально-аскетичний підхід, який аналізує всі аспекти досвіду, а також дозволяє дотримуватись рамок умов, сеттінгу і зберігати терапевтичні завдання – це два аспекти, які повинні допомогти терапевту при травматичному контрперенесенні.

Порушення однієї з цих частин в терапевтичній позиції може бути чинником вторинного травматичного стресу, який викривляє контрперенесення, робить терапевтичні стосунки більш насиченими динамікою «жертва – кривдник», обтяженими неусвідомленими частинами травматичного досвіду, а також впливає на те, що терапевт почуває не просто те, що відчуває клієнт як наслідок травматичного досвіду, а змушує терапевта частково чи повністю зливатися з проективно відведеною йому роллю «свідка/рятувальника», «жертви» чи «кривдника».

#### Список використаних джерел

1. Арнц А., Якоб Г. Схема-терапія: модель роботи з частками// пер. з англ. Я. Кременської за наук. ред. О. Романчука. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2020. — 264 с.
2. Відакович І. Здатність «рухатись далі». Гештальт-підхід в терапії травматичного досвіду // Гештальт-терапія в клінічній практиці. Від психопатології до естетики контакту. Під редакцією Дж. Франчесетті, Мікелі Джечеле і Яна Рубала. — М.: Інститут загальногуманітарних досліджень, 2017. — 688 с.
3. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору: Д-р Дж. Герман, переклад з англ.. Оксана Лизак, Оксана Наконечна, Олександр Шлапак. – Л., 2021. – 424 с.
4. Уеллдон Е. Естелла. Мати. Мадонна. Блудниця. Ідеалізація та знецінення материнства. – М.: В-во «Перо», 2016. – 204 с.
5. Kernberg O. Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies (New Haven: Yell University Press, 1984). – 119 p.
6. McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*. — №3. P. 131-149.

**Ліпатнікова Іванна Степанівна**  
магістрантка другого курсу  
факультету психології та соціальної роботи  
Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя,  
**науковий керівник:** доктор психологічних наук,  
професор кафедри загальної та практичної психології  
Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя,  
**Папуча М. В.,**  
м. Ніжин, Україна

### **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ СИЛОГОМАНІЇ, СПРИЧИНЕНОЇ ЖИТТЄВИМИ ПОТРЯСІННЯМИ ТА КРИЗОВИМИ СТАНАМИ**

Певні поведінкові розлади можуть тривалий час не викликати занепокоєння близьких чи знайомих людини, доки вони не набувають досить помітного патологічного прояву.

Серед таких розладів можна виділити патологічне накопичення (інші відомі назви: силогоманія (з грец. «збирання»), хоардінг (з англ. «накопичення»), синдром Плюшкіна, диспозофобія тощо), що полягає в збиранні та зберіганні у великій кількості непотрібних речей, для котрих немає місця, та котрі поступово унеможливають нормальне функціонування, проживання та пересування в місці помешкання, користування певними приміщеннями, побутовими предметами чи пристроями.

На перший погляд, виникає питання, чи дійсно цей поведінковий розлад потребує особливого погляду на проблему, професійного втручання і психотерапевтичної корекції? Однак, зважаючи на те, що нещодавно патологічне накопичення було додано до Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders — DSM) [1], не можна залишити цю проблему без належного аналізу, дослідження та опрацювання.

Силогоманія виражається не лише в бажанні накопичувати якісь непотрібні речі, а й пов'язана зі страхом розставання з цими речами, оскільки людина надає їм велику значимість та одержима тим, що їх не можна позбутися за будь-яких обставин.

Естетична цінність та важливість цих речей може асоціюватися, наприклад, з якоюсь дорогою людиною чи подією. Отже, очевидно, що в більшості випадків схильність до патологічного накопичення речей є результатом певних життєвих потрясінь, серйозних переживань, спричинених смертю близької людини, втратою роботи, партнера, наприклад, в результаті розлучення, хвороби чи зміною місця проживання. Прохання позбутися накопичених речей може викликати в людини справжні страждання, стрес, агресивність або пригнічення [3].

Окрім естетично чи історично цінних, це також можуть бути предмети, придбані за низьку ціну; саме тому їм надається особливе значення, як речам, що так вигідно і просто потрапили до рук, отже, тепер їх треба особливо ретельно зберігати. Водночас, проблеми, пов'язані зі зберіганням придбаних та накопичених речей, не беруться до уваги. Тому компульсивність та необдумані покупки (особливо онлайн, що набуло актуальності в умовах пандемії) також можна віднести до цього патологічного прояву.

До ще одного особливого різновиду хоардінгу можна віднести патологічне накопичення тварин, котре може значно погіршити умови проживання людини та співіснування з нею найближчих оточуючих.

Окрім того, слід звернути увагу на те, що накопичення певної інформації на цифрових носіях (файлів, папок, електронних статей, програм, фото, аудіо чи відео записів) також може мати патологічний характер. Зокрема, ця проблема стрімко зростає серед молоді та перетинається з іншими цифровими залежностями.

Доступ до будь-яких джерел та інформаційне перенасичення і перенавантаження даними з тої чи іншої теми, котрі можна вільно отримати в необмеженій кількості, погіршують здатність розсудливо й тверезо сортувати і відсіювати непотрібний матеріал, таким чином, викликаючи схильність до патологічного накопичення «цифрового сміття», що, в свою чергу, спричиняє стрес, підвищену вразливість, паніку, роздратованість та агресивність через можливу несподівану втрату того чи іншого цифрового контенту.

Для профілактики і лікування патологічного накопичення пропонується когнітивно-поведінкова терапія, що має на меті допомогти пацієнту розібратися з причиною накопичення певних речей, навчитися приймати самостійні рішення, не відкладати їх на потім, бути сміливішими та більш рішучими, дивитися на життя по-новому, позбуватися старих речей, практикувати техніки розслаблення для зняття надмірної напруги, спокійніше ставитися до своїх відвідувачів. Також можуть рекомендуватися сеанси групової терапії, у більш складних випадках – госпіталізація до стаціонару психіатричних відділень [2].

В будь-якому разі, надмірне накопичення речей призводить до значного погіршення якості життя людини, вона сама починає замикатися в собі, гірше піклуватися своїм зовнішнім виглядом, уникає зайвих спроб з кимось спілкуватися, оскільки доступ до її житла стає обмеженим; також в неї можуть виникнути та загостритися проблеми в професійному та особистому житті. Схильність до накопичення речей може викликати тривожність, зацикленість, роздратованість, підозрілість, недовіру до інших, паніку, образи та віддаленість від реального життя. [3].

Слід також зазначити, що скупченість речей в домівці може спричинити нещасні випадки, пожежі, летальні наслідки. Отже, проблема не може не викликати уваги та необхідності її подальшого детального вивчення з метою запобігання її переростання у хронічний патологічний процес, особливо під час надання психологічної та психотерапевтичної допомоги пацієнтам, котрі

пережили серйозні життєві потрясіння та кризові стани, і мають ознаки зазначеного психічного розладу.

**Список використаних джерел**

1. Mataix-Cols, D. Hoarding Disorder: A systematic review and meta-analysis (англ.). *The New England Journal of Medicine*: 2014. 370:2023-2030. DOI: 10.1056/NEJMcp1313051.

2. Postlethwaite, A., Kellett, S., Mataix-Cols, D. Prevalence of Hoarding Disorder: A systematic review and meta-analysis (англ.). *The Journal of Affective Disorders*: 2019. 256, P. 309-316. DOI: 10.1016/j.jad.2019.06.004.

3. Tolin D. F. Challenges and advances in treating hoarding (англ.). *The Journal of Clinical Psychology: In Session*. 2011. Vol. 67, no.5. P. 451-455. DOI:10.1002/jclp.20796.

**Мамчур Ірина Вікторівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
старша викладачка кафедри  
практичної психології Центральноукраїнського  
державного педагогічного університету  
імені Володимира Винниченка,  
м. Кропивницький, Україна

## **ВНЕСОК ІДЕЙ Г.С. КОСТЮКА В РОЗУМІННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПЕРЕДУМОВ ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕДАГОГІЧНИХ ВПЛИВІВ У СУЧАСНОМУ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ**

Сучасна педагогічна психологія розглядає взаємодію між педагогом та учнями в процесі навчання і виховання як передумову до педагогічного впливу, що має глибинні психологічні механізми.

Розуміючи важливість, психологічну глибинність зазначеного процесу, вітчизняний психолог Г.С. Костюк наголошував, що в процесі взаємодії учень не є пасивним автоматичним продуктом свого середовища і його неприпустимо розглядати як об'єкта, що механічно виконує вказівки педагога.

Важливо зважати на те, як взаємодія між педагогом і учнем відбивається в його свідомості, які думки, почуття, прагнення, інтереси в нього збуджує. Треба аналізувати його «в зв'язку з дійовим ставленням самої дитини до цього середовища» [ 4, с.56].

Дослідження Волкова Б. С., Волкової Н. В., Орлової О. О., Савчина М. В., Лиснянської Т.М., Токаревої Н. М., Коваль Л. Є., Мусатова С. О. показують, що в процесі педагогічного спілкування відбувається комунікативне взаємозараження педагога й учнів, яке істотно впливає на їхнє творче самопочуття, а особливо на змістовий бік педагогічного спілкування, рівень пізнавальної діяльності учнів.

Виникає педагогічне співпереживання. Педагог виступає як активатор співпереживання і заражає учнів проблемою, спільним пошуком.

Співпереживання, викликане в учнів педагогом, у свою чергу, впливає на самого педагога. Це є однією з найважливіших ознак, якщо не закономірностей взаємодії в педагогічному процесі [1; 2; 5].

Мистецтво педагогічного керівництва, писав Г. С. Костюк, полягає в тому, щоб «вміло пробуджувати і спрямовувати «саморух» дитини, сприяти формуванню її ініціативи, самостійності, творчої активності, здібності регулювати і вдосконалювати свою поведінку» [6, с.147 ].

Найбільш ефективним педагогічним впливом є той, який «не зловживає зовнішніми стимулами в регуляції поведінки вихованців, нотаціями і заборонами, а максимально сприяє виникненню прагнень до саморегуляції, до самовиховання» [6, с.96 ].



Ідеї Г. С. Костюка знаходимо реалізованими в сучасному розумінні і визначенні педагогічного впливу.

Так, під педагогічним виховним впливом педагогічна психологія розуміє особливий вид діяльності педагога, мета якої - досягнення позитивних змін психологічних характеристик вихованця (потреб, установок, відносин, моделей поведінки) [1, с.49].

Педагогічно ефективним вважається лише той вплив, який одна людина відчуває з боку іншої, що сприяє розвитку її особистості або створює для нього підґрунтя.

З метою ефективності впливу, педагог намагається подолати захист і бар'єри учня, змінити його психологічні характеристики або моделі поведінки в потрібному напрямку [1, с.126].

Можна говорити про типи, види, ступінь впливу, який при цьому буває прямим (одна людина своєю присутністю впливає на активність іншої) і непрямим (опосередкованим чином на людину або її образ). Вплив виявляється на активності людини — наймасштабнішій її характеристиці як живої істоти. Вплив на учня, як і на інші живі істоти, змінює характеристики активності, тобто її організації.

Вплив з точки зору учня - це точка зору того, на кого він впливає. В результаті впливу в переживаннях учня виникають феномени опору. Феноменологічний аналіз опору показує, що він завжди пов'язаний з виділенням факту впливу на іншу людину [1, с. 129-132].

Основними факторами, що слугують ефективними передумовами ефективного виховного впливу є:

1. Чітка позиція вчителя по відношенню до учня.

2. Культури педагога, його авторитет. Не стільки професіоналізм учителя, скільки наявність високої культури стає зразком для учня. Для успішного педагогічного впливу необхідний психологічний контакт з учнем, відсутність психологічних бар'єрів (емоційних, пізнавальних, діяльнісних).

3. Переконаність педагога в правоті своїх вимог. Вчитель повинен, постійно аналізуючи свої дії, домагатися більшої об'єктивності здійснюваних педагогічних впливів [1, с.148-154].

Г. С. Костюк вважав, що педагог має усвідомлювати те, що в його професійній діяльності навчання й виховання нероздільні. Успішно навчаючи учнів, він тим уже й виховує їх, а досягнення у вихованні учнів, у свою чергу, сприяють підвищенню якості їх навчальної діяльності.

Будучи для учнів референтною особою, учитель виховує учнів своїм ставленням до навчання, його організацією, стосунками з учнями, спілкуванням з ними, своєю ерудицією, багатством духовних інтересів, принциповістю, справедливістю, вимогливістю до учнів [5, с.562].

Таким чином, вважаємо необхідним врахувати запропоновані Григорієм Силовичем важливі характеристики особистості педагога і доповнити фактори, що слугують ефективності здійснюваних педагогічних впливів.

1. Високий інтелектуальний рівень педагога, ерудованість.
2. Багатий духовний світ педагога.
3. Принциповість, справедливість і вимогливість по відношенню до учнів.

Узагальнивши погляди Г. С. Костюка з означеної проблеми та проаналізувавши погляди сучасних вітчизняних дослідників, ми дійшли висновку, що психологічний ефект впливу на особистість учня, до якого він адресований, зумовлюється тим, наскільки для нього суттєвий ступінь особистісної значущості важливості ідеї або відношення, які є в смисловому змісті впливу.

Для цього педагогу, звичайно, необхідно добре розуміти нерозривність навчально-виховного процесу, знаходитись на високому інтелектуальному щаблі розвитку, знати вікові психічні закономірності розвитку особистості, вміти розрізняти усвідомлювані та неусвідомлювані мотиви поведінки учня, мати власну стійку систему загальнолюдських цінностей, володіти високим рівнем культури і педагогічним тактом, бути прикладом і авторитетом для вихованців.

#### **Список використаних джерел**

1. Волков Б. С. Психология педагогического общения : учебник для бакалавров / Б.С. Волков, Н. В. Волкова, Е. А. Орлова ; под общ. ред. Б. С. Волкова. — М. : Издательство Юрайт, 2014. — 333 с.
2. Г. С. Костюк – особистість, вчений, громадянин / за ред. академіка С.Д. Максименка ; упоряд. канд. психол. наук В. В. Андрієвська. — К.: Ніка-Центр, 2010. — 216 с.
3. Костюк Г.С. Загальні закономірності онтогенезу людської психіки / Г.С. Костюк // Вікова психологія. — К., 1976. — С.28-52.
4. Костюк Г.С. Навчально-виховний процес і психологічний розвиток особистості / Г.С. Костюк / Під ред. Л.М. Проколієнко. — К.: Рад. школа, 1989. — 608 с.
5. Роменець В.А., Маноха І.П. Історія психології ХХ століття / В.А. Роменець, І.П. Маноха.— К.: Либідь, 1998. — 894 с.
6. Костюк Г.С. Избранные психологические труды / Г. С. Костюк. — М.: Педагогика, 1988. — 304 с.

*Матейко Наталія Михайлівна,  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри  
загальної та клінічної психології  
Прикарпатського національного університету  
імені Василя Стефаника,  
м. Івано-Франківськ, Україна*

## **БОЙОВИЙ СТРЕС ЯК ЧИННИК КОНСТРУКТИВНОГО КОПІНГУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

**Постановка проблеми.** Переживання військовослужбовцями психологічного травматичного стресу в умовах бойових дій часто вважається основною причиною дестабілізації емоційного стану.

Участь у бойових діях є найбільш інтенсивним стресором, котрий може пережити людина і для осіб, котрі його пережили, становить найбільш травматичний досвід всього їхнього життя.

У протистоянні стресу особа використовує ряд стратегій, які можуть бути як оптимальними, так і неоптимальними, як адекватними, так і неадекватними ситуації.

У зв'язку з цим важливим є вивчення психологічних детермінант, котрі сприятимуть формуванню адекватного психологічного простору особистості, здійснюватимуть ефективну профілактику емоційного вигорання та посттравматичних стресових порушень військових.

**Викладення основного матеріалу.** Зарубіжні дослідники дійшли висновку, що отриманий бойовий досвід в деяких ситуаціях сприяє формуванню стійкості до наступних стресорів, щоденні стресові події сприймаються як незначні.

За даними американських дослідників J. Wolfe, D. Erickson, Sharkansky at all, ветерани із середнім за інтенсивністю досвідом бойових дій приймали переваги військового досвіду та використовували позитивні копінг-стратегії, адекватно оцінювали бойовий досвід, що сприяло зниженню симптомів ПТСР.

Згідно з дослідженнями ветеранів В'єтнамської війни було виявлено, що позитивні копінг-стратегії допомагали запобігти розвитку симптомів ПТСР, тоді як використання негативних копінг-стратегій призводило до того, що навіть через 15 років ветерани мали виражені симптоми ПТСР і важкий психічний стан. [1. с. 520-528]

Копінг-поведінка або поведінка подолання (стрес-долаюча поведінка) в сучасній психологічній науці визначається як поведінка, що спрямована на усунення або зменшення сили впливу стресогенного чинника на особистість.

Було встановлено також значну кількість посттравматичного зростання, яке проявилось у покращенні задоволеності життям, збільшенням внутрішніх сил особистості, вважали даний період життя таким, завдяки якому вони подорослішали, в них зросло почуття власної гідності [2, С.373–388]

Про позитивний, розвиваючий вплив зазначають від 60% до 70% ветеранів, які відзначають підвищення рівня стрес-долаючої поведінки (копінгу), підвищення рівня самодисципліни, збільшення незалежності, розширення планів на майбутнє, що свідчить про позитивні аспекти свого досвіду участі в бойових діях.

Деякі з тих, хто пережив особливо жорстокі бої, запевняють, що повернулися з війни впевненими власній майстерності долавання негараздів, будучи переконаними у власній мужності перед майбутніми життєвими випробуваннями. [3. с. 324].

Помірний рівень травматичного стресу здатний мобілізувати потребу використання копінг-ресурсів та не призводить до перевантаження.

Дана позиція співвідноситься із подібними залежностями у сфері психологічного функціонування, зокрема, між переживанням тривоги та рівнем продуктивності. Дослідники Дж.Аффік, К. Дейвіс, К. Джексон, К. Карвер, Дж. Ларсон, К.Парк розглядають посттравматичне зростання як адаптивну копінг-стратегію.

Толкачова О. вважає, що копінг-стратегії є скадовим елементом посттравматичного розвитку особистості і досягається посттравматичне зростання шляхом структурних змін особистості [4].

R. Lazarus й S. Folkman позначили психологічне подолання як когнітивні й поведінкові зусилля особистості, спрямовані на зниження впливу стресу, яке можливе у формі активної копінг-поведінки, або активного подолання, спрямованого на усунення або зміну впливу стресової ситуації.

У результаті теоретичних й експериментальних досліджень було показано, що для подолання стресу кожна людина використовує власні стратегії (копінг-стратегії) на основі наявного в неї особистісного досвіду (особистісні ресурси або копінг-ресурси). Тому поведінку подолання (стрес-долаючу поведінку) стали розглядати як результат взаємодії копінг-стратегій і копінг-ресурсів. [5с. 18-25].

Когнітивна перебудова, що відбувається в процесі боротьби з наслідками психотравми, дозволяє людині виробити когнітивні схеми, які не включають можливість травм в майбутньому, і в силу набутого досвіду, стати більш стійкими до «руйнування». [6. С.63-79].

Ми вважаємо, що саногенне мислення передбачає здатність до застосування адаптивних копінг-стратегій (або стрес-долаючої поведінки), життєстійкості, посттравматичного зростання.

**Висновки.** Отже, військові, у яких сформовані конструктивні стратегії стрес-долаючої поведінки, більш оптимістичні, мають стабільну позитивну самооцінку, реалістичний підхід до життя та сильну мотивацію досягнення.

Таким людям характерні почуття власної значущості, цінності, вони готові до ризику, мають хорошу саморегуляцію, шукають шляхи впливу на стресогенні зміни. Використовуючи активну цілеспрямовану взаємодію зі стресовою ситуацією з допомогою допінгу, вони здатні впоратися із стресом.

Базовим інструментом вдосконалення особистості, що дозволяє не тільки усвідомлювати свої реальні досягнення та недоліки, але й сприяє самовдосконаленню та виробленню адаптивних стратегій поведінки є саногенні диспозиції та здатність до саногенної рефлексії.

#### **Список використаних джерел**

1. Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: A prospective analysis / [J. Wolfe, D. Erickson, Sharkansky at all.]// Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1999. №67. P. 520-528.

2. Maguen S. Posttraumatic growth among Gulf War I veterans: The predictive role of deployment-related experiences and background characteristics / S. Maguen, D. S. Vogt, L. A. King, D. W. King, B. T. Litz // Journal of Loss and Trauma. 2006. № 11. Vol. 5. P. 373–388

3. Elder G. H. Combat experience and emotional health: Impairment and resilience in later life / G. H. Elder, E. C. Clipp // Journal of personality. 1989. № 57. Vol. 2. P. 311–341

4. Толкачова О. Социально-психологические фактори посттравматического роста личности: дисс. канд психол. наук:19.00.05. Саратов, 2017. 224с.

5. Назаров О.О., Оніщенко Н.В., Садковий В.П., Садковий О.В., Склень О.І., Тімченко О.В. Психологічні особливості базових копінг-стратегій та особистісних копінг-ресурсів працівників пожежно-рятувальних підрозділів МНС України: Монографія. - Х.: Вид-во УЦЗУ, 2008. – 184

6. Осьодло В.І., Зубовський Д.С. Посттравматичне зростання особистості учаників бойових дій: сучасний стан та перспективи//Український психологічний журнал № 1 (3) 2017. С.63-79.

**Медведєва Ольга Вікторівна,**  
кандидатка соціологічних наук,  
доцентка кафедри педагогіки  
та психології факультету №3  
Харківського національного  
університету внутрішніх справ,  
м. Харків, Україна

## **ПРОБЛЕМА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ У ПАНДЕМІЧНОМУ СВІТІ**

Діти – не обличчя пандемії COVID-19. Але вони ризикують опинитися серед її найбільших жертв, оскільки життя дітей у пандемічному світі зазнає глибоких деструктивних змін. Зіткнувшись з більш ніж чотирма мільйонами смертей і більш ніж двохстами мільйонами випадків захворювання, більшість країн вжили широких заходів щодо профілактики інфекцій у галузі охорони здоров'я.

Дітям та підліткам сьогодні доводиться миритися з правилами соціального дистанціювання та масовою соціальною ізоляцією, «масковим режимом», тимчасовим закриттям шкіл та дистанційним навчанням, суворим обмеженням сфер позашкільного дозвілля, а також звуженням соціальних можливостей та якості життя загалом.

Експерти по всьому світі висловлюють глибоку стурбованість тим, що ці заходи мають величезний негативний вплив на психічне здоров'я підростаючого покоління, зокрема й внаслідок посилення факторів фінансового стресу родин, зменшення соціального піклування, зростання батьківського стресу й сімейних конфліктів, ризиків жорстокого поводження з дітьми (емоційного, фізичного чи сексуального), що також пов'язано з короткостроковими чи довгостроковими наслідками для психічного здоров'я дітей.

Страх захворіти, потрапити до лікарні, померти чи втратити близьких (чи наявні фактичні ситуації), вкорінені «протиепідемічні» сценарії поведінки, у тому числі сімейно обумовлені специфічні фобії (як то гіперконтроль, надмірна дезінфекція чи миття рук, страх зняти маску, контактувати з близька зі сторонніми, виходити на вулицю чи відвідувати певні місця тощо), також залишили свій відбиток на посиленні загального психічного дистресу у дітей та підлітків. Усе це змушує багатьох з них відчувати цілий спектр негативних переживань: самотність, страх, тривогу, нерозуміння, відчуженість, безпорадність, психосоціальну невпевненість тощо.

У своїй доповіді «The State of the World's Children 2021» ЮНІСЕФ зазначає, що наслідки для психічного здоров'я дітей та підлітків матимуть свій прояв упродовж довгих років, а для деяких з них і усе подальше життя.

Так само три провідні групи з охорони психічного здоров'я дітей та підлітків США заявили про національний надзвичайний стан для молоді країни

в сфері психічного здоров'я. «Як медичні працівники, які опікуються дітьми та підлітками, ми були свідками різкого зростання кількості проблем із психічним здоров'ям серед дітей, підлітків та їхніх сімей у ході пандемії COVID-19.

Пандемія завдала удару по безпеці та стабільності сімей. Більш як 140 000 дітей у США втратили основного та/або додаткового опікуна, а по всій країні ми стали свідками різкого збільшення кількості відвідувань відділень невідкладної допомоги у зв'язку з усіма надзвичайними ситуаціями в галузі психічного здоров'я, включаючи ймовірні спроби самогубств», – йдеться у спільній декларації Американської академії дитячої та підліткової психіатрії, Американської академії педіатрії та Асоціації дитячих лікарень [1].

У дослідженні, опублікованому в Американському журналі психіатрії, Нед Х. Калін наводить загальні психіатричні симптоми, які спричинені феноменом COVID-19. У переліку налічуються:

- тривога,
- депресії,
- безсоння,
- фобії,
- посттравматичні стресові розлади,
- соціальне дистанціювання,
- збільшення зловживання психоактивними речовинами,
- суїцидальні нахили,
- психози та обсесивно-компульсивні розлади [2, с. 471].

Проведений метааналіз, присвячений проблемам психічного здоров'я безпосередньо дітей та підлітків, виявив глобальну поширеність депресивних та тривожних симптомів внаслідок пандемії. Об'єднані оцінки (з 29 досліджень та 80 879 учасників) вказують, що кожна четверта молода людина у світі відчуває клінічно підвищені симптоми депресії (25,2 %), а кожна п'ята – клінічно підвищені симптоми тривоги (20,5 %). Також було підраховано, що ступінь депресії та тривожності у дітей старшого віку був удвічі вищим, ніж можна було б очікувати до пандемії [3, с. 1144].

В іншому системному дослідженні також виявлено високу сукупну поширеність депресії (28,6 %), тривоги (25,5 %), порушень сну (44,2 %) та симптомів посттравматичного стресу (48 %). Аналіз підгруп за віком демонструє, що поширеність депресії у підлітків 13-18 років вище (34,4 %) на противагу дітям ≤ 12 років (11,8 %), а у дівчат вище ніж у хлопців (33,9 % на противагу 28,9 % відповідно) [4, с. 81]. Крім інших проявів, у дитячому середовищі відзначаються значне підвищення гіперактивності/неуважності, поведінкові й емоційні проблеми.

Дані дослідження, проведеного дослідницькою академією Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії (ESCAP), мережею молодих клініцистів-науковців у галузі дитячої та підліткової психіатрії Європи та ради ESCAP свідчать, що на початку пандемії надання послуг пацієнтам, а саме дітям

й підліткам та їхнім сім'ям зазнало значного впливу (про це повідомили 68 % опитаних респондентів).

Частину послуг у сфері дитячої та підліткової психіатрії під час локдаунів і карантинних обмежень було припинено або обмежено (про це повідомили до 59 % респондентів із різних країн Європи), загальне скорочення сервісів сягнуло до 20 % проти докризового періоду. Серед психічних розладів привернули увагу зростання частоти суїцидальних спроб (83 %), тривожних розладів (70 %), розладів харчової поведінки (64 %), а також частоти тяжких епізодів депресії (61 %) [5]. Вчені констатують, що на сьогодні проведено мало лонгітюдних досліджень, і більшість із них порівнюють результати психічного здоров'я до та під час пандемії, а не у динаміці. Лідирують у цьому напрямку Великобританія, Німеччина, США. Подальші дослідження з моніторингу психічного здоров'я дітей та підлітків нині проводяться в Австралії, Канаді та Шотландії. На жаль, Україна у цьому напрямку досліджень дотепер не представлена, що унеможлиблює проведення відповідних змін в організації надання послуг у сфері охорони психічного здоров'я з урахуванням нагальних потреб.

Отже, сьогодні людство переживає колективну психічну травму.

Науковий аналіз механізмів психологічного впливу пандемії COVID-19 на дітей та підлітків забезпечить теоретико-методологічний базис для розробки заходів, планування ресурсів й ухвалення стратегічних політичних рішень, необхідних для протистояння новим викликам сьогодення та захисту молоді від факторів ризику у сфері психічного здоров'я у майбутньому.

### Список використаних джерел

1. A declaration from the American Academy of Pediatrics, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry and Children's Hospital Association. URL: <https://www.aap.org/en/advocacy/child-and-adolescent-healthy-mental-development/aap-aacap-cha-declaration-of-a-national-emergency-in-child-and-adolescent-mental-health/>
2. Ned H. Kalin COVID-19 та Stress-Related Disorders. *Am J Psychiatry*. 2021. 178 (6). P. 471-474. DOI: 10.1176/appi.ajp.2021.21040371.
3. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, Eirich R, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: a meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2021. 175 (11), P. 1142-1150. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2021.2482.
4. Ma L, Mazidi M, Li K, Li Y, Chen S, Kirwan R, Zhou H, Yan N, Rahman A, Wang W, Wang Y. Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2021. Vol. 293, P. 78–89. DOI: 10.1016/j.jad.2021.06.021.
5. Revet A., Hebebrand J., Anagnostopoulos D. et al. Perceived impact of the COVID-19 pandemic on child and adolescent psychiatric services after 1 year (February/March 2021): ESCAP CovCAP survey. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 29 Jul 2021. Vol. 30, № 8. P. 1-8. DOI: 10.1007/s00787-021-01851-1.



**Мельник Оксана Андріївна,**  
докторка психологічних наук,  
старша наукова співробітниця  
лабораторії загальної психології  
та історії психології ім. В. А. Роменця  
Інституту психології  
імені Г. С. Костюка НАПН України,  
м. Київ, Україна

## ІСТОРИЧНИЙ ПІДХІД Л. С. ВИГОТСЬКОГО

Л. С. Виготський висловився про те, що головним аспектом у становленні психології людини повинен стати історичний підхід. Значимим внеском ученого є те, що ідея історизму природи психіки людини, ідея перетворення природних механізмів процесів психіки були введені ним в конкретне психологічне дослідження в процесі суспільно-історичного і онтогенетичного розвитку. Таке перетворення представляється як результат засвоєння людьми продуктів загальнолюдської культури в ході їх спілкування один з одним.

В основі досліджень Л. С. Виготського лежать дві основні гіпотези:

- 1) психічні функції людини мають опосередкований характер;
- 2) внутрішні розумові процеси відбуваються з первісної зовнішньої і інтерпсихічної діяльності.

Ґрунтуючись на гіпотезі інтеріоризації, зовнішня діяльність, зауважує вчений, слугує первинним джерелом психічної діяльності і є місцем зберігання найважливіших її рис, таких як знярядність й соціальність [4].

Л. С. Виготський сформулював закон про утворення вищих психічних функцій. Вищі психічні функції за Л. С. Виготським є довільні, цілеспрямовані, усвідомлені, опосередковані, історичні, штучні, системні.

Вчений задається питанням: що саме сприяє тому, що дитина здатна регулювати свою психічну діяльність? Він провів аналогію між внутрішньою і зовнішньою діяльністю. Оскільки зовнішній діяльності властива знярядність, то має існувати і внутрішнє зняряддя, характерне тільки для внутрішньої діяльності. Для Л. С. Виготського таким є знак, закріплений у формі слова і в значенні слова. Знак заміщає реальний предмет, з яким зовні не схожий.

Мовлення виступає універсальною знаковою системою, яка дозволяє дитині опанувати всіма необхідними пізнавальними функціями. Коли дитина опановує мову, одночасно відкривається можливість оволодіння вищими психічними функціями. Однак, дитина не винаходить мовлення, оскільки воно є культурно-історичною спадщиною людини. Засвоєння мовлення уможливорюється завдяки допомозі дорослого [4].

Вчений презентує власне розуміння загального генетичного закону культурного розвитку: кожна вища психічна функція проявляється двічі, спочатку в якості інтерпсихічної функції (функція розділена між дорослим і

дитиною, вона представляє їх спільну діяльність), а потім в якості самостійної інтрапсихічної функції людини. Якщо слідувати цьому закону, то психічна природа людини представляється комплексом суспільних відносин, які були перенесені всередину і згодом стали особистісними функціями людини і формами її структури.

Присвоєння дитиною суспільно-історичних методів внутрішньої і зовнішньої діяльності слугує відображенням психічного онтогенезу. Завдяки культурно-історичній концепції Л.С. Виготський сформулював закони психічного розвитку дитини, а саме:

– закон формування вищих психічних функцій означає, що початкове виникнення вищих психічних функцій виступає у формі колективної поведінки, виражається через співпрацю з оточуючими, і лише потім йде становлення вищих психічних функцій як внутрішніх індивідуальних функцій самої дитини. Формування вищих психічних функцій відбувається за життя, як результат освоєння знарядь і засобів, вироблених протягом історичного розвитку суспільства;

– закон нерівномірності дитячого розвитку означає, що кожна складова психіки дитини має свій період розвитку, він носить назву сензитивного періоду.

Психічні функції, дані природою («натуральні»), перетворюються у функції вищого рівня розвитку («культурні»), наприклад, механічна пам'ять стає логічною, імпульсивна дія – довільною, асоціативні уявлення – цілеспрямованим мисленням, творчою уявою. Цей процес наслідок процесу інтеріоризації, тобто формування внутрішньої структури психіки людини за допомогою засвоєння структур зовнішньої соціальної діяльності. Це становлення насправді людської форми психіки уможлиблюється завдяки освоєнню індивідом людських цінностей [1].

Суть культурно-історичної концепції ученого можна висловити наступним чином: поведінка сучасної культурної людини є не тільки результатом розвитку з дитинства, але є також продуктом історичного розвитку. В процесі історичного розвитку змінювалися і розвивалися не тільки зовнішні стосунки людей, відносини між людиною і природою, змінювалася і розвивалася сама людина, змінювалася її власна природа. При цьому фундаментальною, генетично вихідною основою зміни і розвитку людини є її трудова діяльність, здійснювана за допомоги знарядь. Л. С. Виготський чітко диференціює процеси використання знарядь людиною і мавпою.

Згідно з Л. С. Виготським, людина в процесі свого історичного розвитку піднялася до створення нових рушійних сил своєї поведінки.

Тільки в процесі суспільного життя людини виникли, склалися і розвинулися її нові потреби, а самі природні потреби людини в процесі її історичного розвитку зазнали глибоких змін.

Кожна форма культурного розвитку, культурної поведінки, вважав учений, у відомому сенсі вже продукт історичного розвитку людства. Перетворення

природного матеріалу в історичну форму, стверджує Л.С. Виготський, є завжди процес складної зміни самого типу розвитку, а зовсім не простого органічного дозрівання [1].

#### **Список використаних джерел**

1. Выготский Л. С. Проблемы развития психики. Собрание сочинений в шести томах. Том 3 / Под ред. А. М. Матюшкина. Москва: «Педагогика», 1983. 369 с.
2. Выготский Л. С. Детская психология. Собрание сочинений в шести томах. Том 4 / Под ред. Д. Б. Эльконина. Москва: «Педагогика», 1984. 433 с.
3. Выготский Л. С., Лурия А. Р. Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребенок. Москва: Педагогика–Пресс, 1993. 224 с.
4. Выготский Л. С. Мышление и речь. Москва: «Лабиринт», 1996. 416 с.

*Мельничук Світлана Леонідівна,  
кандидатка психологічних наук,  
старша викладачка кафедри психології  
Хмельницької гуманітарно-педагогічної академії,  
м. Хмельницький, Україна*

## **КРИЗОВИЙ СТАН ОСОБИСТОСТІ ЯК ШЛЯХ ДО ЗМІН**

Розвиток і формування особистості охоплює багато життєвих періодів: стабільність, гармонія, труднощі і життєві кризи. В багатьох випадках труднощі і життєві кризи це є поштовх і ресурс для подальшого особистісного розвитку. Але для значної кількості людей життєві негаразди є непереборними і вони стають підґрунтям для формування деструктивних внутрішньоособистісних конфліктів і призводять до кризових станів.

Проблемою кризових станів займаються і науковці, і психологи-практики, вона є невичерпною і актуальною для сьогодення.

Важливим у вирішенні проблеми є своєчасне діагностування, розуміння конструктивних і деструктивних складових кризового стану, адже вони є рушійною силою у формуванні психічного здоров'я особистості. А тому вміння спрямувати у позитивне русло процес переживання кризового стану є цінним у збереженні всіх складових здоров'я як особистості так і нації загалом.

Титаренко Т. у своїй праці зазначає, що в різних підходах вивчення проблеми кризових станів науковці розглядають їх як нормативні і ненормативні, або конструктивні і деструктивні. Криза розглядається як нормативне явище у психічному житті особистості, це є певний перехід від одного вікового етапу до іншого, від переживання однієї життєвої ситуації до іншої, випробовуючи при цьому певні труднощі [5]. Але такі кризи мають короткочасний характер, патологічних змін у психічному здоров'ї не відмічається, але характерним є стан реактивної і ситуативної тривожності, напруженості.

Виготський Л.С. у своїй науковій праці трактує кризу як нормативне явище онтогенезу, що є спонукою до розвитку основних особливостей особистості. Але цей процес на думку науковця не є плавним еволюційним з поступовим удосконаленням особливостей психіки, а має уривчасті і нестабільні етапи, що характеризуються як стабільністю так і переживанням криз.

Отже, кожен віковий кризовий етап характеризується перебудовою потреб і спонукань, переоцінкою цінностей, які є провідними у даний віковий період [1].

Е.Еріксон вважає, що кризи це є нормативне прогресивне явище для особистості, це є певний життєвий шлях переходу між віковими стадіями.

Він зазначає, що кризи – це є момент вибору між прогресом і регресом особистості, і результат подолання може бути різним в залежності від обраного шляху, внутрішньої цілісності і спрямованості діяти конструктивно [2].

Протилежної позиції дотримується О.М.Леонт'єв, він вважає, що кризи це не неминучість у переживанні вікових періодів. Він акцентує увагу на переломах, як на якісних зрушеннях у особистості, а не на кризах. А тому процес формування особистості повинен бути керованим, а не стихійним і важливим при цьому є процес виховання. А криза – це є несприятливий стан для особистості, що має негативні наслідки і може провокувати асоціальну поведінку [4].

Інша група криз, які носять характер ненормативний або деконструктивний обумовлені змінами, які відбуваються у соціально-економічному, побутовому, професійному житті особистості.

Вони викликані багатьма причинами, які впливають на важливі життєві події особистості: зміна навчальної діяльності на професійну, народження дитини, процес шлюбних відносин, зміна місця і країни проживання, вихід на пенсію тощо.

Ці кризи пов'язані із життєвими подіями, ситуаціями, труднощами і характеризуються безпосередньо тривалістю і динамікою їх переживання, індивідуально-психологічними особливостями, перебудовою цінностей і поведінкою особистості.

Т.М. Титаренко розглядає кризи такого виду як тривалий внутрішньоособистісний конфлікт. Під час якого людина шукає відповіді про сенс життя, головні і пріоритетні цілі, шляхи їх досягнення.

Особистість під час кризи розглядається як суб'єкт і автор власного життя, де розглядаються всі його етапи, вчинки, мотиви і потреби. А тому науковець трактує таку кризу як процес і можливість зрозуміти власний життєвий шлях і вибір, обрати ефективні засоби для реалізації задумів, побудувати траєкторію саморозвитку і формування [5].

Важливим є підхід науковців, які досліджують поняття «біографічні кризи», під якими розуміють внутрішній світ людини, її внутрішньоособистісний конфлікт, який проявляється у різних переживаннях нереалізації і непродуктивності життєвого шляху.

Ці кризи в залежності від життєвих етапів поділяється на три види: нереалізованості, спустошення, безперспективності. Кожна з цих криз не пов'язана з віковими періодами життя людини, але вони формують негативні установки і життєві програми у особистості і в певній мірі стають підґрунтям до порушення психологічного і фізичного здоров'я людини [3].

Як зазначають більшість науковців, причини виникнення кризи можуть бути викликані не лише зовнішніми факторами але і внутрішніми, динамікою життя людини і не завжди піддаються контролю, впливу і прогнозуванню. Науковці К. А. Абульханова-Славська, Л.І. Анциферова, Р. А. Ахмеров, В. Ф. Василук, П. П. Горностай, Т.М. Титаренко, Р. Ассаджиолі, Т. Е. Йоманс, К. Г. Юнг, Дж. Якобсон вважають, що криза є передумовою, наче відправною точкою у внутрішніх змінах особистості, але процес трансформування цих змін може

бути різним як позитивним (конструктивним, творчим, інтегруючим) так і негативним (деструктивним, руйнівним, регресуючим).

Ступінь, глибина і тривалість переживань особистістю криз залежить від багатьох факторів:

- рівня розвитку і сформованості особистості (самосвідомість, саморегуляція, самоконтроль);
- соціальне оточення (соціокультурні установки, пріоритети цінності);
- індивідуально-психологічні особливості особистості (темперамент, характер (акцентуації характеру), локус контроль);
- особливості переживання особистого досвіду; соціально-психологічні особливості особистості (статус, виконання соціальних ролей).

Отже, у психології криза розглядається науковцями як один із станів особистості, яка переживає внутрішньоособистісний конфлікт, коли відбувається зупинка у подальшому русі особистістю, так як сформовані раніше установки і життєві програми не працюють і не дають ефективного результату.

Людина наче призупиняє свій розвиток через не сформовані нові програми, через втрату життєвих орієнтирів.

Цей період є відправною точкою трансформацій здійснити життєві зміни, перейти на новий щабель особистісного розвитку, знайти нові внутрішні і зовнішні ресурси для змін. Але дуже часто особистість, яка переживає кризу не може прийняти ті зміни, які відбуваються.

В таких випадках саме допомога практичних психологів буде найбільш доречною. А тому знання психологічних механізмів, закономірностей виникнення, особливостей переживання кризових станів і чинників їх виникнення дозволяють їх ефективно долати. Практичні психологи повинні спрямовувати свою професійну діяльність на психопрофілактику і психокорекцію з кризовими особистостями.

### **Список використаних джерел**

1. Выготский Л. С. Собрание сочинений: в 6 т. Л. С. Выготский М.: Педагогика, 1984.
2. Эриксон Э. Трагедия личности. М.: Алгоритм ; Эксмо, 2008. 256с.
3. Кроник А. А. Каузометрия: Методы самопознания, психодиагностики и психотерапии в психологии жизненного пути / А. А. Кроник, Р. А. Ахмеров. М.: Смысл, 2003. 284 с.
4. Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. М.: НПО «МОДЭК», 1981. 410 с.
5. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності К.: Либідь, 2003. 376 с.

*Михальчук Юлія Олександрівна,  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри психології  
Міжнародного економіко-гуманітарного  
Університету імені академіка Степана Дем'янчука,  
м. Рівне, Україна*

## **ГРУПОВА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА БАТЬКАМ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДИТИНУ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ**

**Постановка проблеми.** Ситуація важкого захворювання дитини, що супроводжується (або може супроводжуватись) важкими патологіями визначається як глибоко травмуюча, що виходить за межі нормального людського досвіду та є такою, що кардинально змінює життя сім'ї, адже сім'я як соціальний організм зіштовхується із рядом проблем та труднощів: соціально-психологічними, економічними, психолого-педагогічними.

Крім того, прогнозування та планування стає, подекуди, неможливим. Окреслена ситуація, що пов'язана із невизначеністю, призводить до зниження ресурсного потенціалу, емоційної стійкості, почуття провини передусім, матерів.

**Викладення основного матеріалу.** Психолог Н.В. Мазурова [1] називає сім'ю, де є дитина з особливими освітніми потребами «сім'єю хворої дитини» та визначає її як нестабільну систему, на яку чинить вплив сильний хронічний стресор та викликає проксимальні та позасімейні фактори ризику.

Проксимальні фактори ризику визначаються авторкою як емоційний дискомфорт членів сім'ї, розлади у стосунках подружжя, а позасімейні – зниження матеріального становища, хронічні стресові стосунки з особами поза сімейної системи.

Дослідниця Є.В.Свістунова виділяє чотири типи батьківських реакцій на хворобу дитини:

- 1) прийняття реальної ситуації та активність у її подоланні;
- 2) панічне безсилля;
- 3) витіснення;

4) поява соматичних захворювань [2]. Крім того, необхідність підтримки психо-емоційного та фізичного благополуччя призводить до появи страху щодо погіршення власного здоров'я, що у майбутньому унеможливить піклування про близьку людину [6].

І.К Шац, В.В. Коваленко виділяють три основні типові сімейні ситуації, що виникають у зв'язку із важким захворюванням дитини:

- 1) реалістичний підхід (тривожність батьків не набуває патологічно-деструктивного рівня, зберігаються адекватні стосунки між членами сім'ї, підтримуються теплі стосунки із дитиною);
- 2) песимістичний підхід (характеризується втратою батьками життєвих

інтересів, можливою є фіксація на здоровій дитині та відкидання хворої, стан хронічної емоційної втоми та напруги);

3) не виправдано оптимістичний підхід (ігнорування серйозного захворювання (патології), прагнення змінити лікаря чи клініку [4].

Науковець В.М. Сотнікова, даючи психологічний портрет сім'ям, що знаходяться в умовах важкого захворювання дитини, говорить про зниження життєстійкості, зниження сімейної згуртованості та адаптації (як пошук «винного» або відповідального), зниження психоемоційного стану сімейної системи в цілому [3].

Виходячи із вищезазначеного, хвороба, що загрожує життю дитини викликає сильну психологічну напругу та невизначеність у членів сім'ї та підіймає проблему адаптації до ситуації, що склалась. Тому існуватиме потреба в раціональному осмисленні хвороби (вади) дитини, побудові моделі майбутнього, підтримці, мобілізації ресурсів кожного члена сім'ї, усвідомленні нового сенсу життя та максимальній толерантності до невизначеності.

Відновлення соціальних зв'язків починається із розуміння того, що ти не сам. А найкращий спосіб це зреалізувати – групова психологічна робота із людьми, що мають дітей з особливими освітніми потребами.

І. Ялом називає досвід групової психологічної роботи «універсальністю». У таких групах є можливість отримати необхідний рівень розуміння та підтримки, що є недоступний у звичному соціальному оточенні (М. Харвей).

Комунікативний простір групи психологічної підтримки стає контейнером (за В. Біоном) і потребує довіри до неї. Власне терміном «комунікативний простір» ми передбачаємо створення захищеного від зовнішніх впливів безпечного простору групової роботи, що структурований у часі та організований за певними чіткими правилами, у якому відбувається взаємодія між психотерапевтом та учасниками групи. Адже, «виносячи назовні» свої переживання, невдачі, почуття, учасник групи дає можливість іншим учасникам насвітлити, прояснити, інтерпретувати та запропонувати нові сенси.

Відтак, внутрішнє стає зовнішнім. Терапевтичне значення для учасників груп має не лише інсайт як нові знання, миттєве розуміння, але й досвід позитивної взаємодії з іншими учасниками всередині групи. Крім іншого, матеріалом для осмислення стають й розчарування, будь-які емоційні прояви, обговорення тощо. Отриманий новий досвід в подальшому опрацьовується клієнтом.

Власне, С. Славсон зазначає, що ступінь індивідуалізації людини у груповому процесі характеризується терміном «групізм», базовим моделями якого є соціальний голод (як наявність у групі фантазій про інших учасників або ведучого) та груповий (сімейний) матрикс (як вміння говорити в міру, тримати дистанцію) [7].

Базовим переживанням групізму роботи групи є сприйняття когезивності – емоційного компонента почуття єдності та інтеграції – когнітивного компонента. Автор розмежовує поняття «інтеграції» та «когезивності» як типів



зв'язку в групах: при інтеграції почуття (емоції) можуть не співпадати і, навіть, м'яко конфронтувати, що дає учасникам почуття «персоноцентричної підтримки». Тоді як при когезії йдеться про підтримку самовартості за рахунок почуття безумовної єдності.

Так, С. Славсон розуміє підтримуючу роль інтергративних та когезивних динамічних процесів у групі як таких, що дають почуття «надійності» та групової взаємопов'язаності [7].

Вважаємо, що головними завданнями ведучих таких груп – зосередитись на міжособистісних, психологічних, педагогічних труднощах у теперішньому, а головною рисою самих ведучих є співпереживання та емоційне залучення.

Адже приклади подолання надихають учасників групи на оптимізм, дають надію, в цьому, власне, і полягає групова взаємопов'язаність.

**Висновки.** Опиняючись у важкій життєвій ситуації, що пов'язана з народженням дитини із особливими освітніми потребами, батьки відчують відчай та безпорадність.

На шляху до прийняття вони відвідують різних фахівців – від медиків та психологів до фахівців нетрадиційної медицини та знахарів. В інформаційному та емоційно-почуттєвому хаосі батьки часто втрачають емоційну рівновагу та душевну стійкість.

Власне, групова психологічна робота є такою, що, за умови умілого керівництва психолога-групового психотерапевта, дає можливість батькам, що виховують дітей з особливими освітніми потребами відновити ресурсний потенціал та емоційну стійкість.

#### **Список використаних джерел**

1. Мазурова Н.В. Семья и болезнь ребенка: вопросы психологической адаптации. Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2013. № 31. С.110-120.
2. Свистунова Е.В. Как ребенок воспринимает болезнь. Медицинская сестра. 2012. № 2. С. 47-52.
3. Сотникова В.М. Психологические особенности семьи ребенка с жизнеугрожающими заболеваниями Сборник тезисов «VII Всероссийского съезда онкопсихологов». Изд. : АНО «Проект СО-действие». Москва. 2015. С.58-59.
4. Шац И.К., Коваленко В.В. Развитие детско-родительских отношений в трудных жизненных ситуациях. Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. 2011. №4. С. 120-129.
5. Carter P.A. Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. Oncology Nursing Forum. 2002. 29 (9). P. 1277-1283.
6. Slavson S.R. Analytische Gruppentherapie (Theorie und Praktische Anwendung). – Fisher VRLG. – 1977.

**Міненко Ольга Олександрівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри психології  
Центральноукраїнського державного  
педагогічного університету  
імені Володимира Винниченка,  
м. Кропивницький, Україна

## **НЕВРОЗ І ФРУСТРАЦІЯ ЯК ОБ'ЄКТИ РОБОТИ ПСИХОТЕРАПЕВТА**

**Постановка проблеми.** Психотерапевт, практичний психолог, консультант постійно мають справу з клієнтами, що страждають неврозами, а саме страждання від цих неврозів викликається переважно фрустрацією, з якою вони самі не в силах справитися. Тому дуже важливо з самого початку психотерапевтичної роботи диференціювати ці явища.

**Викладення основного матеріалу.** Фрустрація (від англ. frustration — руйнування планів, надій) – це стан сильної незадоволеності, що виникає, коли наші життєво важливі цілі наштовхуються на опір, не збуваються, не виправдовуються.

Стан фрустрації асоціюється з психічним (а якщо вдаватись глибше – то і з психофізичним) напруженням, супроводжується депресивними станами. Можна сказати, що фрустрація це завжди страждання певної інтенсивності – від терпимого до практично нестерпного.

Сильна фрустрація порушує нормальне протікання психофізіологічних процесів, негативно відображається практично на всіх (пізнавальних, емоційних та ін.) процесах індивідуума, деформує його внутрішню картину світу, порушує взаємодію з іншими людьми та оточуючим середовищем. Отже, фрустрація виникає, коли сильне бажання, прагнення людини наштовхується на перешкоду, яка є або здається йому неподоланною.

Саме тут ми виходимо на головну вихідну позицію психотерапії. Психотерапевту слід відрізнити самому і допомогти відрізнити своєму клієнту, які з перешкод, що викликали фрустрацію, дійсно неподоланні, а які лише здаються такими.

Саме неврози – це стани, коли перешкоди, що викликали фрустрацію, здаються неподоланими для клієнта, а не є такими об'єктивно.

Такими «неподоланими» перешкодами частіше за все є нервово-психічні стани клієнта та його поведінкові реакції, що постійно повторюються, і від яких він хотів би звільнитися, але не тільки не може цього зробити, а в багатьох випадках і не намагається, переконуючи себе та інших в їх неподоланності або, навпаки, необхідності.

Невротична поведінка або стан мають наступні характеристики:

- нераціональність (яку клієнт або не бачить, або виправдовує),
- циклічність (тобто поведінкові реакції постійно повторюються),

– марна трата енергії та «нервів»,  
– «хитрість», тобто ці нераціональні, але такі, що не припиняються поведінкові реакції не визнаються клієнтом як невротичні, він переконаний в їхній розумності або у крайньому випадку незапобіжності.

Психотерапевт на відміну від психіатра працює з психічно здоровими людьми, і коли ми говоримо про те, що якісь перешкоди не є реально неподоланими, а лише так сприймаються клієнтом, то мова йде про абсолютно психічно нормальне і таке, що зустрічається практично у кожній людині неправильне сприйняття ситуації.

Тому не треба лякатись слова «невроз», наче це діагноз психічної хвороби, хоча, звичайно, при певних обставинах та впертому небажанні визнати неправильність та згубність обраної стратегії поведінки, невроз може перерости в неврастенію з дійсними стійкими психічними відхиленнями від норми. Як у випадках з об'єктивно неподоланими перешкодами, так і у випадках з перешкодами, які невірною сприймаються клієнтом як неподоланні, ми маємо справу з певною психічною залежністю клієнта від фруструючого об'єкта і повинні спробувати зруйнувати цю залежність. Залежність може мати різні ступені – від таких сильних, як наркоманія і алкоголізм, до окремих начебто нешкідливих, але нераціональних звичок, від яких ми хотіли б, але не можемо позбавитися.

Таким чином, можна зазначити, що найважливішою умовою подолання неврозу та позбавлення від пов'язаної з ним фрустрації (незадоволеності, напруженості) є слідування наступним крокам: викрити невроз як нераціональну, заважаючу поведінку, перестати його виправдовувати перед іншими, а головне - перед собою, захотіти від нього позбавитися.

До цього усвідомлення та активного бажання клієнта вся робота психотерапевта скоріше за все буде безрезультативною. Це якщо мова йде про індивідуальну форму психотерапії. Така ж ситуація і у сімейній психотерапії: до тих пір, доки кожен (або хоча б один із подружжя) бачить причини конфліктів лише в іншому, а свою поведінку повністю виправдовує і змінювати в ній нічого не збирається, — успіх майже неможливий.

Тільки після визнання невротичної (тобто нераціональної, але такої, що постійно повторюються) моделі власної поведінки можуть бути сформовані та поступово закріплені нові моделі, які приносять успіх в даній ситуації, позбавляють від страждання або хоча б знижують дискомфорт до рівня, терпимого як для внутрішнього стану клієнта, так і для його зовнішньої життєдіяльності.

**Висновки.** Таким чином, можна зробити висновок, що на диференціацію понять невроза і фрустрації та подальше усвідомлення клієнтом необхідності роботи з ними, спрямована як психотерапія в цілому, так і численні її напрямки, між якими (саме завдяки цій єдиній меті) набагато більше спільного, ніж відмінного.

Всі класичні напрямки психотерапії зіштовхуються з одними і тими ж проблемами та перешкодами на шляху їх вирішення.

**Список використаних джерел**

1. Психотерапевтическая энциклопедия. Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2002, 1204 с.
2. Психотерапия. Под ред. Б.Д. Карвасарского. СПб., 2002. 672 с.
3. Романин А.Н. Основы психотерапии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 1999. 208 с.

*Найдьонова Ганна Олександрівна,  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри  
спеціальної психології та медицини  
Національного педагогічного університету  
імені М.П. Драгоманова,  
м. Київ, Україна*

## **МОДЕЛЬ СИЛЬНИХ СТОРІН ОСОБИСТОСТІ ТА РЕЗИЛІЄНС**

**Постановка проблеми.** Сучасний світ ставить надзвичайно багато вимог до кожної людини: бути успішною в професійному та особистому житті, гарно виглядати, займатися саморозвитком, здаватися щасливою тощо.

Ситуація, у якій живе людство протягом останніх двох років лише погіршує вплив цих вимог на психічне здоров'я людини. Стрес, пов'язаний з пандемією Covid-19, карантинні обмеження, онлайн-робота та навчання – все це становить серйозну загрозу благополуччю кожної людини.

За даними ВООЗ останнім часом світом поширюються депресивні та тривожні розлади [2, с. 5], люди не відчувають себе щасливими, здатними продуктивно прожити своє життя. Обмеження соціальної взаємодії неминуче тягнуть за собою дисгармонізацію особистісного розвитку як серед дорослих, так і серед підлітків та юнаків.

Серед молоді розповсюдженими стають акцентуації характеру, причому в молодих людей виявляють більше двох-трьох типів акцентуацій (Дем'яненко Б.Т., Слишко М.А., Мухіна Ю.Ю., 2018; Найдьонова Г., Нечипоренко Г., 2020).

Виникає питання: «Що допомагає людям впоратися зі стресовою ситуацією і, навіть, незважаючи на складні життєві обставини, жити, творити, ставити та досягати нових життєвих цілей?»

**Викладення основного матеріалу.** У сучасній психології ментальне здоров'я розглядають як таке, що тісно пов'язане з емоційним, соціальним та психологічним благополуччям людини. Інакше кажучи, психічне здоров'я передбачає позитивний стиль благополуччя, тобто те, що людина добре себе почуває, добре функціонує і це є запорукою проживання повноцінного життя.

За визначенням ВООЗ, психічне здоров'я – це стан благополуччя, у якому людина здатна впоратися з нормальним рівнем стресу у житті, роботі, продуктивно реалізувати свій потенціал та робити свій внесок у спільноту [6].

Благополуччя досягається найкращим чином за допомогою взаємодії з іншими людьми, за допомогою пошуку мети та сенсу життя. Все це бере свій початок із взаємовідносин із іншими людьми.

Психічне здоров'я, таким чином, визначається здатністю людини впоратися зі стресом, психотравмувальними ситуаціями, життєвими труднощами – так званим резилієнсом. На сьогодні, нема єдиного визначення поняття «резилієнс», але його сутність розкривається через функцію адаптації до

складних життєвих умов, через складну внутрішню роботу з пошуку внутрішніх ресурсів, через перетворення наявної ситуації на інструмент власного розвитку. Наведемо деякі з визначень.

Резилієнс – це адаптивний процес та процес повернення до того рівня функціонування, який існував до стресової або драматичної події [3]. У резилієнс найбільш важливим є те, що люди можуть використовувати будь-який тип ресурсів у будь-якій ситуації, в тому числі і катастрофічній ситуації [4].

Резилієнс – це здатність людини впоратися з ситуацією, що впливає на нормальний перебіг життя людини, яка дозволяє рухатися вперед. Причому не обов'язково цей рух такий же, як і до драматичної події, але це дозволяє продовжувати функціонувати та існувати прийнятним для кожної людини чином.

Нам видається дуже плідною моделлю сильних сторін особистості (Personality strengths) – підхід, орієнтований на різні аспекти роботи з людьми, в тому числі з тим, хто має проблеми з психічним здоров'ям.

Ця модель, розроблена в межах позитивної психології М. Селігмана, яка вивчає сильні сторони та чесноти, які дозволяють людині процвітати, розвиватись, прожити життя, наповнене смыслом. Такий підхід дозволяє нам наблизитись до розуміння того, чому у сучасних підлітків та юнаків виникають та закріплюються акцентовані риси характеру декількох типів. Згідно МКХ-11, акцентуації характеру можна віднести за ступенем вираженості до найменшої вираженості особистісних розладів, коли порушення в особистісному розвитку проявляються в обмеженому коли ситуацій, не постійно (personality difficulty). Розлад особистості передбачає наявність певних рис особистості, пов'язаних із особистою неефективністю людини, небажанням співпрацювати з іншими людьми, які призводять до страждань самої людини або/та її близького оточення.

Іноді розлад особистості може виступати у якості переваги (сильної сторони). Зокрема, деякі риси, властиві антисоціальному розладу особистості (брехливість, маніпулювання іншими для особистої вигоди, нехтування іншими людьми тощо), можуть сприяти успіху у політичній кар'єрі і т. д. Інакше кажучи, сильні сторони – це не завжди позитивні особистісні якості, хоча існує цілий перелік таких якостей (мудрість, креативність, гуманність, відкритість та багато інших).

Люди, що мають особистісні сильні сторони мають бути резилентними, життєстійкими. Сильні сторони особистості виділяються у зв'язку з тим, як людина взаємодіє з іншими людьми в тому культурному оточенні, в якому вона існує, як вона знаходить свій власний спосіб продуктивного самовираження, самореалізації.

Таким чином, сильні сторони особистості теоретично мають бути пов'язані з резилентністю як здатністю відновлювати свій психологічний ресурс після перебування у стресовій ситуації. Цей зв'язок не є однозначним. Адже деякі

успішні люди з антисоціальним розладом особистості (так звані соціопати) мають таку властивість.

Як відомо, підлітковий вік – це той вік, коли виникають загострення рис характеру. Акцентуації розглядаються як такі, що можуть з плином часу зникнути без сліда або перерости в розлад особистості. Тобто вони вказують на дисгармонію у розвитку особистості.

Нами було виявлено, що у юнаків із акцентуаціями характеру рівень розвитку рефлексії достовірно вищий, ніж у тих, чий особистісний розвиток не характеризується дисгармонійністю [1]. Можливо, наявність акцентованих рис характеру дозволяє молодим людям краще адаптуватися до вимог та умов сучасного світу, наповненого технологіями, віртуальним спілкуванням, робить їх більш гнучкими. Власне, з'ясування цього питання і буде завданням наших подальших досліджень.

**Висновки.** Отже, модель сильних сторін особистості може розглядатися у зв'язку з феноменом резилієнс не лише для розуміння певних особистісних рис та властивостей, які можуть сприяти відновленню після травматичної події.

Ця модель є потужним практичним інструментом у роботі з різними категоріями осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах.

#### **Список використаних джерел**

1. Найдьонова Г.О., Нечипоренко Г.С. Особливості дисгармонійного розвитку в юнацькому віці. Теорія і практика сучасної психології. 2020. №1, Т. 1. С. 62 – 69.
2. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За ред. О. С. Чабана, О.О. Хаустової. Київ, Видавничий дім Медкнига, 2020. 216 с.
3. Bonanno, G., Gupta, S. Resilience after Disaster / Mental Health and Disasters (Eds. Y. Neria, S. Galea, F. Norris). Cambridge: Cambridge University Press. 2009. P. 145-160. doi:10.1017/CBO9780511730030.009
4. Harada, N., Shigemura, J., Tanichi, M. et al. Mental health and psychological impacts from the 2011 Great East Japan Earthquake Disaster: a systematic literature review. Disaster and Military Medicine. Issue 1, 17. 2015. <https://doi.org/10.1186/s40696-015-0008-x>
5. Rapp C. A., Goscha R. J. The strengths model – a recovery-oriented approach to mental health services. Oxford University Press, New York. 2012. 352 p.
6. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice (Summary Report) Geneva: World Health Organization; 2004.

**Найдьонова Любов Антонівна,**  
заступниця директора з наукової роботи,  
докторка психологічних наук,  
член-кореспондентка НАПН України  
Інституту соціальної та політичної  
психології НАПН України,

**Чуніхіна Світлана Леонідівна,**  
заступниця директора з  
науково-методичної роботи,  
кандидатка психологічних наук  
Інституту соціальної та політичної  
психології НАПН України,

**Умеренкова Наталія Федорівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
наукова співробітниця лабораторії  
масової комунікації та медіаосвіти  
Інституту соціальної та політичної  
психології НАПН України,  
м. Київ, Україна

## **ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ ПОСТВЕНЦІЇ СУЇЦИДУ (БУЛІЦИДУ) У ЗАКЛАДІ ОСВІТИ**

**Постановка проблеми.** За інформацією Уповноваженої Верховної ради з прав людини, за перших п'ять місяців 2021 р. року неповнолітні особи вчинили 150 спроб самогубств та 56 суїцидів. Ці випадки найчастіше трапляються серед вікової групи 14-17 років.

Серед основних причин здійснення дітьми суїциду називаються стосунки в сім'ї та проблемні стосунки з однолітками (булінг), у тому числі з використанням інтернет-технологій [1]. Поширеність булінгу як причини скоєння самогубств або їхніх спроб у дитячому, підлітковому та юнацькому віці обумовлює доцільність використання терміну «буліцид» – доведення жертви булінгу до самогубства [4;5].

Окрім травмивного впливу на суїцидента та його найближче оточення, кожен суїцид у середньому торкається **135** інших осіб [3], а при активному висвітленні випадку у медіа, ця кількість може збільшуватися [2].

Травмивний вплив може мати наслідки у вигляді розгортання **суїцидальних кластерів** (копіювання самоушкоджувальної поведінки на кшталт «епідемії»), посттравматичних стресових та інших психічних розладів. Саме тому національна система профілактики суїциду потребує розвиненої третинної ланки – поственційного супроводу колективів, в яких трапився суїцид (буліцид)



або його спроба. Передусім йдеться про організацію поственції в закладах освіти різних рівнів.

**Викладення основного матеріалу.** Поственцію зарубіжні дослідники визначають як концепцію, що пов'язана із запобіганням наступним самогубствам, наданням послуг з охорони психічного здоров'я та реакцією громади, що слідує після скоєння самогубства [6]. Між тим **поственція** як система третинної профілактики дитячих, підліткових та юнацьких суїцидів залишається **найменш розробленою ланкою** профілактичних заходів в Україні.

В межах виконання конкурсної теми НАПН України щодо питань освіти, які потребують невідкладного рішення, у березні 2021 року, проведено опитування працівників психологічної служби системи освіти України (n=132), у тому числі 38 соціальних педагогів, 86 психологів системи освіти, 7 керівників психологічної служби, 1 директора ІРЦ. За результатами опитування з'ясовано, що переважна більшість (81,1%) респондентів протягом останніх двох місяців зустрічали медіаповідомлення про дитячий суїцид.

Кожен четвертий респондент (41,7%) стикався зі свідченням дитячої поінформованості про проблему: учні повідомляли їм про побачені ними медіаповідомлення про дитячий суїцид. Понад 60% респондентів отримували запит щодо посилення роботи з батьками із профілактики дитячих суїцидів від дирекції закладу освіти.

Водночас учасники дослідження засвідчили потребу у підвищенні кваліфікації в сфері поственційного супроводу, зокрема 60% хотіли б покращити свої уміння в наданні першої психологічної допомоги дитині після спроби суїциду та психологічному супроводі дитини, що переживає стан безпорадності. Понад половину опитаних потребують алгоритму реагування в перші 24 години після суїциду, що трапився в закладі освіти (54,5%), та підвищення кваліфікації в сфері консультування батьків, чиї діти мають знижену вітальність або перебувають на різних фазах суїцидальної тенденції (52,3%). Ще близько половини респондентів (49,2%) хотіли б покращити свою здатність допомагати дитині в стані тимчасового емоційного розладу (погіршення настрою, тривалі негативні переживання, субдепресивні стани тощо).

Фокус-групи за участю фахівців психологічної служби системи освіти та представників дирекцій закладів загальної середньої освіти міста Києва, які було проведено у 2021 році (загалом 25 учасників), засвідчують актуальність запиту на розробку конкретних протоколів дій, за якими можна діяти у випадку суїциду або його спроби в закладі освіти.

У відповідь на цей запит було проаналізовано зарубіжний досвід поственції в закладах освіти США, Канади, Бельгії, Австралії, Великої Британії, та виокремлені спільні для всіх протоколів складові, які ми визначаємо як обов'язкові компоненти поственційного супроводу закладу освіти у випадку суїциду (буліциду) або його спроби.

Такими компонентами є: завчасне створення **кризової команди** та спеціалізоване навчання її членів; дотримання **таймінгу реагування**, який

передбачає планування обов'язкових у перші 24/48/72 годин заходів поственції; забезпечення **міжвідомчої комунікації** представників закладу освіти, органів управління освітою, правоохоронних органів, служб охорони здоров'я, соціальних служб; належний **інформаційний супровід**, спрямований на мінімізацію ризиків виникнення суїцидальних кластерів та інших негативних колективних наслідків травмивної події; дотримання **сеттінгу взаємодії** з найближчим оточенням та групами ризику з метою уникнення ретравматизації; врегулювання заходів з **меморіалізації**.

**Висновки.** Поственційний супровід, впорядкований відповідно до протоколу, побудованому на зазначених принципах, націлений на дві **основні мети**: профілактика короткострокових та довгострокових негативних наслідків травмивної події та відновлення нормального самопочуття членів постраждалого колективу.

Тому створення протоколу поственції суїциду (буліциду) або його спроби в закладі освіти, адаптованого до вітчизняних реалій, дасть змогу зменшити деструктивний вплив суїцидального епізоду на осіб з групи ризику, у тому числі ймовірність виникнення суїцидальних кластерів, ретравматизації близького оточення, сприятиме швидшій нормалізації соціально-психологічного клімату в закладі освіти та поверненню його до звичних умов функціонування.

#### Список використаних джерел

1. Денісова Л. Нарада керівників правоохоронних та інших державних органів щодо додержання прав дітей. Київ, 2021. URL: <https://bit.ly/3oonQYT> (дата звернення 02.12.2021)
2. Найдьонова, Л. А. Заріцька, Н. М. Проблема впливу медіа на суїцид: еволюція пояснювальних моделей і українські реалії. Український психологічний журнал. 2019. № 1. С. 141-160.
3. Cerel, J., Brown, M.M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M. and Flaherty, C. How Many People Are Exposed to Suicide? Not Six. *Suicide Life Threat Behav.* 2019. 49: 529-534. <https://doi.org/10.1111/sltb.12450>
4. Hinduja S, Patchin JW. *Bullying Beyond the Schoolyard: Preventing and Responding to Cyberbullying.* Thousand Oaks, CA: Sage Publications. 2009 (ISBN: 9781412966894)
5. Marr, N., & Field, T. *Bullycide: Death at playtime.* Success Unlimited. 2001. 303 p.
6. Talbott, L. L., & Bartlett, M. L. Youth Suicide Postvention: Support for Survivors and Recommendations for School Personnel. *Alabama Counseling Association Journal.* 2012. 38 (2), 104–105. <https://asparc.org/wp-content/uploads/2019/03/ALCA-Journal-on-Suicide.pdf>

**Оверчук Вікторія Анатоліївна,**  
докторка економічних наук,  
кандидатка психологічних наук,  
професорка кафедри психології  
Донецького національного  
університету імені Василя Стуса,  
м. Вінниця, Україна

## **ПРОБЛЕМА ПОДОЛАННЯ ОСОБИСТІСТЮ КРИТИЧНИХ І СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЙ**

На сучасному етапі розвитку Україна й все суспільство переважає складний кризовий період, який пов'язаний з дією багатьох факторів – складна соціально-політична ситуація, економічна нестабільність, світова пандемія COVID-19. Всі ці фактори призвели до розвитку кризових переживань особистості, що викликають інтелектуальне, духовне, емоційне і фізичне напруження людини.

Все це не могло не позначитися як на рівні суспільної свідомості, так і на індивідуальній системі соціальних установок та ціннісних орієнтацій окремої людини, тобто на життєздатності особистості. Наслідком цього є збільшення попиту на психологічну допомогу в кризових та надзвичайних ситуаціях. Проблема подолання особистістю критичних і стресових ситуацій на сьогодні є однією з найактуальніших, саме вивченню цих питань присвячені праці вчених з різних галузь знань: психології, медицини, біології, педагогіки тощо. Одною з основних проблем, пов'язаною із збереженням психічного здоров'я під час кризової і надзвичайної ситуації, є здатність особистості звертатися до своїх психосоціальних потреб і можливістю подолання зовнішніх і внутрішніх труднощів. Існує багато варіантів пристосування до стресу, а саме:

- конфронтація, чи протистояння ситуації: агресивна установка людини по відношенню до важких життєвих обставин, коли такі ситуації сприймаються нею як ворожа сила, яку треба перемогти або знищити;
- дистанціювання від проблеми або ж відкладання її вирішення, внаслідок цього варіанту пристосування людина споглядає на ситуацію мовби з-за скла, зі-сторони;
- стратегія самоконтролю, прагнення регулювати свої почуття і дії, однак надмірне «врегулювання» своїх емоцій призводить до виникнення перенапруги, що може призвести до розвитку психосоматичних захворювань;
- стратегія пошуку соціальної підтримки, звернення по допомогу до інших людей;
- стратегія прийняття відповідальності. Її обирають, як правило, сильні та зрілі особистості, так як вона вимагає визнання власних помилок і їх аналіз з метою не допустити повторення;
- стратегія планового вирішення проблеми, тобто вироблення плану порятунку і чітке дотримання його;

– позитивна переоцінка того, що відбувається з людиною, переоцінка стресової ситуації в позитивному для неї руслі;

– «уникання (або перенесення) відповідальності», спроба втечі з ситуації або уникнення спілкування.

Нездатність особистості розв'язати «внутрішній конфлікт» викликає зростання внутрішньої напруги. У такі моменти активізуються спеціальні психологічні механізми захисту, які захищають свідомість особистості від неприємних, травмуючих переживань.

У сучасному уявленні захисні механізми являють собою продукти розвитку та навчання, що діють в підсвідомості, вони запускаються в ситуації конфлікту, фрустрації, стресу. Єдиної класифікації механізмів психологічного захисту не існує, хоча є безліч спроб їх угруповання по різних підставах.

Вайлент запропонував типологію механізмів захисту за рівнем їх зрілості в безперервному значенні «примітивність – зрілість», ця класифікація отримала широку популярність і до цього часу користується попитом.

I рівень – психотичні механізми (відкидання реальності, спотворення, ілюзорна проекція);

II рівень – незрілі механізми (фантазія, проекція, відхід у хворобу, компульсивність тощо);

III рівень – невротичні механізми (інтелектуалізація, формування реакції, зміщення, дисасоціації);

IV рівень – зрілі захисти (сублімація, альтруїзм, супресія, антиципація, гумор).

Н. Мак-Вільямс відзначала, що до захисних механізмів, які розглядаються як первинні, незрілі і примітивні, як правило, відносяться ті, які мають справу з межею між власним «Я» і зовнішнім світом.

На думку Ф.Б. Березина, механізми психологічного захисту забезпечують регуляцію, спрямованість поведінки, зменшують тривогу і емоційну напругу. Він виділяє чотири типи механізмів психологічного захисту, ті що:

1. Перешкоджають усвідомленню факторів, що викликають тривогу – тобто ті фактори, що викликають тривогу не сприймаються або не усвідомлюються (витіснення і заперечення).

2. Дозволяють фіксувати тривогу на певних стимулах (фіксація тривоги) – тобто тривога зв'язується з якимось певним об'єктом не пов'язаним з причиною, що викликала тривогу (перенесення, деякі форми ізоляції).

3. Знижують рівень спонукань (знецінення вихідних потреб) – тобто зменшення тривоги може бути досягнуто за рахунок зниження рівня спонукань і знецінювання вихідної потреби (регресія, гіперкомпенсація).

4. Модифікують тривогу за рахунок формування стійких концепцій (концептуалізації) – тобто відбувається ідеаторна переробка тривоги, результатом якої стають уявлення, які спрямовують поведінку особистості (проекція, раціоналізація).

Деякі автори вважають психологічний захист своєрідним «інтрапсихічним копінгом», або «механізмом опанування з внутрішньою тривогою»; інші автори відносять копінг до зовнішніх, поведінковим проявам механізмів психологічного захисту.

Близькість понять копінгу і механізмів психологічного захисту зумовлює необхідність їх розмежування, критерії якого були запропоновані Н. Хаан. На думку авторки, копінг є динамічним «параметром», який використовується особистістю свідомо і спрямований на активну зміну ситуації [10]. На відміну від копінга, механізми психологічного захисту є статичними «параметрами», які реалізують пасивні механізми, залежні від інтрапсихічної діяльності і спрямовані на пом'якшення психічного дискомфорту. Поняття «механізми психологічного захисту» і «механізми опанування» (копінг-поведінка) розглядаються як найважливіші форми адаптаційних процесів і реагування індивідом на стресові ситуації, що доповнюють один одного [7]. Послаблення психічного дискомфорту здійснюється в рамках неувідомленої діяльності психіки за допомогою механізмів психологічного захисту. Копінг-поведінка використовується як стратегія дій особистості, що спрямована на усунення ситуації психологічної загрози. У кожної людини в стресовому стані є своя власна унікальна комбінація ресурсів адаптації, а також власна стратегія поведінки та способи дії в стресогенних ситуаціях. Ця комбінація складає ядро індивідуального стилю боротьби особистості в стресовому стані.

Використання системного підходу в збереженні життєдіяльності особистості, передбачає врахування психічних і фактичних впливів середовища, властивостей особистості, механізмів регуляції стресу, механізмів, що зумовлюють їх специфічність.

Разом з тим залишаються недостатньо вивченими значення соціально-психологічних факторів, вплив психотравмуючої ситуації на особистість, оцінка переживань особистістю цієї ситуації та засоби переробки інтрапсихічного конфлікту за допомогою специфічних проявів психологічних захисних механізмів і опанування. Крім того, недостатньо вивчено комплексну взаємодію захисних механізмів і опанування в посттравматичний період адаптації.

### **Список використаних джерел**

1. Бодров В. А. Проблема преодоления стресса. Ч. 2. Процессы и ресурсы преодоления стресса/ В. А. Бодров // Психологический журнал. – 2006. – Т. 27. – № 2. – С. 113–122.
2. Haan N. Proposed model of ego functioning: coping and defense mechanisms in relationship to IQ change // J. of American Psychological Association. Washington, 1963. Vol. 77. N 8. P. 1–22.
3. Родіна Н.В. Розвиток копінгу на протязі життєвого шляху особистості / Н.В. Родіна / Вісник Одеського національного університету. – 2014. – Т. 19, Вип. 1(31). – С. 279-289.

**Омельченко Людмила Миколаївна,**  
кандидатка педагогічних наук,  
доцентка кафедри психології  
Національного університету біоресурсів  
і природокористування України,  
м. Київ, Україна

## **СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ НАУКОВО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

**Постановка проблеми.** Як закордонні, так і вітчизняні науковці кваліфікують педагогічну діяльність як таку, що характеризується високою напруженістю, фрустрованістю, перевантаженням, виснаженістю. Так, С. Максименко, Л. Карамушка, Т. Зайчикова дійшли висновку про наявність значної кількості стресорів у діяльності педагогів: соціальна оцінка, невизначеність, повсякденна рутинна тощо [2].

Суттєвим стресогенним фактором є психологічні й фізичні перевантаження педагогів, які спричиняють виникнення так званого синдрому «професійного вигорання» – виснаження моральних і фізичних сил, що неминуче позначається як на ефективності професійної діяльності, психологічному самопочутті, так і на міжособистісних стосунках педагогів. Особливої нагальності зазначена проблема набула у зв'язку з умовами діяльності в ситуації пандемії COVID-19, коли безпосереднє педагогічне спілкування замінилося опосередкованим, обсяги інформації, що вимагали оцінки й аналізу, а також перевантаження, зумовлені необхідністю адаптуватися до дистанційного навчання, зросли в декілька разів.

**Викладення основного матеріалу.** Проблема синдрому професійного вигорання, зокрема й педагогів, була об'єктом дослідження багатьох науковців: Н.І. Freudenberger, С. Maslach, S. Jackson, М. Burish, С. Cherniss, Г. Ложкін, В. Орел, В. Бойко, С. Максименко, Т. Зайченко, Л. Карамушка та ін.

У науці виокремилися два підходи до трактування зазначеного явища: структурний та результативний. Прихильники першого його розглядають як стан, що охоплює сукупність певних елементів. Згідно з другим методологічним баченням, синдром психічного вигорання визначається як стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, що проявляється в професіях соціальної сфери [3].

Структуру зазначеного стану становлять три елементи:

- емоційне виснаження, що зумовлюється професійною діяльністю,
- деперсоналізація,
- зниження професійної ефективності.

Якщо виходити із класичного трактування поняття стресу, то «професійне вигорання» можна вважати третьою стадією, для якої характерний стійкий неконтрольований рівень збудження. Синдром професійного вигорання є

стресовою реакцією, яка виникає внаслідок довготривалих професійних стресів середньої інтенсивності [2].

Сучасний науково-педагогічний працівник виконує професійні обов'язки в надзвичайно напруженій ситуації: з одного боку постійно підвищуються вимоги до якості надання освітньої послуги здобувачам, з іншого боку обсяги навантаження (науково-дослідницька діяльність, розробка методичного забезпечення, підвищення професійної кваліфікації, виконання організаційної роботи та робота з документацією, надання консультацій студентам) постійно збільшуються. Вплив таких зовнішніх чинників зумовлює необхідність особистості оцінити зазначені запити.

Дуже важливим при цьому є почуття можливості опанування ситуації, яку сприймає та оцінює педагог. Окрім того, він постійно зважає баланс пред'явлених до нього запитів та своїх можливостей осилювати їх.

Якщо порушується рівновага між усвідомлюваними вимогами й актуальною можливістю, виникає стрес. У разі тривалого прогресування зазначеного стану проявляється синдром професійного вигорання.

При емоційному вигоранні наявні усі три фази стресу: нервова (тривожна) напруга; резистенція – людина намагається більш-менш успішно захистити себе від неприємних вражень; виснаження – зuboжіння психічних ресурсів, зниження емоційного тону, яке настає внаслідок того, що опір виявився неефективним. Відповідно до кожного етапу, виникають симптоми, висхідного емоційного вигорання.

Перший компонент – «напруження» – може супроводжуватися такими симптомами:

1) переживання психотравмивних обставин – людина сприймає умови роботи та професійні міжособистісні стосунки як психотравмивні;

2) незадоволеність собою – власною професійною діяльністю і собою як професіоналом;

3) почуття безвиході, бажання змінити роботу чи професійну діяльність узагалі;

4) тривога й депресія – розвиток тривожності у професійній діяльності, підвищення знервованості, депресивні настрої.

Другий компонент – «резистенція» – характеризується надмірним емоційним виснаженням, що проковує виникнення та розвиток захисних реакцій, які роблять людину емоційно закритою, відстороненою, байдужою. На такому тлі будь-яке емоційне залучення до професійних справ та комунікацій викликає в людини відчуття надмірної перевтоми. Це проявляється у таких симптомах:

1) неадекватне вибіркоче емоційне реагування – неконтрольований вплив настрою на професійні стосунки;

2) емоційно-моральна дезорієнтація – розвиток байдужості в професійних стосунках;

3) розширення сфери економії емоцій – емоційна замкненість, відчуження, бажання згорнути будь-які комунікації;

4) редукція професійних обов'язків – згортання професійної діяльності, прагнення якомога менше часу витратити на виконання професійних обов'язків.

Третій компонент – «виснаження» – характеризується психофізичною перевтомою людини, спустошеністю, нівелюванням власних професійних досягнень, порушенням професійних комунікацій, розвитком цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися з робочих питань, розвитком психосоматичних порушень. Проявляються такі симптоми, як:

1) емоційний дефіцит – розвиток емоційної нечуттєвості на тлі виснаження, мінімізація емоційного внеску у роботу, автоматизм та спустошення людини при виконанні професійних обов'язків;

2) емоційне відчуження – створення захисного бар'єру у професійних комунікаціях;

3) особистісне відчуження (деперсоналізація) – порушення професійних стосунків, розвиток цинічного ставлення до тих, з ким доводиться спілкуватися при виконанні професійних обов'язків, та до професійної діяльності взагалі;

4) психосоматичні та психовегетативні порушення – погіршення фізичного самопочуття, розвиток таких психосоматичних та психовегетативних порушень, як розлади сну, головні болі, проблеми з артеріальним тиском, шлункові розлади, загострення хронічних хвороб тощо [1].

**Висновок.** Отже, синдром професійного вигорання – явище складне, зумовлене адаптаційними процесами, індивідуальними особливостями особистості, зовнішніми чинниками педагогічної діяльності.

Знання його природи дасть змогу науково-педагогічним працівникам вчасно діагностувати симптоми, сформує необхідність звертатися по допомогу до психологів з метою регуляції власних психофізичних станів, а фахівцям психологічної царини – здійснювати профілактичні заходи щодо виникнення вигорання.

#### Список використаних джерел

1. Бойко В.В. Энергия эмоций. Санкт-Петербург: Питер, 2004. 473 с.
2. Синдром «професійного вигорання» та професійна кар'єра працівників освітніх організацій: гендерні аспекти / за ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки, Т.В. Зайчикової. Київ: Міленіум, 2006. 368 с.
3. Christina Maslach, Julie Goldberg. Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 1998, Volume 7, Issue 1, p. 63-74. URL: [https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(98\)80022-X](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(98)80022-X) (дата звернення 25.10.2021).



*Поклад Ірина Миколаївна,  
кандидатка психологічних наук,  
старша наукова співробітниця,  
провідна наукова співробітниця  
лабораторії загальної психології  
та історії психології ім. В. А. Роменця  
Інституту психології  
імені Г.С. Костюка НАПН України,  
м. Київ, Україна*

### **АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ФОРМУВАННЯ ЗДАТНОСТІ ОСОБИСТОСТІ ДО АДАПТАЦІЇ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ВИКЛИКІВ**

Різні історичні повороти у житті держави, політична нестабільність та економічні негаразди завжди призводили до змін у свідомості та самосвідомості людей. Нові цінності, однак, у багатьох людей можуть викликати відчуття краху світу, власного життя або життя суспільства, тобто негативно впливати на особистість людини будь-якого віку. У такій обстановці звичні життєві орієнтири стають якби «неважливими» або сприймаються неадекватними. Тому в таких умовах необхідно не тільки допомогти людині усвідомити причини кризи, але й показати можливості побудови подальшого життя, готовності до динамічних змін суспільства та ускладнених життєвих ситуацій. У зв'язку з вищезазначеним ми припускаємо, що формування здатності людини до адаптації на сучасному етапі розвитку нашого соціокультурного середовища, а також до її можливостей впливати на оточення і самостійно «будувати» своє життя та особистість, набуває в останні роки великої актуальності.

В психології більш-менш утвердилось визначення, що особистість – це конкретна людина з її неповторним поєднанням морально-етичних, фізичних, фізіологічних, психічних якостей, переконань, властивостей. Особистістю людина не народжується, вона нею стає в процесі взаємодії з оточуючим соціумом (Г.О. Балл, Г.С. Костюк, О.Ф. Лазурський, В.А. Роменець та ін.). В широкому розумінні психологія особистості включає в себе психічне життя людини: процеси і стани, властивості та їх системи (С.Л. Рубінштейн, К.К. Платонов). Зміни зовнішнього середовища та зміни організму індивіда позначаються на психічних станах людини. У психічних станах відбувається взаємодія людини з життєвим середовищем. Вони є багатомірними та виступають і як система організації психічних процесів, і як суб'єктивне відношення до явища, що відбувається, і як механізм оцінки дійсності (В.К. Вілюнас, М.Д. Левітов). У зв'язку з цим є підстави стверджувати, що більше можливостей мобілізувати фізичні та духовні ресурси для подолання труднощів і несприятливих умов дійсності, може мати психічно здорова особистість.

Термін «психічне здоров'я» був введений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). Вважається, що порушення психічного здоров'я пов'язані як з соматичними захворюваннями або з дефектами фізичного розвитку, так і з різноманітними несприятливими факторами та стресами, що впливають на психіку та пов'язані з соціальними умовами. Як правило означені порушення мають тимчасовий характер, але через ті обставини які ми спостерігаємо сьогодні, у дітей, як і у дорослих, такі порушення можуть прийняти стійкий характер та згодом призвести до соціальної дезадаптації. До загрозливих проявів емоційних розладів можуть бути віднесені такі психічні стани людей, як: тривалі негативні настрої, тривожність, напруженість, страх, стрес, агресія тощо.

Отже, психічне здоров'я людей, а особливо дітей, особистісне зростання яких в значній мірі залежить від умов в яких проходить їх життєдіяльність, є на даний момент головною проблемою, на яку слід звернути увагу.

Разом з тим, вчені зазначають, що від здатності адаптаційних можливостей людини до оточуючого соціокультурного середовища, в значній мірі залежить і її психічне здоров'я. Адаптивність розглядається науковцями як можливість до зміни своєї поведінки відповідно до потреб та очікувань оточення (Г.М. Андреева, 1996), як специфічна риса особистості на протигагу психологічним захистам (А.А. Налджанян, 1988), як можливість до гнучкості та варіативності когнітивних стилів (Л.Е. Харламенкова, 1991) тощо.

Особливістю адаптації людини до діяльності є те, що на відміну від адаптації до умов зовнішнього середовища домінуючу роль тут відіграють не фізіологічні, а психологічні механізми пристосування, які залежать від характеру самої діяльності [1]. Характеристика конкретного процесу діяльності як адаптативного або продуктивного (творчого) значною мірою залежить від того, в якому аспекті, в якій системі зв'язків він розглядається. Так, наприклад, розв'язання будь-якої пізнавальної задачі є адаптативним процесом у тому розумінні, що приводить систему знань суб'єкта у відповідність з об'єктом та з вимогою задачі, інакше кажучи, пристосовує до них цю систему. Водночас зазначений процес має продуктивний (творчий) характер хоча б у тому розумінні, що суб'єкт оволодіває новими для себе знаннями [2].

Важливою в контексті розуміння психологічної адаптації є проблема креативності особистості. У «Кратком психологическом словаре» (1985) термін «креативність» визначає як похідний від слова creatio – створіння, створення, здатність породжувати незвичайні ідеї, відхилення від традиційних схем мислення, швидко вирішувати проблемні ситуації. Вчені зазначають, що якщо творчість розуміється як процес, що має визначену специфіку і призводить до створення нового, то креативність розглядається як потенціал, внутрішній ресурс людини.

Під креативністю вони розуміють здатність людини відмовитися від стереотипних способів мислення (Guilford J.P., 1967) або спроможність виявляти

нові способи вирішення проблеми чи нові способи вираження (Наталі Роджерс, 1990).

Сміт і Карлссон розглядають креативність з психологічного погляду, визначаючи її як спроможність приймати матеріал з підсвідомості в свідомість (Cropley A.J., 1992). Ж. Піаже (1973) ідентифікує креативність з усіма актами інтелектуальної творчості. Зокрема, він пише, що одні люди володіють відносно великою креативністю, інші меншою, треті – ще меншою.

Отже вчені вважають, що концепція креативності і концепція здорової особистості є близькі одна одній. Так А.Маслоу (1997) зазначав, що проблема креативності – це проблема креативної особистості, а не продукту креативної діяльності, не креативної поведінки і т.д. Це особливий різновид людини, а не просто людини, яка осягла деяке нове вміння. Креативність передбачає досягнення певної єдності і згоди між людиною і світом.

Креативність є одним з найважливіших аспектів пізнання. Протягом всього процесу становлення особистості виникає все більша кількість проблемних ситуацій, для вирішення яких вони використовують свої когнітивні здібності.

Узагальнюючи проблематику вивчення особистості С.Л. Рубінштейн (1973), наголошував на трьох основних питаннях: чого індивід хоче (потреби, цінності, установки, інтереси); що індивід може (вміння, здібності, таланти); чим індивід є (темперамент, характер). У зв'язку з цим, можна визнати, що креативність як активний прояв когнітивних вмінь особистості, є саме тим, що може індивід. А те, що він «може» знаходиться в найтіснішому зв'язку з тим, що він «хоче».

Потреби, інтереси, цінності є рушійною силою особистісного пошуку, виявлення здібностей і талантів. Отже, під креативністю можна розглядати творчу активність людини протягом всього життя, яка виявляється на стільки в створенні будь-яких творів, скільки в самому житті.

Підбиваючи підсумки здійсненого теоретичного аналізу можна сформулювати такі висновки: визначення адаптативності як здібності до встановлення гармонійних стосунків між потребами особистості та соціального середовища, відкриває нові дослідження процесу розвитку цих здібностей; креативна особистість, у випадку гострих психотравмуючих обставин, відшукає шлях виходу з психічної кризи, зможе попередити виникнення нервово-психічних і психосоматичних відхилень: її не злякає невідомість, бо така особистість в будь-якій ситуації буде здатна до творчої імпровізації.

### **Список використаних джерел**

1. Балл Г.А. Нормы деятельности и творческие аспекты личности. *Вопросы психологии*. 1990. № 6. С. 25–34.

2. Поклад І.М. Активність процесу адаптації як передумова творчого розвитку особистості. *Актуальні проблеми психології*. Київ-Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І.Франка, 2017. Т. VI: Психологія обдарованості. С. 137–144.

**Робаківська Юлія Павлівна,**  
студентка заочної форми навчання  
Ніжинського державного університету  
ім. Миколи Гоголя,  
**науковий керівник:** кандидатка  
психологічних наук, доцентка кафедри  
загальної та практичної психології  
Ніжинського державного університету  
ім. Миколи Гоголя  
**Михайлова О. І.,**  
м. Ніжин, Україна

## **ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМА – АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ, ЗНАЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ЖИТТЯ ЛЮДИНИ**

Актуальність теми «Психологічна травма» пов'язана з тим, що в сучасному житті людина знаходиться в умовах постійного стресу і психотравмуючих ситуацій. Технічний прогрес, швидкий темп життя, постійна гонка за матеріальними благами, невідповідність бажаного і реального, проблеми з близькими і рідними людьми – все це призводить до травм, які мають різноманітну природу. Починаючи з дитинства і до самої старості, людина піддається різноманітним негативним впливам, під час яких спрацьовують різноманітні захисти, для того, щоб зберегти цілісність психіки.

Не дивлячись на те, що поняття психологічної травми є часто вживаним у психологічній науці протягом усього часу її існування, й досі існують певні розбіжності в трактуванні даного феномена. Передусім, це пов'язано з висвітленням певного аспекту тією чи іншою школою або напрямом.

Водночас, невпорядкованість у визначенні зумовлена різноманітністю причин, наслідків (нерідко відстрочених) та віку (коли сталася травматична подія), які мають чималий вплив на її перебіг та складність суб'єктивних переживань травматичних подій, що ускладнює їх систематизацію і узагальнення [2].

Психологічна травма – це життєва подія або ситуація, яка впливає на значущі сторони існування людини і приводить до глибокого психологічного переживання. Виникнення психологічної травми розглядається, як наслідок незавершеності інстинктивної реакції організму на травматичну подію. Травма має подвійну природу: спочатку проявляється руйнівна сила, вона забирає здатність людини жити і радіти життю. Інша сторона, парадокс травми – її здатність зцілювати і трансформувати людину.

За іншим визначенням, психологічна травма – це переживання, в центрі якого знаходиться певний емоційний стан. Центральне місце емоцій в структурі психотравм, обумовлене як важливим місцем емоцій в організації й інтеграції психічних процесів, так і їх роллю у взаємозв'язку психічних і соматичних систем особистості.

Психотравмуючі переживання – це стан, що впливає на особистість в силу його вираженості (гостроти), тривалості або повторюваності. Психотравмуючими є лише такі негативні переживання, які можуть бути причиною певної патології. Найважливішою рисою психотравмуючих переживань є їх центральне місце в структурі особистості, їх особлива значущість для індивіда.

Досить поглянути на будь-яке глибоке переживання людини, щоб переконатися в тому, що в основі переживань лежать взаємовідносини людини з різними сторонами оточуючого, що хворобливі переживання є лише наслідком порушених взаємин. Втрата місця, наклеп, зрада чоловіка, смерть дитини, невдача в досягненні мети, уразливе самолюбство і т.п. є джерелом хворобливого переживання лише в тому випадку, якщо вони займають центральне або принаймні значуще місце в системі ставлень особистості до дійсності. В межах діяльнісного підходу, категорію психічної травми важко назвати чітко оформленою та однозначною. У зв'язку з цим особливо ефективною стає розробка уявлень щодо розуміння сутності психічної травми та особливостей надання психологічної допомоги постраждалим внаслідок травмуючих подій.

Коли ми говоримо про психічну травму, ми не можемо просто говорити про порушення психіки в результаті зовнішнього впливу, тому що в такому випадку мова йде просто про психогенні порушення, і поняття психічної травми просто виявляється не помітним. Для визначення травми, як правило, йдуть по одному з двох шляхів: або визначають травму через події, які її викликають, або через переживання, викликані цією подією, або через наслідки, що проявляються через якийсь час. Згідно керівництву з діагностики та статистики психічних розладів DSM-III, травма підтверджується, коли подія:

- 1) несподівано і явно знаходиться за межами повсякденного досвіду людини;
- 2) регулярно переживається знову тим чи іншим способом способів;
- 3) здатна викликати стійке уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, або заціпеніння загальної чутливості;
- 4) здатна стимулювати стійкі симптоми підвищеного збудження, не властивого до травми. Тобто визначення більше йде через наслідки події. [3]

Перенесена колись у минулому психічна травма зберігає свій патологічний вплив на організм: психічна травма або спогад про неї діє подібно чужорідному тілу, яке після проникнення всередину, ще довго залишається діючим фактором.

При цьому травма як би стає «збудником», причиною хвороби, характер якої може змінюватися, і ззовні не мати ніякого відношення до психотравмуючих подій (наприклад, проявляючись у вигляді тиків, заїкання, депресії, неврозу або психосоматичного захворювання). Зигмунд Фройд відзначає, що всі симптоми основного захворювання проходили після того, коли вдавалося з усією ясністю воскресити в пам'яті травматичну подію.

Це спостереження лягло в основу його психоаналітичної психотерапії. По Фройдю емоції, що виникли в результаті психотравмуючого фактора необхідно відреагувати (у кожної людини свій власний спосіб відреагування емоцій: від звичайного плачу, до акту помсти кривдникові).

Отже, не відреаговані емоції зберігаються в підсвідомості і в подальшому можуть призводити до різних порушень. Якщо травма була порівняно невеликою, то підвищена тривожність і інші симптоми стресу поступово пройдуть протягом декількох годин, днів або тижнів.

Якщо ж травма була міцною або травмуючі події повторювалися багаторазово, хвороблива реакція може зберегтися на багато років. Подібно до того, як ми отримуємо імунітет до певної хвороби, наша психіка виробляє особливий механізм для захисту від хворобливих переживань.

Психічна травма – це ушкодження (кимось або чимось) психіки, що призводять до помітного порушення її нормального функціонування. Досліджувати психологічну травму означає зустрітися лице в лице з таким суперечливими якостями людини, як уразливість перед навколишнім світом та потенціал зла в людській природі. [1]

#### **Список використаних джерел**

1. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання; переклад з англ. Оксана Лизак, Оксана Наконечна, Олександр Шлапак. – Львів: Видавництво Старого Лева, 2019. 424 с.
2. Кучманіч І. М., Мороз Р. А. Психологічний механізм виникнення психологічної травми. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / С. Д. Максименко. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2017. Випуск № 36. С. 146 – 159.
3. Трубіцина Л.В. Процес травми. Москва: Смысл; ЧеРо, 2005. 218 с.

*Романовська Діана Дорімедонтівна,  
кандидатка психологічних наук,  
старша наукова співробітниця  
лабораторії прикладної психології освіти  
Українського науково-методичного центру  
практичної психології і соціальної роботи  
Національної академії педагогічних наук України,  
м. Київ, Україна*

## **ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ ПАНДЕМІЇ COVID-19 ФАХІВЦЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ СИСТЕМИ ОСВІТИ УКРАЇНИ**

**Постановка проблеми.** Сьогодні в усьому світі спостерігається психічне напруження в суспільстві, пов'язане з пандемією COVID-19. Відбулися помітні зміни й у системі освіти усього світу, які вплинули на психоемоційний стан учасників освітнього процесу. У зв'язку з цим, перед фахівцями психологічної служби закладів освіти у 2020-2021 роках постала проблема щодо надання психологічної та соціально-педагогічної допомоги учасникам освітнього процесу, у яких спостерігаються соціально-психологічні проблеми, які виникли внаслідок пандемії та карантину. Основними завданнями роботи практичних психологів та соціальних педагогів стало зменшення психоемоційного напруження; підвищення стресостійкості (резильєнтності); профілактика дискримінації і стигматизації інфікованих; формування позитивної життєвої перспективи [2].

**Викладення основного матеріалу.** У рамках виконання наукового дослідження «Подолання наслідків пандемії COVID-19 у діяльності психологічної служби системи освіти» (проєкт реалізовується за підтримки Національного фонду досліджень України у 2020-2021) Українським науково-методичним центром практичної психології і соціальної роботи Національної академії педагогічних наук України спільно з науково-методичним центром практичної психології та соціальної роботи Інституту післядипломної педагогічної освіти у Чернівецькій області у листопаді-грудні 2020 року було проведено он-лайн дослідження з визначення соціально-психологічних проблем, які виникли у педагогічних працівників під час карантину. Спочатку було визначено рівень особистої тривоги усіх педагогічних працівників системи освіти України на початку карантину у березні 2020 та у листопаді 2020 – у 52% респондентів (n=3200). Варто зазначити тенденцію до зменшення рівня тривоги та емоційної напруги у фахівців у листопаді 2020 – 16%, а вже у вересні 2021 – у 5%. Також визначено основні страхи, які формують тривогу: страх захворіти – 93,4%; хвороби та смерті близьких – 68,9%; залишитися без роботи – 53,4%; соціальної ізоляції – 33,4%; близького фізичного контакту у спілкуванні – 24,5%; заразитися у громадському транспорті – 17,8%. Недовіру до ЗМІ щодо висвітлення інформації про пандемію висловили 26% опитаних, які визначили це важливим фактором психоемоційної нестабільності. Фахівці психологічної служби назвали основні проблеми, які виникли в учасників освітнього процесу, які вплинули на стан

психічного здоров'я та психологічного благополуччя здобувачів освіти, вчителів, батьків під час пандемії та карантину: стан постійної напруги (хвилювання, тривожність, роздратованість, виснаження); тривога, боязнь людей, що захворіли; страх інфікуватися; соціальна дезадаптація; роздратування та напружені стосунки з родиною та дітьми. З метою визначення дієвих психологічних детермінант гармонізації психічного здоров'я учасників освітнього процесу в період пандемії були проведені онлайн фокус-групи практичних психологів та соціальних педагогів. В процесі проведення фокусованого інтерв'ю фахівці назвали наступні детермінанти, на які визначали збереженість психічного здоров'я, соціально-психологічного благополуччя у педагогів, батьків, здобувачів освіти: позитивне мислення, емоційна стійкість, толерантність до стресових факторів, володіння он-лайн технологіями як необхідної складової професійної компетентності в умовах дистанційної освіти. Саме ці детермінанти визначили основні напрямки психологічної допомоги учасникам освітнього процесу у 2020 році. Ефективними технологіями збереження/ відновлення психічного здоров'я та розвитку життєстійкості в умовах пандемії COVID-19, які варто застосовувати практичним психологам, соціальним педагогам в закладах освіти визначено наступні: технологія Basic-PH; «Тілесне сканування»; вправи на релаксацію; дихальні вправи; технології самонавіювання (застосування афірмацій, сугестивних формул); вправи арт-терапії, мандалотерапія; вправи, що вико ристовуються в роботі з втратою «Минуле – теперішнє – майбутнє», «Найближче оточення», «Енергія», «Думки – почуття – поведінка» [1]; техніки з розвитку емоційної компетентності; травмафокусовані техніки регуляції при стресі; «методика гармонізації» (Шрайбера). **Висновки.** Фахівцям психологічної служби системи освіти України у своїй професійній діяльності під час пандемії COVID-19 необхідно зосередитись на психологічній допомозі учасникам освітнього процесу, які постраждали від цієї пандемії та карантину. Важливо збільшити кількість годин, які будуть виділені на просвітницько-профілактичну роботу щодо збереження/відновлення психічного здоров'я, соціально-психологічного благополуччя шляхом системної психоедукації педагогів, батьків, здобувачів освіти. Також важливо надавати індивідуальну психологічну допомогу дітям і дорослим щодо стабілізації/гармонізації психоемоційного стану, розвитку позитивного мислення, формування соціального та емоційного інтелекту.

#### Список використаних джерел

1. Андерсен К., Рьокхольт Е., Рісе М. Групи психологічної підтримки для дітей та підлітків, які втратили близьких людей: методичний посібник / переклад на укр.. О. Студеннікова. Київ, 2020. 223 с.
2. Панок В.Г., Марухіна І.І., Романовська Д.Д. Психологічний супровід освіти в умовах пандемії. Вісник Національної академії педагогічних наук України, 2020, 2 (2). <https://doi.org/10.37472/2707-305X-2020-2-2-12-2> (Crossref, Open Ukrainian Citation Index, OUCI, Unpaywall, Directory of Open Access Scholarly Resources, ROAD, OCLC WorldCat).



*Романча Анастасія Віталіївна,  
менеджерка з адміністративної діяльності  
кафедри психології Університету  
економіки та права «КРОК»,  
м. Київ, Україна*

## **ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ДЕПРЕСІЇ ТА ПОСТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ПІДЛІТКІВ**

**Постановка проблеми:** понад чверть дітей віком до 16 років страждають від травматичних подій. Насильство в сім'ї, несприятлива соціально-економічна ситуація в країні, техногенні чи природні катастрофи впливають на особистість і спричиняють деструктивні зміни на рівні психосоматики. У наслідок цього в останні роки прослідковується тенденція до збільшення кількості емоційних чи поведінкових розладів у підлітків.

Однією з найчастіших причин травматизації підлітків є жорстоке поводження у сім'ї. Перебування у ситуації хронічного стресу внаслідок економічного, сексуального чи психологічного насильства провокує розвиток ПТСР та депресії.

Питання щодо ПТСР у країнах пострадянського простору вивчали зокрема, А.А. Кузнецов, С.С. Калмикова, М.А. Падун, І.Г. Малкіна-Пих, Н.В. Тарабріна, О.Ш. Тхостов, Ю.П. Зінченко, ними з'ясовано основні умови виникнення та симптоматику розладу. Більш детально ПТСР у підлітків досліджували О. О. Хаустова у співавторстві з О. С. Чабаном і Л.М. Трачук у контексті проблеми проживання у зоні військових конфліктів і прилеглих районах на сході України.

Аналіз особливостей перебігу підліткових депресій було здійснено у працях Ю.Ф. Антропова, В.А. Гур'євої, Г.Ф. Колотіліна. Причини депресивних розладів у підлітків вивчали В.Н. Мамцева, В.М. Козідубова, Ю.Ф. Антропов. Наукові підходи до подолання підліткових депресій представлено у працях М. Блумберга, В.Н. Мамцевої, Х. Ремшмідта, Е. Фроммера.

На сьогодні досить мало інформації про взаємозв'язок підліткової депресії та ПТСР. Адже даний напрямок більш детально розглянутий закордонними дослідниками з точки зору не психології, а психіатрії.

**Метою дослідження** є виявлення причинно-наслідкових зв'язків між підлітковою депресією та посттравматичним стресовим розладом.

**Виклад основного матеріалу:** дитинство та підлітковий вік характеризуються наявністю важливих критичних періодів розвитку, які підвищують чутливість до подразників, зокрема травматичних та стресових подій.

С. R. Pryce (2008) на підставі дослідження на тваринах установив, що психічна травматизація в чутливі періоди дозрівання головного мозку призводить до експресії глюкокортикоїдних рецепторів у префронтальній корі,

підвищуючи чутливість цих ділянок мозку до гормонів стресу. Тобто, надмірна травматизація психіки, а саме: пошкодження емоційного чи психологічного здоров'я людини, призводить до зниження адаптивності до стресу [2, с. 20-28].

У психологічному словнику В.В. Синявської та О.П. Сергеєнкова стрес визначається як стан максимального психічного напруження, який виникає в процесі діяльності під впливом несприятливих, значних за силою і довготривалістю неспецифічних дій, умов середовища [1, с. 175]. Розрізняють два основні види стресу: еустрес (стан, який активізує функціональні резерви організму та дистрес (стан, який негативно впливає на організм та призводить до порушення адаптаційних та психофізіологічних функцій) [3, с. 81-91].

Слід зазначити, що одним із прикладів дистресу є сімейне насильство. Ситуація економічної та моральної залежності від батьків у поєднанні із гормональними і особистісними перебудовами організму підвищують ризики виникнення ПТСР та депресії. Перебуваючи тривалий час під впливом несприятливих чинників, структура особистості зазнає функціональних змін у діяльності симпатичної та парасимпатичної нервової системи.

Коли індивідуальні психологічні розлади після травматичної чи стресової події зберігаються і є достатньо серйозними, щоб втручатися у важливі сфери психосоціального функціонування, вони більше не можуть вважатися нормальною реакцією на травматичну подію. У цьому випадку формується та прогресує ПТСР. У підлітка виникають проблеми з пам'яттю та емоціями, гіперзбудливість, схильність до перепроживання травмивної ситуації. [3, с. 49]

Слід зазначити, що ПТСР не єдиний психічний розлад, який може виникати внаслідок впливу травмивної події. Інші поширені діагнози включають депресію, яка у загальному розумінні характеризується як психічний розлад, що супроводжується патологічно зниженим настроєм, з песимістичною оцінкою самого себе, майбутнього та свого положення у світі.

У випадку виникнення депресії організм підлітка у стресовій ситуації замість захисної реакції «бий або біжи», використовує стратегію «замри». Таким чином впадаючи у короткочасний фізичний і довготривалий психологічний ступор. Наприклад: дитина систематично стає свідком побиття матері. Постійне перебування у центрі травмивних подій виснажує нервову систему і призводить до розвитку депресії, яка у випадку гострого стресу може передувати виникненню ПТСР.

Також, депресія є одним із станів, що часто супроводжує ПТСР. Результати низки досліджень дають підстави вважати депресію та ПТСР дискретними розладами, які взаємовпливають на перебіг один одного.

Наприклад: під час депресивного епізоду підліток стає жертвою сексуального насильства. У цьому випадку, на психіку дитини нашаровується новий деструктивний вплив, який у поєднанні із депресією підвищує суїцидальні ризики.

D. G. Campbell et al. (2007) та S. Momartin et al. (2004) оприлюднили дані дослідження, що пацієнти, які страждають одночасно від ПТСР і депресії мають більшу тяжкість та нижчу ефективність лікування [3, с. 50-57].

Слід зазначити, що пережитий підлітком ПТСР у майбутньому може стати передумовою розвитку у дорослого індивіда депресивних розладів.

Закордонними дослідниками було публіковано результати низки досліджень, у яких продемонстровано наявність зв'язку дитячої травми з нейрокогнітивними порушеннями й виникненням у дорослому житті рекурентної депресії.

#### **Висновки.**

Підлітковий вік, з характерною для нього кризовістю обумовлює підвищену небезпеку виникнення у особистості ПТСР та депресії.

Велика кількість травмівних та стресових ситуацій виступають тригерами для виснаження нервової системи, а відповідно й порушення гомеостазу. Відповідно, можна виділити три стратегії взаємодії між підлітковою депресією та ПТСР:

1) внаслідок довготривалого стресового впливу у дитини розвивається хронічна депресія, яка спричиняє формування ПТСР;

2) сильна психологічна травма спричиняє виникнення ПТСР, на який у результаті низької опірності або виснаженості нашаровується депресивний розлад.

3) пережитий в дитинстві ПТСР виступає передумовою розвитку депресії у дорослому віці.

Отже, можна зробити висновок, що між ПТСР та депресією існує причинно-наслідковий зв'язок, який може проявлятися по-різному в кожній індивідуальній ситуації та залежати як від соціальних умов, так і від типологічних особливостей підлітка.

Також, слід зазначити, що ці феномен мають низку спільних симптомокомплексів, що дає змогу говорити про певний клінічний поліморфізм.

#### **Список використаних джерел**

1. В. В. Синявський, О. П. Сергеєнкова Психологічний словник / за ред. Н.А. Побірченко. – К. : Науковий світ, 2007. 274 с.

2. О. К. Напрєєнко, Д. І. Марценковський Депресії при посттравматичному стресовому розладі у дітей та підлітків. *Часопис Національного медичного університету імені О.О. Богомольця*. 2019. № 2 (103). С. 20-28.

3. Kubany E. S., Hill E. E., Owens J. A. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*. 2003. Vol. 1, № 16. P. 81–91.

4. Manger T. A., Motta R. W. The impact of an exercise program on posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression. *International Journal of Emergency Mental Health*. Vol. 1, № 7. P. 49–57.

**Свідерська Галина Мирославівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри психології  
розвитку та консультування  
Тернопільського національного  
педагогічного університету  
імені Володимира Гнатюка,  
м. Тернопіль, Україна

## **СТРАЖДАННЯ ЯК ШЛЯХ ВІДНАЙДЕННЯ СЕНСУ ПРИ ПЕРЕЖИВАННІ ЛЮДИНОЮ ГОРЯ ВТРАТИ**

**Постановка проблеми.** Переживання горя втрати – це один із найбільш складних життєвих періодів, який загострює у свідомості людини питання смислу, справедливості, любові і пам'яті. Горе – це процес функціональної необхідності, за допомогою якого особистість працює з власним болем і, переживаючи великий спектр емоцій – печалі, гніву, провини, страху, сорому, поступово вчиться відновлюватися після втрати, набуваючи відчуття рівноваги та повноти буття. Наша здатність до горювання є ознакою справжньої людяності, це не просто почуття, а цікавий антропологічний феномен, оскільки жодна тварина, втрачаючи через смерть, не хоронить своїх родичів, побратимів чи друзів. Як підкреслює Ф.Васильюк, головні акти містерії горя на психологічному рівні – не відрив енергії від втраченого об'єкта, а побудова образу цього об'єкта задля збереження у пам'яті. Людське горе не деструктивне (забути, відірвати, відокремитися), а конструктивне, воно призначене не розкидати, а збирати, не знищувати, а творити – творити пам'ять і спогади [1].

**Викладення основного матеріалу.** Переживання горя, скорбота – це процес, який триває в часі і якому притаманна відповідна динаміка, проходження - повернення назад - долання певних етапів, коли людина здійснює «роботу горя». На першому етапі ми заперечуємо ситуацію втрати, не віримо у те, що сталося, поводимося «автоматично», не дозволяючи собі зустрітися із реальними фактами та пов'язаним з ними болем. Перехід до наступного етапу – переживання страждання – відбувається поступово, коли особистість вже починає усвідомлювати факт втрати.

Зустріч із мертвим тілом, участь в обрядах, ритуал поховання ставлять людину перед необхідністю погодитися хоча б формально з тим, що це дійсно сталося. Однак чисто інтелектуальне прийняття факту втрати не означає його прийняття на емоційному рівні. Навпаки, можна сказати, що інтелектуальна усвідомленість втрати відкриває шлях для потоку емоційних переживань, які насправді є реакцією на це гірке усвідомлення-відкриття.

Весь наступний етап – це повільний, нерівномірний і болючий рух до прийняття втрати, який полягає не тільки в інтелектуальному її визнанні, але і в емоційному примиренні з даним фактом. На цій найдовшій стадії людина переходить від формального визнання втрати до її реального прийняття, і в цей час страждання досягає найбільшої сили та різноманітності у своїх проявах [3].

Л. А. Пергаменщик називає страждання способом переробки негативної, трагічної для особистості події [2]. І на його думку, страждання як переживання людиною сильного душевного болю, мук, викликаних усвідомленням втрати, виконує певні функції, зокрема: інформаційну, спонукальну, мотиваційну, об'єднувальну та ціннісно-смыслову. Перш за все, страждання повідомляє людині у скорботі і тим, хто її оточує, що їй дуже погано. Ця інформація зчитується з міміки, виразу обличчя, постави, рухів, особливостей фізичного стану.

Спонукальна функція страждання заставляє людину діяти. Якщо відбулась трагічна подія, то перед особистістю постають питання, як саме до неї ставитись: виконувати певні дії чи не виконувати, робити щось для зменшення страждань, шукати допомоги і підтримки чи уникати їх, яким чином ставитись до самого ставлення (рефлексія рефлексії) тощо.

Мотиваційна функція страждання забезпечує «помірну негативну мотивацію» (К.Ізард). Оскільки страждання супроводжується напруженням, то останнє створює мотивацію зі знаком «мінус», що є необхідним для того, щоб заставити людину вирішувати свої проблеми. Якщо подія викликає нестерпні страждання, то людина у скорботі, швидше всього, буде уникати проблеми, а не боротися з нею.

Об'єднувальну функцію ми можемо спостерігати у тому випадку, коли страждання об'єднує, згуртовує людей всередині групи. Тут ми можемо говорити про прояв іншими співчуття до того, хто в горі, вияв співпереживання, а в окремих випадках і співстраждання разом із значущою людиною.

Співчуваючи іншому у скорботі, ми подумки ставимо себе на його місце, переживаємо почуття, адекватні ситуації (наприклад, відчуваємо жалість, сумуємо з приводу чужого горя) та можемо висловлювати (вербально чи невербально, усно чи письмово) власне співчуття. У свою чергу, при співпереживанні ми не тільки співчуваємо (тобто не лише переживаємо свої почуття та висловлюємо їх), але і робимо усе, щоб покращити душевний стан цієї людини - втішаємо, розраджуємо, заспокоюємо, обіймаємо, проявляємо ніжність, ласку. Співпереживання забезпечує іншому відчуття захищеності, «не-самотності», потрібності. У свою чергу, співстраждання – це відчутий і прожитий зсередини біль іншого, який спонукає людину відповідальніше і реалістичніше поглянути на власне призначення у житті.

І ще одна функція страждання у горі втрати – ціннісно-смыслова. Страждання як особливий психічний процес, як діяльність повинне мати якийсь смисл: для чого воно призначене? Яку роль виконує? Що ми отримуємо страждаючи, чому витрачаємо стільки енергії, проживаючи своє горе?

Страждання слугує непротим, однак дієвим шляхом віднайдення сенсу у власній скорботі, у переживанні втрати. Цей сенс можна знайти не в смерті дорогої для нас людини, а у наших власних стражданнях після її смерті, і ці страждання не повинні бути марними.

Вони не мають пройти непомітно, без сліду, вони повинні щось змінити у нашому житті, у нашому розумінні, у нашому ставленні до себе, до інших, до померлого. Смысл страждання не у втечі від нього і не в мазохістичному болю, «він набувається при вознесінні страждання, в молитві богові у самому собі і в реалізації себе в богові, тобто в житті»[2, с.130]. Смысл нашого страждання в «зарубках» пам'яті. Коли ми страждаємо, ми визначаємо місце померлих у власному бутті, а наша пам'ять зберігає це місце і те, що (і хто) в цьому місці знаходиться. Бо близькі і рідні для нас люди є живими доти, доки ми про них пам'ятаємо.

**Висновки.** Вистояти перед лицем болю – вартує людині чималого, однак окупається в повному обсязі. Коли біль поступається місцем примиренню з тим, що трапилося, з туюю, зі спогадами, – настає відновлення життєвих сил.

Прийняття втрати не означає втрату пам'яті: я не забуваю про померлого і про смерть. Прийняття не означає повного звільнення від страждання і «повернення» до минулого світосприйняття. Воно також не означає відсутності будь-яких почуттів чи думок з приводу втрати: у мене є почуття по померлої людини, є ставлення до моєї втрати, є роздуми про буття і небуття.

Але ці думки і почуття вже не приносять мені страждань, вони видозмінюються, стають схожими на світлу печаль. Відтак прийняття втрати – це не її заміна чи компенсація з наступним поверненням до попереднього способу життя. Це набуття нового буттєвого контексту, нового смислу, досвіду і мудрості.

#### Список використаних джерел

1. Василюк Ф.Е. Пережить горе. О человеческом в человеке: сборник. / Ред.И.Т.Фролов. М.: Политиздат, 1991. С.230-247.
2. Пергаменщик Л.А. Психология страдания. *Журнал практического психолога*. 2006. №6. С.119-131
3. Психологическое консультирование кризисных состояний. Методические рекомендации. / Ред. Д. Трунов, Н. Бячкова. Пермь: ОЦПППН, 2004. 36 с.

**Середа Олена Юріївна,**  
кандидатка психологічних наук,  
старша викладачка кафедри  
практичної психології  
Київського університету  
імені Бориса Грінченка  
Інституту людини,  
м. Київ, Україна

## **МЕТОД КАУЗОМЕТРІЇ В ДОСЛІДЖЕННІ ПРОФЕСІЙНОГО САМОВИЗНАЧЕННЯ СТАРШОКЛАСНИКІВ**

**Постановка проблеми.** Підхід дослідників до вивчення різних аспектів проблеми професійного самовизначення особистості молодшої людини залежить від розуміння психологічного змісту самовизначення в теоретичній основі наукового аналізу.

Професійне становлення особистості розглядається як складова частина її загального розвитку, а професійне самовизначення – як форма життєвого, особистісного самовизначення.

Останнім часом вітчизняними вченими активно досліджується особистісний потенціал самореалізації, обумовленість самореалізації цінностями, життєстійкість особистості, визначено технології побудови життєвих перспектив, а також зроблено акцент на творчу самореалізацію у толерантному освітньому просторі.

Всі вчені доходять висновку, що самоактуалізація не можлива без конструктивного ставлення особистості до соціального середовища, світу й до власної персони. Таким чином, очевидною є актуальність і недостатня розробленість проблеми професійного вибору старшокласників, як результату низки взаємопов'язаних подій життя, які формують світогляд та коригують плани на майбутнє.

Адже професійне самовизначення – це досить складне системне утворення, яке складається із багатьох взаємодоповнюючих елементів і не може обмежуватись лише, по суті, психофізіологічними властивостями.

Серед сучасних вітчизняних досліджень не вистачає розгорнутих концепцій, які б розкривали генезу професійних інтересів, схильностей, намірів, власне, професійного вибору і подальшого професійного розвитку особистості. До того ж, на нашу думку, слід спробувати пов'язати, доповнити і скоригувати надбання загальнонавчаних у світовій науці відповідних зарубіжних теорій згідно сучасної ситуації українського суспільства.

**Викладення основного матеріалу.** Більшість теорій професійного розвитку можна класифікувати за п'ятьма основними напрямками: диференційно-діагностичним; психоаналітичним; теорії рішень; типологічним; теорії розвитку.

В теорії розвитку професійне самовизначення розглядається в контексті

онтогенетичного розвитку особистості, як результат взаємовпливів зовнішніх і внутрішніх факторів.

Одним із перших, хто займався цим питанням, був Е. Гінзберг («Теорія компромісу з реальністю»).

Автор розглядав професійний вибір як довготривалий процес, такий, що триває більше десяти років, і містить низку взаємопов'язаних рішень. Закінчується цей процес компромісом між зовнішніми (кон'юнктура, престиж) і внутрішніми факторами (індивідуальні здібності і т.п.).

Д. Сьюпер [6] на основі цієї стадіальної моделі професійного самовизначення створює теорію, в якій були враховані деякі недоліки концепції Е. Гінзберга: невикористання загальнопсихологічних закономірностей, механічне співвіднесення професійних бажань і професійних реалій, недостатність методичного оснащення.

Автор поєднав феноменологічні концепти з диференціальною психологією. Таке поєднання зробило його теорію однією з найпоширеніших за кордоном теорій професійного розвитку. Однак, Д. Сьюпер наділяє «Я-концепцію» формальними характеристиками, що не дозволяє зробити операціоналізацію цього поняття достатньою для експериментального дослідження, і тим паче для діагностики.

З аналізу теорій різних вчених, які досліджували професійний вибір особистості, розуміємо, що професійне самовизначення – це не тільки вибір професійної діяльності на основі власних потреб, інтересів, здібностей, системи цінностей. Це одна із форм активності особистості, де вона виступає суб'єктом власної життєдіяльності.

Таким чином, для глибокого розуміння професійного самовизначення старшокласників, нам необхідні емпіричні дані, компактні оперативні «профілі» психологічного часу у якості передумови професійного самовизначення. А отже, отримати схему подій професійного визначення у часовому вимірі. У цьому полягає цінність дослідження методом каузометрії – причинно-цільового аналізу подій у вимірі психологічного часу особистості.

Вперше метод каузометрії проведений і описаний у книзі «Психологічний час особистості» Е. І. Головахою та О. О. Кроніком [2].

Він дозволить схематично зобразити життєву подію на координатній осі, початком якої є перші думки старшокласника про те, ким він хотів би стати, кінцем – планування майбутніх подій професійного життя, а посередині – ті події, які старшокласник вважає найважливішими факторами впливу на його вибір професії.

У відносинах «причина-наслідок» попередні події детермінують наступні, а у відносинах «засіб-мета» останні події є детермінантою попередніх, таким чином, ми не лише виділяємо зміст зовнішніх чинників, а й визначаємо ті з них, що стали визначальними для реальності особистості старшокласника.

Використовуючи метод каузограми отримуємо такі дані:

–Перелік компонентів «зовнішнього» впливу на професійне визначення



старшокласника, ранжоване за ступенем впливу на «внутрішню» реальність особистості.

–Структуру процесу професійного визначення старшокласників через аналіз причинних та цільових зв'язків між компонентами.

–Схематично представлений статус хронологічного минулого, теперішнього, майбутнього у часовій структурі складової події професійного визначення старшокласника.

–Порівняльний аналіз схем часової структури складової події професійного визначення у старшокласників з гармонійним чи конфліктним професійним вибором.

Для визначення каузальних подій професійного самовизначення старшокласників, нами проведене каузометричне дослідження.

Метод дослідження суб'єктивної оцінки життєвого шляху і психологічного часу особистості, проводився нами серед 206 старшокласників київських загальноосвітніх шкіл і ліцеїв. Було побудовано каузоматриці для старшокласників, які змінили вибір професії (67%), та тих, які подають документи на омріяну спеціальність (33%).

Старшокласникам було запропоновано визначитись, до якої сфери можливо віднести кожну з наведених ним подій. Із запропонованих нами, старшокласники обрали вісім сфер приналежності подій, провідне місце серед яких займають вияв власних здібностей, наслідування та вияв самосвідомості (18,99%, 18,21% та 17,23% відповідно), соціально-політичний клімат, стереотипи (11,52%, 11,13%), економічний статус, цінності, мода (8,95%, 7,96%, 6,01%).

Важливо підкреслити, що ми дослідили неоднозначність впливу тих самих подій у різних причинно-наслідкових зв'язках і можемо зробити висновок, що без каузометричного дослідження результати не можуть бути вірно інтерпретовані. Так, наприклад, один і той самий чинник наслідування впливає як на старшокласників, які не змінюють, так і на старшокласників, які змінюють рішення щодо вибору професії на користь тої, яка не подобається. Але в першому варіанті наслідування пов'язане з самосвідомістю, а у другому із соціально-політичним кліматом.

Так само, коли самосвідомість тісно пов'язана з економічною ситуацією, іншими словами, старшокласник усвідомлює фінансову неможливість здобутку обраної спеціальності, він шукає можливу для себе, але дотичну до здібностей.

#### **Висновки.**

Професійне самовизначення старшокласників - це довготривалий процес інтеграції в професійний світ, який базується на потребі реалізувати особистісні прагнення в соціальних реаліях і містить низку взаємопов'язаних рішень.

Старшокласники, відповідно до вікових особливостей і соціальної ситуації, перебувають на стадії оптації і формують вибір професії під впливом соціально-психологічних чинників. У контексті феноменологічної теорії, теоретичних ідей каузального аналізу життєвого досвіду професійне самовизначення доцільно розглядати як внутрішні психологічні умови, які опосередковують зовнішні

соціальні впливи на поведінку особистості.

Дослідження впливу оточення на професійне самовизначення старшокласників має амбівалентний характер. Той самий вид впливу може мати як конструктивний, так і деструктивний характер наслідків.

Отже, доцільно вивчати не принципову різницю між техніками взаємодії старшокласника з оточенням, а те, як той самий чинник призводить до зміни вибору професії.

#### **Список використаних джерел**

1. Володарська Н. Д. Технології активізації процесу самодетермінації розвитку особистості: діалогово-феноменологічний підхід. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ-Житомир: Вид-во ЖДУ імені І. Франка, 2017. Т. VI. Вип. 13. С. 32–38.

2. Головаха Е. И., Кроник А. А. Психологическое время личности. 2-е изд., испр. и дополн. Москва: Смысл, 2008. 267 с.

3. Пенькова О. І. Ціннісні аспекти самореалізації особистості. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ-Житомир: Вид-во ЖДУ імені І. Франка, 2018. Т. VI. Вип. 14. С. 201–207.

4. Chykhantsova O. Features of Demonstration of Hardiness' Components of Personality. Science and Education, a New Dimension. Pedagogy and Psychology. 2018. № VI (65). Is 155. P. 58-60. Budapest. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/710360/> (дата звернення: 29.03.2020)

5. Maksymenko S., Serdiuk L. Psychological Potential of Personal Self-realization. Social Welfare: Interdisciplinary Approach. 2016. № 6 (1). P. 92–100. URL: <http://dx.doi.org/10.21277/sw.v1i6.244>. (дата звернення: 28.04.2020)

6. Super, D. E. (1954). Career patterns as a basis for vocational counseling. Journal of Counseling Psychology. № 1, P.12–20.

**Сєдова Наталія Анатоліївна,**  
кандидатка психологічних наук,  
старша викладачка кафедри  
права та соціально-економічних відносин  
Центральноукраїнського інституту  
розвитку людини, Університету «Україна»,  
м. Київ, Україна

### **ЕМОЦІЙНЕ ВИГОРАННЯ У ВИКЛАДАЧІВ ВНЗ: СПОСОБИ ВИЯВЛЕННЯ ТА ПОПЕРЕДЖЕННЯ**

**Постановка проблеми.** На сучасному етапі розвитку вищої професійної освіти для викладачів освітніх організацій актуальною проблемою є збереження професійного здоров'я, оскільки динамічні зміни в цій сфері та умови праці, що різко ускладнюються, призводять до негативного їх впливу на психологічний і фізичний стан.

Серед факторів, що негативно позначаються на особу викладача вишу, необхідно відзначити зростаючі вимоги до рівня професіоналізму та якості професійної діяльності, що поряд з відсутністю адекватного зростання винагороди провокує зниження трудової мотивації. Зниження трудової мотивації залежить від низки факторів, таких як вік, стаж, посада, індивідуальні цінності та професійні цілі [4, с. 93-94].

Емоційне вигоряння – це синдром, що визнаний результатом хронічного стресу на робочому місці, який не був успішно подоланий. Він характеризується низкою ознак: відчуттям мотиваційного чи фізичного виснаження; наростаючим психічним дистанціюванням від професійних обов'язків та/або почуттям негативізму або навіть цинізму стосовно професійних обов'язків; зниженням працездатності [4, с. 111].

Аналіз публікацій, присвячених дослідженню даної проблематики показав, що до теперішнього часу розроблено та активно застосовуються різні методики діагностики вигоряння. Серед найбільш популярних опитувальників «Професійне вигоряння» (ПВ) російськомовна версія Н. Водоп'янова, Є. Старченкова, опитувальник «Емоційне вигоряння» за В. Бойком, методика «Оцінка професійної спрямованості особистості вчителя» Є. Рогова.

Проте, дані методики спрямовані переважно на виявлення психологічного становища і якостей, тоді як емоційне вигоряння відбивається і фізичному, і соціальному стані. Саме тому в практиці виявлення вигоряння також використовуються соціологічні опитування як метод, що дозволяє оцінити думку та ставлення респондентів до проблеми та шляхів її вирішення.

**Викладення основного матеріалу.** Дослідження проводилося за допомогою анкетування професорсько-викладацького складу двох вишів міста Кропивницького. Вибірка включала викладачів усіх посад (професори, доценти, старші викладачі, завідувачі кафедр), при цьому 73% з них жінки, 27% –

чоловіки, що відповідає типовій ґендерній структурі кадрового складу вузів. Вік респондентів різний: від 31 до 40 років – 24%, від 41 до 50 років – 42%, від 51 до 60 років – 26% і по 4% до 30 років і понад 60 років.

Участь в опитуванні взяли здебільшого респонденти з педагогічним стажем від 16 до 30 років (65%), тобто які мають значний досвід професійної діяльності та можливість займати експертну позицію з обговорюваного питання.

Проведене анкетування будувалося на принципі випадкового відбору з дотриманням основних вимог: репрезентативності, типовості та об'єктивності.

**Основні результати.** Результати анкетування показали, що під емоційним вигорянням 76,5% розуміють професійний синдром працівників деяких професій, пов'язаних з інтенсивним спілкуванням з людьми, тобто в цілому респонденти правильно сприймають цей феномен, хоча обмежують його переважно однією характеристикою.

79,4% опитаних вважають проблему емоційного вигоряння у викладачів вишів дуже актуальною, з них 26,5% опитаних спостерігали у колег регулярний прояв психосоматичних захворювань. Відсутність вигоряння відзначили лише 14,6%. Однак отримані дані не корелюють з відповіддю на наступне питання, оскільки більше половини опитаних (58,8%) вважають, що до емоційного вигоряння схильні всі співробітники вищих навчальних закладів.

Респондентам було запропоновано оцінити по 5-бальній шкалі частоту прояву у себе та колег низки симптомів емоційного вигоряння таких, як відчуття постійної втоми, емоційного та фізичного виснаження, астенизація (слабкість, зниження активності та енергії), головний біль, зниження імунітету, часті застуди безсоння, загальмованість, зниження сенсорної чутливості, конфліктність, депресія, дратівливість та негативні відносини з оточуючими та ін. Аналіз результатів показав, що найчастіше (58,8%) відмічені такі насторожуючі прояви як конфліктність, негативні взаємини, депресії та дратівливість. Як періодичні прояви відмічені головний біль, відчуття постійної втоми та виснаження.

Викликають інтерес оцінки у прояві симптомів щодо себе та щодо колег: самостійно діагностують прояв регулярних ознак та симптомів – 70,6% респондентів, 17,6% – сумніваються, що рідкісні прояви схожих симптомів відносяться до вигоряння та 11,8% – фіксують відсутність виявів. Щодо колег, 88,2% респондентів констатують окремі прояви вигоряння і лише 11,8% фіксують відсутність будь-яких проявів.

Тими, хто визнає наявність у себе ознак вигоряння, відзначені як найпоширеніші відчуття постійної втоми навіть після відпочинку; зниження активності, дратівливість та депресія, а також конфліктність.

Відносно думки про причини виникнення вигоряння отримані такі результати: на першому місці виявилися нові постійно введені вимоги до викладачів та їх роботи (76,5% обрали цю причину як основну), на другому місці – оплата праці та на третьому – високе аудиторне навантаження (відповідно 58,8% та 41,2% опитаних). Із запропонованих респондентами варіантів слід

вказати відповіді, що наголошують на низькому рівні підготовки абітурієнтів, який, мабуть, призводить до збільшення складності в роботі з ними. У рамках опитування також з'ясувалася думка респондентів щодо можливих заходів профілактики емоційного вигорання, їх можливого та реального застосування. Аналіз отриманих даних показав, що учасники опитування загалом володіють інформацією про способи попередження емоційного вигорання, але застосовують далеко ще не всі їх.

Отримані результати показали, що за ефективні заходи профілактики емоційного вигорання викладачів вважають ведення здорового способу життя. Таким чином, респонденти розуміють значущість рухової активності, правильного харчування та дотримання режиму роботи та відпочинку на загальний стан здоров'я та професійну працездатність.

Позитивним аспектом є застосування цих заходів у повсякденному житті у 70,5% опитаних. Разом з тим останні дані не корелюють з тим, що у 70,6% опитаних виявляються симптоми вигорання. Очевидно, щодо ведення здорового життя викладачі більшою мірою видають бажане за дійсне. Понад 80% опитаних ефективними заходами вважають активний відпочинок, спілкування з природою та саморозвиток, що загалом близьке до першої позиції у рейтингу заходів щодо змісту та значущості, проте використовують цей захід суттєво менше викладачів.

**Висновки.** Проведене дослідження показало, що емоційному вигоранню як синдрому професійного виснаження, що характеризується різними симптомами та проявами в психологічному, емоційному та фізичному стані, схильні практично всі викладачі вузів, тому що їх професійна діяльність відноситься до групи ризику по даному аспекту через дії багатьох несприятливих факторів. В сучасних умовах ситуація ще більше ускладнюється через різку активізацію таких факторів як високо динамічні зміни в освітньому процесі при одночасно зростаючих вимогах до його якості.

Це зумовлює наукове осмислення проблеми як з теоретико-методологічних позицій, так і вивчення практики вирішення даної проблеми. Теоретико-методологічне дослідження передбачає вивчення та диференціацію феномена емоційного вигорання від подібних станів, а також підбір та розробку методик для виявлення та оцінки ступеня виразності вигорання. Практичне дослідження має бути спрямоване на пошук ефективних способів його попередження та подолання.

#### **Список використаних джерел**

1. Бойко В.В. Энергия эмоций. СПб. : Питер, 2014. 474 с.
2. Борисова Л.Г. Социальное качество профессиональной группы. Новосибирск, 1993. С. 45-55.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2005. 336 с., ил.

4. Голуб О.В. Стрессова стійкість: сутність, теоретичні основи формування. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С.Костюка АПН України / за ред. С.Д. Максименка. Т. VI, Вип. 7. К., 2004. 384 с.

5. Карамушка Л.М. Проблема синдрому «професійного вигорання» в педагогічній діяльності в зарубіжній та вітчизняній психології / за ред. С.Д. Максименка, Л.М. Карамушки. Актуальні проблеми психології. Т. 1.: Соціальна психологія. Психологія управління. Організаційна психологія. К. : Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України, 2012. Ч. 6. С. 210-217.

6. Марковець О.Л. Проблема стресу в професійній діяльності вчителя. Психологія. Збірник наукових праць. НПУ імені М.П. Драгоманова. Вип. 14. 2011. 420 с.

**Синишина Вікторія Михайлівна,**  
докторка педагогічних наук,  
доцентка кафедри психології  
державного вищого навчального закладу  
«Ужгородського національного університету»,  
м. Ужгород, Україна

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ВІЙСЬКОВОМУ СЕРЕДОВИЩІ**

**Постановка проблеми.** Для Збройних Сил України та армій інших країн існує тенденція до збільшення кількості самогубств серед військовослужбовців, що займає значиме місце в структурі безповоротних втрат військовослужбовців. Це свідчить, що існує нагальна необхідність вивчення чинників суїцидальних поведінки та пошуку шляхів зниження до мінімуму суїциду серед військових.

**Викладення основного матеріалу.** Слід акцентувати увагу на тому, що якогось єдиного специфічного для суїцидальної поведінки чинника і який досить виразно вказував би на ймовірність виникнення суїциду, виявити до сих пір науковцям не вдалося.

За останніми дослідженнями американських психологів, “сімдесят двох солдатів у штаті Колорадо на питання, чому вони намагалися покінчити життя самогубством, із тридцяти трьох причин, з яких їм довелося обирати, всі комбатанти визнали одну загальну для всіх причину, зокрема, бажання покласти край сильним емоційним переживанням.

Основна проблема полягає в тому, що військові, які роблять спроби самогубства, не хочуть заподіяти собі шкоду настільки, наскільки хочуть припинити біль, який вони переживають. Це справді перше дослідження, яке містить наукові дані, в яких визначено, що головною причиною, чому військові намагаються вбити себе, є нестерпні психологічні страждання і біль.

Згідно з даними Пентагону, кількість самогубств серед військових зросла з 2005 року, оскільки військові вели дві війни одночасно, і цього року може встановитися рекорд, коли у військах вчиняється самогубство з розрахунку одне на день” [5].

Разом з цим важливо розуміти, що одна і та ж пережита людиною ситуація для однієї людини може стати травматичною, що викликає нестерпні суїцидонебезпечні переживання, а для іншої – ні, що залежить від багатьох факторів. Наразі науковці досліджують широкий спектр чинників та факторів виникнення стресових розладів, заслуговує на увагу й підхід тих науковців, які розглядають зовнішній чинник як превалюючий у виникненні травми, наголошуючи на взаємозв'язку інтенсивності бойового досвіду та виникненні психогенній як чинника суїцидальної поведінки.

“Коли хтось служить своїй країні в мирний час чи на війні, ризикуючи своїм здоров'ям, особистими стосунками і навіть своїм життям, він має право жити

довго і продуктивно. На жаль, смерть через самогубство військовослужбовців має тривожно високі показники, це відбувається також серед ветеранів похилого віку, що мають "Ефект Хемінгуея".

У науковому співтоваристві ведуться значні дискусії щодо впливу бойових дій на самогубства військових. Є ті, хто стверджує, що бойові дії пов'язаний із самогубством, тоді як з іншого боку є ті, хто стверджує, що між боєм і самогубством немає зв'язку, самогубство пояснюється станом психічного здоров'я. Але науковці, які притримуються цих протилежних думок одностайно стверджують, що бойові дії несуть значні ризики для психологічного здоров'я військовослужбовців.

Зокрема, вищі показники як ПТСР, так і депресії спостерігаються у військовослужбовців, які пройшли бойові дії порівняно з тими, хто не приймав участі у безпосередніх бойових подіях" [4].

Американські експерти зі стресу С. Гремлінг і С. Ауербах відзначають: «Якщо в ситуації закладене щось, що є, на вашу думку, потенційною загрозою для вашої гідності або фізіологічного благополуччя, то ви, зіштовхнувшись з цією ситуацією, напевно відчуваєте тривогу і стрес» [3].

Важливим у цьому твердженні є саме те, що тривога і стрес детермінуються не ситуаційними, зовнішніми чинниками, наприклад, бойовим досвідом, а перш за все, ставленням суб'єкта до ситуації.

За даними вітчизняних та зарубіжних науковців, на характер стресу, відтак і суїцидальності, впливають також і особистісні чинники:

1. Генетична схильність. Реакції людини на 30 % визначаються генами, отриманими від батьків.

2. Ранній дитячий досвід. Психотравмуючі переживання перших семи років життя дитини ускладнюють перебіг стресових реакцій у дорослому житті.

3. Характер людини. Дратівливі, песимістичні люди більш піддаються стресові, а відкриті, доброзичливі люди, навпаки, є більш емоційно стійкими та відповідно стійкими до стресу. Вони легше переборюють стрес і живуть довше [2].

Хміляр О. Ф. у власних наукових дослідженнях ключові позиції у виникненні травматичного стресу віддає на користь інтенсивності зовнішніх чинників, і вказує на те, що інтенсивність стресогенного впливу в ситуаціях, пов'язаних із загрозою існування людини, буває настільки великою, що її індивідуально-типологічні властивості не відіграють ключової ролі в генезі ПТСР, при цьому він (ПТСР) не залежать від того, які конкретні травматичні події слугували причиною психологічних і психосоматичних порушень.

Головним є те, що ці події носили екстремальний характер, виходили за межі звичних переживань людини й викликали інтенсивний страх (жах) за своє життя породжуючи почуття безпорадності [1].

Нами було проведено дослідження за діагностичними методиками «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду» та «Шкала оцінки впливу травматичної події» на базі однієї з військових частин, де респондентами



виступили комбатанти у кількості 46 осіб, які виконували свій військовий обов'язок у зоні АТО; вік досліджуваних – від 25 до 53 років, бойовий досвід від 6 місяців – до 2,4 років.

Виходячи із отриманих результатів дослідження, ми прийшли до висновку, що практично біля 80% всіх комбатантів, які брали участь у дослідженні, не мають жодних ознак посттравматичного стресового розладу, вони добре адаптовані до діяльності в екстремальних ситуаціях під час проходження служби у зоні АТО.

Також на основі дослідження ми визначили, що наявність бойового досвіду та стресогенних ситуацій, пов'язаних з ним, не є основним фактором виникнення посттравматичного стресового розладу у комбатантів. Тобто ті комбатанти, які мали легкий та середній ступінь інтенсивності бойового досвіду, також проявляли деяку симптоматику ПТСР і навпаки, ті, які мали високий ступінь інтенсивності бойового досвіду, не завжди мали прояви ПТСР.

**Висновки.** Аналіз наукової літератури та результатів нашого дослідження показав, що, ймовірно, превалююче значення у формуванні ПТСР в порівнянні з ситуаційними чинниками (інтенсивність бойового досвіду) можуть мати й інші фактори.

Як підтвердив теоретичний аналіз наукових досліджень, посттравматичний стрес як психічний стан та чинник суїцидальної поведінки є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. Це питання ще потребує подальших досліджень.

Тому перспективою подальших досліджень може стати вивчення особистісних особливостей комбатантів (характер, темперамент, інтелект тощо) та їх вплив на розвиток ПТСР як чинника суїцидальної поведінки.

#### **Список використаних джерел**

1. Хміляр О.Ф., Зубовський Д.С. Посттравматичний стресовий розлад: особливості діагностики та проявів у учасників антитерористичної операції. Технології розвитку інтелекту. 2016. Т.2. Вип. 3. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri\\_2016\\_2\\_3\\_6](http://nbuv.gov.ua/UJRN/tri_2016_2_3_6) (дата звернення: 8.09.2021)

2. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: монографія. Харків: Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.

3. Abouserie R. Stress, coping strategies, and job satisfaction in university academic staff. Educational Psychology. 1996. Vol.16. P. 49–56.

4. Amy Novotney. Stopping military and veteran suicides. URL: <https://www.apa.org/monitor/2020/01/ce-corner-suicide> (дата звернення: 27.10.2021).

5. Study reveals top reason behind soldiers' suicides. URL: <https://msrc.fsu.edu/news/study-reveals-top-reason-behind-soldiers-suicides> (дата звернення: 27.10.2021).

*Смірнова Тетяна Миколаївна,  
офіцерка групи морально-  
психологічного забезпечення  
Головного управління Військової  
служби правопорядку Збройних Сил України,  
м. Київ, Україна*

## **НОВІ ВИКЛИКИ ДЛЯ ВІЙСЬКОВОЇ ПСИХОЛОГІЇ У СУЧАСНОМУ УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ**

Суспільні умови у нашій державі характеризуються швидкоплинністю, напруженістю та нестабільністю. Зокрема, це спричинено пандемією коронавірусної хвороби, яка поставила глобальний виклик людству щодо протидії розповсюдженню захворювання, на фоні триваючої збройної агресії Російської Федерації проти України, яка вже восьмий рік поспіль є визначальним стресогенним фактором для усього українського суспільства.

Успішність виконання бойових завдань безпосередньо залежить від людського фактору. У нинішніх умовах важливо, щоб зброя та техніка на фронті знаходилися у руках професійних українських військових, які можуть забезпечити впровадження бойового досвіду.

На противагу процесу зміцнення бойових військових колективів, формування військового прошарку українського суспільства зі своєю субкультурою, розвиваються і негативні тенденції. Зокрема, конкурентність професії військовослужбовця недостатня для якісного поповнення рядів однострою. Професійно-психологічний відбір не здатний у нинішніх умовах забезпечити стабільно якісну складову українського війська.

Девіантні форми поведінки через певний проміжок часу проявляються у значної частки новобранців, які вже мають підписані військові контракти та базову підготовку. Якщо у військовослужбовця виявляється алкогольна або наркотична залежність, такі факти фіксуються через судову систему і військовослужбовець підлягає звільненню. Проте інші форми девіацій, зокрема агресивна, ризикова поведінка, ігromанія, суїцидальна поведінка, боргові та інші труднощі, проявляються невідразу і зазвичай набувають розголосу з настанням наслідків. З метою підвищення якості військового персоналу перед підписанням військового контракту необхідно встановити випробувальний термін, під час якого вивчити особистість у позаштатних ситуаціях, тренінгах стресостійкості. Впродовж цього терміну командир прийме рішення щодо подальшого продовження служби.

Інший аспект цієї проблеми стосується проблематики українського суспільства, зокрема широкому поширенню девіацій. Виховання в українській сім'ї все частіше замінюється цифровими приладами та відсутністю адекватної комунікації. Відсутність режиму праці, обмежень та викликів, легка доступність задовольень, пасивний спосіб життя дітей гальмують розвиток здорової

соціально активної особистості. У таких умовах розвитку в період дорослішання дитини може відбутися “втеча від свободи” [1].

В основі цього процесу – механізм конверсії, який згідно думки З.Фрейда, дає змогу витісненому внутрішньому психічному напруженню знайти вихід через тілесні симптоми [2] або через поведінкові прояви (гру, наркотики, паління, залежності в стосунках тощо). Період дорослішання може закінчитися і благополучно, якщо молода людина знаходить життєвий сенс та починає цілеспрямовано будувати своє життя.

Однією з форм “втечі від свободи” може бути і вибір військового шляху, адже перебування в системі дає людям з ненадійною прив’язаністю необхідний порядок та структуру, якого не вистачало, а військове братерство – необхідне відчуття прийняття та емоційної прив’язаності. Попередні психологічні травми у сприятливих умовах можуть повністю вирішуватися, а процес психологічної адаптації буде у таких військовослужбовців проходити вдало. Однак, у більшій кількості випадків психологічна травма у військовослужбовця буде загострюватися, а умови служби, навпаки, здаватимуться йому нестерпними. Соціальна самотність у колективі, який його не сприймає, посилиться, а феномен жертви, який формується через ранні патерни соціальної поведінки, не сприятиме пошукам шляхів виходу з проблемної ситуації. Дженей Уайнхолд описала цю поведінку як співзалежність [3]. Всі ці процеси сприятимуть розвитку девіантних форм поведінки. Так, за даними досліджень Р.Такизава, у жертв булінгу значно частіше виражена проблема залежностей, депресій, нервових зривів та суїциду [4].

Підвищення рівня усвідомленості причин деструктивної поведінки, власних емоцій та психологічних процесів важливий шлях виходу з подібних ситуацій, однак за умови мотивації до таких дій. Широка психологічна просвіта також набуває ваги, адже перший крок до подолання проблеми – її визнання та висловлення. Один з викликів травматерапії у майбутньому – превентивний, а саме запобігти психологічному травмуванню нових поколінь в сім’ях та соціальних групах. Це важлива складова у профілактиці девіантних та деліквентних форм поведінки та їх шкідливих наслідків. Подолання цих викликів прогнозовано спричинить довготривалий позитивний вплив, як на все українське суспільство, так і на особовий склад Збройних Сил України.

#### **Список використаних джерел**

1. Фромм Е. Втеча від свободи: Х., Клуб сімейного дозвілля, 2019 – 228 с.
2. Фрейд З. О психоаналізі. Пять лекцій. Лекція 1.
3. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости – М.:Класс, 2002 – 224 с.
4. Takizawa R., Maughan B. Adult Health Outcomes of Childhood Bullying Victimization: Evidence from a 5-decade Longitudinal British Birth Cohort., American Journal of Psychiatry July 2014 Vol.171, No.7, p.777-784.

**Солодчук Світлана Євгеніївна,**  
молодша наукова співробітниця  
лабораторії загальної психології та  
історії психології імені В. А. Роменця  
Інституту психології  
імені Г. С. Костюка НАПН України,  
м. Київ, Україна

### **ОСОБЛИВОСТІ СПІЛКУВАННЯ ПСИХОЛОГА З КЛІЄНТОМ У КРИЗОВІЙ СИТУАЦІЇ**

Людина у кризовій ситуації (природні лиха, техногенні катастрофи, різні види насильства, смерть близької людини, розлучення та ін.) особливо потребує професійної допомоги.

Одним з видів такої допомоги є кризове консультування – різновид психологічного консультування, де предметом терапевтичної роботи є клієнт у стані кризи. Наслідки кризи можуть бути різними: від зниження загальної життєвої активності до загрози соціальної дезадаптації, суїциду, нервово-психічного розладу.

Звичайно, кризове консультування має свою специфіку, пов'язану з тим, що клієнт знаходиться в стані сильної емоційної напруги. Відповідно до цього стану, можна умовно виділити два етапи кризової психологічної допомоги:

1) короткострокове кризове консультування — здійснюється у гострій фазі кризової ситуації й спрямоване на первинну допомогу, яка б запобігла глибокій регресії людини; контакт з клієнтом може бути разовим;

2) тривале психологічне консультування — робота після виведення людини з гострого кризового стану, спрямована на те, щоб допомогти клієнту віднайти внутрішні ресурси, що дозволяють пережити ситуацію.

Особливістю короткострокового кризового консультування є те, що тут відсутній орієнтир на добровільне звернення клієнта за допомогою.

Оскільки людина в перші миті після кризової ситуації надзвичайно сприйнятлива до впливу, то психологу важливо якнайшвидше здійснити *кризову інтервенцію*, дотримуючись наступних принципів [1]:

1) емпатія (або співпереживання) – найважливіша умова кризової допомоги, бо із встановлення емпатичного контакту починається кризове втручання;

2) невідкладність – кризове втручання характеризується терміновістю;

3) активність психолога – психолог повинен проявляти максимальну активність у встановленні контакту з людиною, що переживає кризу, щоб якомога швидше оцінити ситуацію й розробити план дій;

4) обмеження цілей: найближча мета кризової інтервенції – запобігання катастрофічним наслідкам; основна мета – навчити користуватися адаптивними способами подолання кризи й відновлення психічної рівноваги;

5) підтримка – психолог у першу чергу забезпечує клієнтові підтримку;

6) сфокусованість на основній проблемі – кризове втручання повинне бути досить структурованим, щоб допомогти зосередитися на основній проблемі, що призвела до кризи;

7) повага – людина, що переживає кризу, сприймається психологом як знаюча, незалежна, здатна зробити самостійний вибір.

Отже, інтервенція покликана забезпечити негайну емоційну підтримку клієнту, прояснити ситуацію та надати керівництво з переживання кризової події.

Зазначені вище принципи кризової інтервенції визначають організацію спілкування у процесі психологічної допомоги. Особливістю комунікативної взаємодії у гострій фазі кризового консультування є те, що контакт психолога з клієнтом є одностороннім.

Клієнт може перебувати у стані психологічного шоку та бути не в змозі встановлювати відносини із зовнішнім світом. У таких ситуаціях завдання психолога полягає в тому, щоб виявити максимальну активність і надати клієнту підтримуючу терапію (забезпечити безпеку, почуття турботи та захищеності).

Особливої ваги у кризовому консультуванні набуває емпатія. Низка дослідників визначають її як найважливішу умову кризового консультування [1; 2; 3]. К. Р. Роджерс описує емпатію як найпотужніший психотерапевтичний засіб, що сприяє встановленню терапевтичного контакту, та повертає навіть найбільш безпорадним клієнтам відчуття безпеки та підтримки [3].

Загальна стратегія кризової допомоги може бути побудована за типом навчання стратегії розв'язання проблем. Спілкування психолога з клієнтом вибудовується за типом директив – фраз психолога, висловлених прямо: що робити клієнтові, що йому говорити, як діяти в тих чи інших ситуаціях; це вказівка на виконання певних дій чи конкретних завдань. Вибір такої комунікативної моделі зумовлений очікуваннями клієнта (він, як правило, у кризовій ситуації потребує авторитарної моделі взаємодії «дитина–батько»). Однак незважаючи на певну домінантність психолога у кризовому консультуванні, його позиція по відношенню до клієнта завжди буде суб'єкт-суб'єктною: він приймає клієнта як людину, здатну змінити свою життєву ситуацію і відноситься до нього як до рівноправного суб'єкта взаємодії.

Наступним етапом кризового консультування після завершення гострої фази кризової ситуації у роботі психолога стає тривале консультування. Це робота після виведення людини з гострого кризового стану, спрямована на те, щоб допомогти людині знайти внутрішні ресурси, що дозволяють пережити ситуацію, і перебудувати спосіб життя; ця робота є більш тривалою.

Важливу роль на цьому етапі у комунікативній взаємодії психолога і клієнта відіграє слухання, яке дозволяє встановити довіру між його учасниками та стимулює активність клієнта.

Пасивне, або нерелексивне, слухання – це мовчання, але не просте, а «уважне», коли вся увага консультанта спрямована на клієнта (Роджерс К. Р. та

ін) [3]. Залежно від ситуації консультант може виражати розуміння, підтримку або схвалення короткими фразами або вигуками (угу, так, звичайно і т. п.), кивком голови та іншими невербальними засобами (жестами, мімікою, поглядом). Пасивні прийоми слухання найбільше підходять до напружених ситуацій. Люди, які переживають життєву кризу, хочуть виговоритися і цим звільнити внутрішній простір для приходу нового. Коли ж це завдання вирішено, клієнт вже прагне вирішити свою проблему і тоді вже потрібні більш активні прийоми слухання.

Активне (рефлексивне) слухання допомагає зрозуміти, що стоїть за тим чи іншим висловом людини. Коли психолог слухає людину активно, він займається аналізом її турбот, почуттів. Прийоми активного (рефлексивного) слухання, які можна використати на цьому етапі роботи з клієнтом у важкій життєвій ситуації: з'ясування, перефразування, відображення почуттів ("емпатичне слухання"), резюмування тощо [3].

На цьому етапі комунікативної взаємодії психолог поступово переводить клієнта в іншу, більш ресурсну діалогічну модель, де провідними є суб'єкт-суб'єктні відносини. Це дозволить клієнту прийняти відповідальність за себе і своє життя, поступово засвоїти нові моделі поведінки.

Таким чином, спілкування психолога у кризовому консультуванні має наступні особливості.

По-перше, спілкування є засобом, способом організації і оптимізації процесу консультування. Організоване специфічним чином спілкування психолога і клієнта, а не психотерапевтична техніка є основою успішної психологічної допомоги у кризовій ситуації.

По-друге, комунікативна взаємодія в гострій фазі кризового консультування передбачає високий рівень активності консультанта та його домінуючу позицію.

По-третє, особливої ваги у кризовому консультуванні набуває емпатія, яка допомагає зняти емоційну напругу та забезпечує підтримку клієнту.

По-четверте, спілкування психолога-консультанта і клієнта після завершення гострої фази кризового консультування переходить на рівень діалогічної взаємодії та характеризується рівністю позицій учасників, готовністю прийняти точку зору іншої сторони, і передбачає ставлення до іншої людини як до неповторної індивідуальності.

Перспективи подальших досліджень можуть бути пов'язані з оптимізацією спілкування психолога у кризовому консультуванні.

### **Список використаних джерел**

1. Кризова психологія : навч. посіб. / ред. О. В. Тімченка. Х., 2010. 401 с.
2. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / ред. З. Г. Кісарчук. К.: ТОВ "Видавництво "Логос", 2015. 207 с.
3. Роджерс К. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в психологической практике. М., 2015 г. 198 с.

*Спіцина Лариса Валеріївна,  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри психології  
Запорізького національного університету,  
м. Запоріжжя, Україна*

## **ГРУПОВА Й ОРГАНІЗАЦІЙНА СУПЕРВІЗІЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ: ІНТЕГРАТИВНИЙ ПІДХІД**

Актуальність питань, пов'язаних з вибором напрямків проведення групової та організаційної супервізії, обумовлюється складністю, системністю та багаторівневістю завдань, які вирішуються у супервізії. Саме це зумовлює чисельність теоретичних пошуків і практичних розвідок щодо моделей і підходів, які можуть давати ефективні результати і кращі рішення в практиці їх застосування в груповій та організаційній супервізії.

Також часто затребуваною в роботі з кейсами, або навіть — «фонову темою» всього процесу групової супервізії, стає профілактика емоційного вигорання учасників груп. І це не випадково, оскільки однією з найскладніших проблем, з якою стикаються в своїй роботі психолог консультант, психотерапевт, соціальний працівник, менеджер є робочий стрес та загроза професійного вигорання.

Це й зумовлює пошук оптимального підходу в груповій та організаційній супервізії, що зможе давати ефективні результати і кращі рішення в практиці їх застосування у вирішенні багатьох завдань супервізії, в тому числі, в профілактиці емоційного вигорання.

Останні два десятиліття, на погляд авторки, з'явилося багато аргументів щодо доцільності застосування інтегративного підходу в груповій та організаційній супервізії, що дозволяє охопити максимально широке коло можливих питань та завдань, які постають перед супервізором.

До того ж, практика використання інтегративного підходу в супервізії стає все більш поширеною, на що вказує низка авторів (Kadushin, A., 1993, Kulakov S.A., 2004, Hawkins, P., Shohet, R., 2002, Williams A., 2001).

Провідним інтегративний підхід часто стає також в роботі з профілактики і запобігання емоційного вигорання, яка актуалізується в практиці пропрацювання кейсів учасників супервізійних груп. Причому це може бути проблемою як психолога або менеджера «зі стажем», так і початківця, якщо йдеться про умови з ризиком робочого стресу або напруженої діяльності.

Відповідно, різноманітні прояви цієї проблеми можуть бути запитами на супервізійну роботу (Fineman, 1985; Ховкинс, Шохет, 2002; Спіцина 2021).

Дослідники групової супервізії відмічають в якості одного з перших питань, які практично вирішуються в супервізійній профілактиці вигорання, аналіз і вибір стратегій, які дозволяють супервізору регулювати прояви почуття тривоги у учасників (Kadushin, 1978; Hawthorne, 1975).

Також є роботи, в яких аналізуються подібні стратегії, або механізми, які автори (Argyris and Schon, 1978) називають «програмами професійного захисту».

Важливе місце також відводиться аналізу механізмів управління своїми станами, які допоможуть учасникам супервізійних груп бути менш вразливими (Fineman, 1985; Hawkins, P., Shohet, R., 2002).

Файнмен (Fineman, 1985) запропонував просту і дієву модель, показавши, як особливості роботи і характеристики організації, в якій фахівець працює, можуть бути джерелом стресу, і як важливо для фахівця отримувати достатньо підтримки від колег.

Зумовлено це тим, що стрес і професійне вигорання починають розвиватися у випадку, коли він отримує від своїх клієнтів, пацієнтів, співробітників, більше занепокоєння, переживань і труднощів, ніж може «переварити», й опиняється перевантаженим цим.

Супервізійна підтримка в цьому випадку стає незамінним засобом подолання негативного впливу стресових чинників і попередження емоційного вигорання.

Підтримка дає можливість усвідомити важливість для фахівця не тільки своєї системи соціально-професійного оточення, свого вкладу і частини своєї відповідальності за неї, а й активного реагування на стресори в робочому і позаробочому житті.

Усвідомлюючи свою відповідальність за те, щоб помічати, коли наші системи перевантажені, реагуючи на симптоми стресу, а не ігноруючи їх, ми отримуємо важелі для того, щоб регулювати свої стани й попереджати емоційне вигорання (Спіцина, 2021). Результатом теоретичного аналізу і нашої практичної супервізійної роботи стала систематизація та практична апробація основних принципів інтегративного підходу у проведенні групової супервізії, до яких можемо віднести:

1. принцип цілісності в роботі з проблемною ситуацією супервізанта;
2. системність, що передбачає рефлексію предмету супервізії у сукупності його взаємозв'язків;
3. практичну орієнтованість, спрямованість процесу на усвідомлення та рефлексію з метою вирішення проблемної ситуації;
4. багаторівневість, що дає можливість використання різних моделей ієрархічної організації поведінки та діяльності, у тому числі семивимірну модель супервізії (Ховкінс, Шохет, 2002);
5. принцип інтерсуб'єктивної взаємодії, який означає, що предметом супервізійного процесу завжди є, насамперед, безпосередня взаємодія супервізора та супервізанта;
6. стратегічна та методична гнучкість, що дає можливість переміщення фокусу уваги у роботі з певним кейсом, і кожним етапом супервізії, «під завдання»;



7. стратегічний конструктивізм, побудований на пошуку оптимального для ситуації рішення.

**Висновки:** У реалізації принципів інтегративного підходу в практиці групової супервізії, в тому числі в профілактиці емоційного вигорання, важливими умовами, що визначають успішність його застосування, є теоретична та методична компетентність, а також здатність до їх поєднання у супервізора, гнучке використання свого професійного стилю та компетенцій, професійне управління комунікацією з супервізантом та групою.

#### **Список використаних джерел**

1. Kadushin, A. (1993). What's wrong, what's right, with social work supervision. *The Clinical Supervisor*, 10, 3-19.
2. Spitsyna, L. (2021). The socio-psychological features of supervision groups for novice psychologists. *Psychological journal*, 7 (4), 38-48. <https://doi.org/10.31108/1.2021.7.4.4> [in Ukrainian]
3. Ховкинс П., Шохет Р. (2002). Супервизия. Индивидуальный, групповой и организационный подходы. Спб: Речь.

**Тавровецька Наталія Іванівна,**  
кандидатка психологічних наук, доцентка,  
доцентка кафедри психології  
Херсонського державного університету,  
м. Херсон, Україна

## **КРИЗА ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ: ЇЇ ЧИННИКИ**

*Постановка проблеми.* В останні десятиріччя у науковій літературі психологічного, медичного, соціального та іншого спрямувань не вщухає обговорення та емпіричне дослідження проблеми «burnout diseases» — вигорання на робочому місці, емоційне, фізичне, когнітивне та інше.

Вигорання як феномен, охоплює психічні та фізичні розлади, пов'язані з впливом факторів підвищення вимог до ефективного фахівця, до поза нормованого робочого дня, тижня, з зростанням вимог економічно розвитку країни.

Всесвітня організація охорони здоров'я віднесла професійний стрес до найсучасніших та найбільш стрімко зростаючих хвороб XXI століття [5]. Отже можемо сказати, що цей вид вигорання досяг розмірів глобальної епідемії та спостерігається в будь-якій професії світу. Доцільно розглядати вигорання на робочому місці як чинник та результат професійної кризи особистості.

*Викладення основного матеріалу.* Автором терміну «вигорання» називають американського психіатра Г. Фрейденберга. Автор у 1974 році опублікував статтю під назвою «Staff burn-out», де надає аналіз роботи волонтерів по наданню безкоштовної медичної допомоги.

Автор зазначає, що всі волонтери через деякий час скаржились на стан деморалізації, так зване «вигорання», відчували, що вони виснажені через надмірні старти енергії, сил, міцності й ресурсів [1].

Такий опис свого психологічного стану Г. Фрейденберг пояснив напруженим графіком праці та відсутністю вдячності за свій безкоштовний труд.

Праці автора можна вважати початком масштабних досліджень вигорання у професії. Але найбільш вагомий внесок у змістовне наповнення та емпіричне дослідження цього поняття здійснила Х. Маслач. Дослідниця присвятила майже 40 років вивченню вигорання на роботі, що спричиняє професійну кризу особистості.

Результатом її праці є виокремлені ставлення та стани, що характеризують «вигорілого» працівника. Все це стало підґрунтям для розроблення у 1981 році інструменту для оцінки вигорання MBI «Maslach Burnout Inventory».

Вигорання представлене як 3-х-компонентний конструкт: емоційне виснаження: відчуття фрустрації та стресу від своєї роботи психічної втоми, емоційної спустошеності; знеособлення – «деперсоналізація»: усвідомлення того, що робота робить людину байдужою до оточуючих, емоційно черствою та жорсткою; редукції особистих досягнень: домінування низької самооцінки

власної ефективності, тенденція негативно оцінювати результати власної роботи [2; 3].

В працях останніх десятиліть «вигорання» використовується для опису виникнення кризи професійного розвитку, конфлікту між людиною та її роботою.

Етапність виникнення професійної кризи має наступну послідовність: фахівець очікує реалізації від своєї професійної діяльності, відмічає у себе позитивне налаштування, мотивацію до звершень та кар'єрного зростання.

Через певний час працівник починає виснаженість, настає етап розчарувань в колишніх ідеалах, планах, мріях, демонструє прагнення відгородитись від своєї роботи, дистанціюється від колег. Такий стан погіршує особисте та суспільне функціонування особистості.

На цьому етапі багато осіб залишають роботу внаслідок вигорання, але є й ті, хто залишаються працювати у стані професійної кризи, які незадоволені собою, роботою, ситуацією та своїм ставленням до світу, але не бажають кардинальних змін.

Відомо, що вигорання є результатом складного балансу чинників, тобто безліч стресорів безперервно діють на людину в різних сферах її життєдіяльності, на які індивід реагує адаптивно.

Такий перебіг є позитивним та сприятливим у професійному розвитку. Але якщо зовнішні вимоги переважають над ресурсами людини, такий стан призводить до руйнівних наслідків, формує професійну кризу та виникає дезадаптація, яка з часом закріплюється і призводить до вигорання.

Найвідомішою етапністю виникнення професійного вигорання є розроблена Х.Маслач та її колегами «модель невідповідності», яка містить шість сфер:

1. Виникнення невідповідності між працівником та його ресурсами (коли до працівника висувають підвищені вимоги як до фахівця певної сфери, що перебільшує його можливості);

2. Виникнення невідповідності між самостійністю працівника, прийняттям на себе відповідальності за власну діяльність та політикою керівництва щодо організації роботи та активності працівника, яка є жорстко регламентованою;

3. Виникнення невідповідності між очкуваннями особистості та результатом роботи (відсутність винагород, як підтвердження його наполегливо праці);

4. Виникнення невідповідності між особистістю працівника та позитивних відносин з колективом (відсутність підтримки однодумців та формалізація соціальних контактів);

5. Виникнення невідповідності у етичному кодексі фахівця та вимогами у професії (фахівець вимушений працювати з викривленими результатами, фактами, тощо);

6. Виникнення невідповідності між власним уявленням справедливості у професійній діяльності та справедливості з точки зору роботодавця [4].

*Висновки.* Професійне вигорання є феномен зі складною структурою та етапністю виникнення, яке розгортається під час професійного становлення та реалізації особистості. Криза професійного вигорання виникає у результаті професійного регресу особистості, призводить до професійної деструкції та позначається на якості роботи фахівця, на його емоційного та фізичному здоров'ї.

#### **Список використаних джерел**

1. Freudenberger H. J. Executive Burnout: Lecture Delivered at The Harvard Business Club. NY : Burnout Global. 1981. URL: <https://burnoutglobal.com/the-author>
2. Leiter M., Maslach C. Areas of Worklife: A Structured Approach to Organizational Predictors of Job Burnout. Chapter in Research in Occupational Stress and Well Being. 2004. DOI: 10.1016/S1479-3555(03)03003-8
3. Maslach, C., Jackson, S. E. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior, 1981. Vol. 2. P. 99-113. DOI: 10.1002/job.4030020205
4. Maslach, C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job burnout. Annual Review of Psychology. 2001. Vol. 52 P.397-422.
5. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1992.

*Терещук Ангеліна Дмитрівна,  
кандидатка психологічних наук,  
провідна наукова співробітниця  
лабораторії загальної психології та  
історії психології ім. В.А. Роменця,  
Інституту психології  
імені Г.С. Костюка НАПН України,  
м. Київ, Україна*

## **НАСЛІДКИ ВПЛИВУ ПАНДЕМІЇ НА ПСИХОЕМОЦІЙНЕ ЗДОРОВ'Я**

Сучасний світ наповнений прискореним темпом життя, невизначеністю, новинами про пандемію та її наслідки, процесами глобалізації і діджиталізації, нескінченними інформаційними потоками та вимогами до сучасної людини бути успішною. Світ занадто вразливий перед глобальними викликами, з якими ми зіштовхуємося. Цю вразливість добре продемонструвала пандемія, її швидкі наслідки не можуть не відобразитися на психічному стані та здоров'ї людей. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає здоров'я в цілому не лише як відсутність хвороби і фізичних дефектів, але як гармонію фізичного, духовного і соціального благополуччя. А психічне здоров'я – як стан благополуччя, в якому людина здатна реалізувати свій творчий хист, протистояти тяготам життя і робити внесок в розвиток суспільства [1]. «Стан здоров'я характеризується стабільністю процесу внутрішнього гомеостазу (підтримання життєвої біохімічної рівноваги) і зовнішнім пристосуванням до постійно мінливих умов навколишнього середовища» (Фріц Перлз) [3]. Тобто, людина може чітко розуміти, що вона в даний момент хоче визначати свої потреби і вибирати спосіб їх задоволення, а потім задовольняти їх. У цьому випадку можна говорити про організмичну саморегуляцію: людина здатна найкращим чином подбати про себе в наявних умовах.

Безумовно, пандемія COVID-19 має суттєвий вплив не лише на фізичне, але й соціальне та психічне благополуччя населення. «Психічне здоров'я лежить в основі людської природи. Але вірус, що викликає COVID-19, підриває не лише наше фізичне здоров'я, а й посилює психологічні страждання. Психічні проблеми, в тому числі емоційні розлади, є одними з найбільших причин страждань в нашому світі та є однією з найактуальніших проблем сьогодення. На тлі десятиліть ігнорування і недостатнього інвестування в охорону психічного здоров'я поточна пандемія COVID-19 лягає на плечі сімей і громад додатковим тягарем нервово-психічного стресу» (Генеральний Секретар ООН Антоніу Гутерріш) [2]. По завершенню біологічної проблеми в майбутньому ми очікуємо збільшення психічних розладів та зростання соціальних проблем: 1) Біологічні чинники: COVID-19 патогенетично полісистемне захворювання з ураженням центральної нервової системи; постковідні розлади включають психопатологічні прояви (когнітивні, емоційні, астеничні, розлади адаптації та поведінки, адикції, ПТСР). Пандемія може спричинити за собою хвилю неврологічних проблем у всього

населення Землі. З поширенням вірусної пандемії зростає кількість осіб, які відчули на собі тягар довготривалих наслідків для здоров'я після одужання. Понад 50% осіб, які вилікувалися від COVID-19, страждають від постійної втоми, тривоги та депресії, незалежно від важкості перебігу хвороби (ESCMID, 2020). При цьому відмічаються й афективні розлади, що виникають у вигляді відчуття страху, тривоги, зниження настрою, побоювання за своє майбутнє. 2) Соціально-психологічні чинники: наслідки соціальних обмежень, ізоляції, соціальної несправедливості, втрата роботи, різке обмеження комунікацій, нігілізм та песимізм, соціальна тривога. Обмеження, запровадженні через коронавірусну хворобу, призвели до помітного збільшення психічних розладів серед населення. Відчуття самотності та незахищеності є стресовою реакцією високосоціалізованого виду (людини). Соціальна ізоляція підвищує рівень маркерів запалення і, як наслідок, ризик виникнення багатьох захворювань. Страх перед ускладненнями захворювання, вимушена ізоляція й невпевненість у майбутньому спричиняють тривожні, депресивні та стресові розлади. Звідси порушення сну, емоцій, психосоматичних розладів, зменшення якості життя та його тривалості.

Наслідки пандемії для психічного здоров'я особистості: 1) Ізоляція – це стрес для психіки, мабуть більший, ніж ми раніше могли собі уявити. Людина погано реагує на примус і чекає неупередженого переконання. В ізоляції її мозок входить в режим «самозахисту» – оцінка зовнішнього соціуму як ворожого, агресивного та небезпечного. Спрацьовує нейронний сценарій «самозахисту», а значить знижується розуміння інших людей, а поведінка набуває імпульсивного характеру. 2) Після пандемії очікуємо ріст депресивних та постресових розладів адикції (алкогольної, залежності від гаджетів). 3) Зростання тривоги, особливо коли поруч багато людей. Тривожні та депресивні особи в анамнезі будуть мати афективні розлади. 4) Безсоння, втома, подразливість та нерішучість. У сновидіннях значно зростатимуть емоції страху, злості, безпорадності, тривоги, переслідування. 5) Погіршення концентрації уваги, що тягне за собою порушення інших когнітивних функцій, в тому числі гнозис та відтворення інформації. 6) Ми ще більше перемістимося в віртуальний простір, у тому числі в телемедицину, дистанційне консультування, фахову освіту.

**Висновки.** Страх перед ускладненнями коронавірусної інфекції, інформаційний стрес, вимушена соціальна ізоляція, обмеження та невпевненість мають психотравматичний вплив та спричиняють негативні психологічні реакції й психогенні розлади. Очікується, що поширеність емоційних розладів зросте в період після пандемії в результаті її довгострокових наслідків і обмежувальних заходів. Навіть коли пандемію буде подолано, горе, неспокій і депресія продовжуватимуть позначатися на людях і соціальних групах.

#### Список використаних джерел

1. <https://www.who.int.ru>
2. <http://amnu.gov.ua/do-vseshivnogo-dnya-psyhichnogo-zdorov-ya/>
3. [http://psih.pp.ua/05695\\_1\\_глава\\_5\\_](http://psih.pp.ua/05695_1_глава_5_)

**Тітова Катерина Валеріївна,**  
магістриня психології,  
випускниця аспірантури факультету психології  
Київського національного університету  
імені Тараса Шевченка,  
співробітниця Інституту соціальної  
та політичної психології НАПН України,

**Савінов Володимир Вікторович,**  
магістр соціальної педагогіки,  
молодший науковий співробітник  
лабораторії соціальної психології особистості  
Інституту соціальної та політичної  
психології НАПН України,  
керівник секції гештальт-терапії  
Київської філії ВГО “Українська спілка психотерапевтів”,  
м. Київ, Україна

### **ТРАНСФОРМАЦІЯ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРАХУ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ**

Пандемія COVID-19 імплементувала у повсякденні форми нашої взаємодії нові формати, і в першу чергу, віртуальний. Навіть ті, хто ніколи раніше не користувався онлайн-засобами спілкування, змушені були оволодіти ними під час карантину і продовжують це робити, незважаючи на те, що ситуація з обмеженнями постійно змінюється. Коли звичайне та професійне спілкування перейшло до онлайн-простору, воно набуло іншого значення, це не просто відстань чи технічний засіб між людьми, а вже цілком новий, інший формат, що має свою специфіку. Така дистанційна взаємодія приховує і звичайні страхи, які виникають внаслідок прийдешніх змін у трансформованому, незвичному для нас вигляді. Звісно, що страх є природним явищем, адже ми намагаємося захистити себе від того, що порушує усталеність нашої буденності, незалежно від його позитивного або негативного значення. В реальному середовищі ми розуміємо свою збентеженість і навіть можемо опанувати переживання страху, але як допомогти собі в ситуації онлайн-спілкування, яке стає на заваді власним буденним звичкам? Як страхи, що до цього дня були невідомі, інтегрувати в наш буденний світ або адаптуватися до них? Що відбувається з особистісними страхами в таких умовах? Розглянемо специфіку деяких з них в умовах дистанційної взаємодії.

**Страх власної некомпетентності, невдачі.** Більшість людей вправніше орієнтуються у віртуальному просторі, у інших напроти – може виникнути невтішне побоювання зазнати невдачі в освоєнні інноваційних технологій щодо онлайн-режиму. Таке переживання може взагалі змусити людину відмовитись

від будь-яких спроб щось опанувати. Таку поведінку з наукової точки зору прийнято називати “медіабезпорадністю”. Вона базується на усвідомленні дефіциту ресурсів, це “певний стан неготовності до самостійного виконання діяльності”, реалізації власних задумів, небажання звертатися по допомогу (Найдьонова, 2008, с. 11). Раніше медіабезпорадність була поширеною під час повсюдного впровадження комп’ютерів, а зараз ми маємо схожу ситуацію через обов’язковий швидкий доступ до інтернету, оволодіння певними програмами, що дозволяють залишатися на зв’язку і контактувати з іншими, уміння організовувати та проводити групові відеоконференції тощо.

**Страх втрати образу себе або страх оцінки.** Виникає в результаті “емоційної загрози” внутрішньому “я” (Щербатих, 2011, с. 97). В цьому випадку для того, щоб захистити себе, людина за допомогою соціально прийнятної зовнішньої поведінкової моделі ніби ховається. Мається на увазі, що поведінка, яка відображає особистісні особливості людини та її психологічний стан не відповідають внутрішній справжності, дійсним переживанням (неконгруентність). Цей страх виникає насамперед тоді, коли домінує контроль над собою, і все це робиться заради привернення позитивної уваги оточуючих. У випадку негативної уваги виникають страждання, відчуття напруження і безпорадності, коли її застають ніби зненацька. Наприклад, під час очної зустрічі або публічного виступу в необмеженому просторі, особа може контролювати себе, триматися в образі, завдяки якому, вдало співіснує з іншими і підпорядковується правилам групи, їхнім етичним нормам тощо. В той же час, адаптація до умов онлайн-простору стає досить болісною, через те, що наприклад, під час онлайн-відеоконференцій інші начебто втручаються у твій власний світ (вигляд квартири, співмешканців, домашніх тварин та ін.). Це стає перешкодою для вільного самопочуття, ніби змушує тримати все в благополучному “ідеальному” стані для інших. Щоб сховатися і відчувати себе в безпеці люди ставлять камери так, щоб було видно тільки частину обличчя або взагалі стелю. Звісно, втрата образу себе перед іншими – неприємне переживання. Але як стосовно довірливого і тендітного ставлення один до одного?

**Страх бути непочутим або незрозумілим.** В онлайн-середовищі під час зустрічі деякі учасники процесу можуть не відчувати залученості до процесу, випадати з нього, відчувати ігнорування з боку інших. Це відбувається внаслідок обмеженості зорового контакту, втрати відчуття фізичної присутності (депривації) іншого. Здається, що нічого не відбувається, але в той же час втрачається колективний настрій, який сприяє мотивації до спільної роботи. Дійсно, “на відміну від очного спілкування, тут немає безпосереднього зворотного зв’язку” (Дистанційне навчання, 2012, с. 161). Таким чином, начебто руйнується “колективна інтуїція” (Амонашвілі, 1991, с. 41) – можливість, яка відкриває, відчуває кожного в його “об’ємі”. Тому доводиться постійно технічно перевіряти наявність слухачів. Чи не втратили вони інтерес до теми? А якщо втратили, то чому? У реальності це відбувається досить швидко, а в онлайні



доводиться докладати зусиль, щоб підтримувати присутність, залученість кожного (Тітова, 2021, с. 24).

**Страх відповідальності.** Живий простір – це реальний світ, що не обмежується технічними засобами і вимагає більшої зосередженості на кожному учаснику процесу, тоді як в онлайні ми маємо певні обмеження, які нас стримують у виразності, роблячи взаємодію синтетичною, неприродною, гібридною. В цьому є своя певна “вигода”, яка виявляється в намаганні перенести відповідальність за якість онлайн-роботи, на технічні незручності. Так, вдалим безвідповідальним униканням процесу онлайн-роботи є маніпулювання технічними засобами (вимкнення камери, відсторонення від зв’язку). Насамкінець, таке безвідповідальне відсторонення може свідчити і про зниження мотивації, адже будь-яка онлайн-трансляція важко сприймається без сукупності рухомих зображень, тобто візуального ряду, який повинен бути насиченим, яскравим і пов’язаним єдиним сюжетом, наче фільм [Иофис]. Тому безвідповідальність тут більше виявляється з боку організатора онлайн-зустрічі, а також спікерів, які іноді наївно сподіваються, що їхнє монотонне мовлення буде викликати захоплення і зацікавленість партнерів по віртуальній комунікації. Адже люди звикли сприймати відео більш відсторонено, не так об’ємно і без можливості власного втручання у процес на “великому екрані”. Іншими словами, хоча вже й немає ефекту “прибуваючого потяга”, тобто переляку від змісту на пласкому екрані, але в онлайн-спілкуванні виникає не менш тривожний зміст – необхідність відповіді цьому “потягові” з нашої живої реальності та неосяжна відповідальність за власні впливи на невідомих, невидимих і невідчутних потенційних слухачів.

**Висновки.** Отже, умови дистанційної взаємодії змушують оволодівати новими уміннями та навичками не лише задля організації навчального чи психотерапевтичного процесу, а й для того, щоб свідомо ставитись до власних переживань, мати змогу опанувати їх у будь-якому дистанційному спілкуванні. Необхідно “прислухатися” до власних страхів, оскільки вони стають свідченням змін, до яких треба підготуватися і мати сили не втратити увагу інших, зміст, захоплення від спільної діяльності в будь-якій ситуації. Тобто онлайн-простір вимагає і професійних знань, і врахування усієї його психологічної специфіки. В іншому разі, якщо її ігнорувати, не вкладати ресурс в опанування власних страхів та інших емоцій, краще взагалі відмовитись від дистанційного навчання, психотерапії чи іншого професійного спілкування, яке буде менш ефективним, а також вимушеним, обтяжливим а то й травмуючим для учасників такої взаємодії.

#### **Список використаних джерел**

1. Дистанційне навчання: психологічні засади: монографія / [М. Л. Смульсон, Ю.І. Маш-биць, М.І. Жалдак та ін.]; за ред. М.Л.Смульсон. – Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2012.– 240 с

2. Иофис Е. А. Фильм [Электронный ресурс] // Большая советская энциклопедия. URL: <https://bse.slovaronline.com/47319-FILM>.

3. Как живете, дети? : книга для учителя / Ш. А. Амонашвили. М. : Просвещение, 1991. – 176 с.

4. Найдьонова Л. А. Медіа-безпорадність як ресурсна дезорієнтованість в поствіртуальному світі // Людина в світі інформації : зб. наук. пр. – К. : Вид-во Ін-ту журналістики КНУ імені Тараса Шевченка, 2008. – С. 9–13.

5. Тітова К. В. Медіабезпорадність і невпевненість у собі. Страху в умовах дистанційної роботи // Всеукраїнська газета для психологів, учителів, соціальних педагогів «Психолог». – 2021. – № 9/10. – С. 24–26.

6. Щербатых Ю. В. Избавиться от страха / Юрий Щербатых. – М. : Эксмо, 2011. – 304 с.

**Ткачук Тетяна Леонідівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри психології  
Міжрегіональної Академії  
управління персоналом,

**Міловіч Тетяна Володимирівна,**  
магістрантка  
Міжрегіональної Академії  
управління персоналом,  
м. Київ, Україна

### **ТЕХНІКИ КОУЧИНГУ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ САМОУСВІДОМЛЕННЯ ТА САМОРОЗВИТКУ СТУДЕНТІВ В СИТУАЦІЇ ЛОКДАУНУ**

**Постановка проблеми.** Сьогодні світове суспільство зіткнулося із суттєвими викликами та важкими проблемами, які випробовують його на міцність. Перед науковцями та практиками стають складні завдання, які потребують зваженого підходу для їх вирішення. Сучасні вчені досліджують різні аспекти людського життя в умовах локдауну: особливості психічного здоров'я, а також біологічні аспекти, такі як зміни у харчуванні та умовах буття тощо.

Втім, окрім зазначених аспектів, також важливо досліджувати особливості самосприйняття особистості під час локдауну. Адже в зазначених умовах посилюються відчуття невизначеності, розгубленості особистості. Крім того, важливим було б дослідити, наскільки по-різному люди сприймають ситуацію локдауну, коли вони вимушені перебувати в умовах, які обмежують їхню активність, у порівнянні із звичним способом життя. Особливо це стосується студентів, які можуть втрачати рівновагу та впевненість в завтрашньому дні.

**Викладення основного матеріалу.** Нашою цільовою групою стали студенти заочної та стаціонарної форм навчання Міжрегіональної Академії управління персоналом (м.Київ). Всього в пілотажному дослідженні прийняло участь близько 50-ті досліджуваних. Нами був складений опитувальник, де питання побудовані таким чином, щоб сприяти самодослідженню, перегляду власної системи цінностей, пошуку ресурсів та власного потенціалу в умовах локдауну. Ключовим питанням було «Що ви зрозуміли про себе під час локдауну?» Воно побудовано таким чином, що дозволяє дослідити власний потенціал, досягнення, які стануть підґрунтям для подальшого самовдосконалення студентів. Так, близько 80% респондентів відмітило конструктивні зміни:

- усвідомлення власних ресурсів (наявність сили волі, вміння підтримати інших, бути самостійним тощо);

- усвідомлення потенціалу та важливості власної родини (цінність спільно проведеного часу, підтримка з боку рідних, любов до близьких, до дітей тощо).

Лише близько 10% досліджуваних студентів зазначило деструктивні зміни, такі як зростаюча нервозність, фрустрація та розгубленість через обмеження, з якими довелось зіштовхнутися.

Для запобігання поширення вищезазначених несприятливих тенденцій психічного стану важливо піднімати питання створення умов для розкриття потенціалу особистості, пошуку ресурсу, розвитку навиків самодопомоги та саморозвитку. З цією метою доцільним є використання технік коучингу. Міжнародна Федерація Коучингу позиціонує цей процес, насамперед, як креативне партнерство між коучем та клієнтом, як мистецтво задавати питання. Завдання коучингу – спрямувати увагу людини на її ресурс, можливості, потенціал, особливо у ситуації невизначеності, неуспішності у досягненні тієї або іншої мети. Так, при невдачах та фрустрації особистості доцільними будуть питання:

- Що тягне Вас назад?
- Що або хто може допомогти Вам знайти вихід із ситуації?
- Який маленький крок можна зробити вже сьогодні, який допоможе Вам рухатися далі?
- Виходячи із отриманого досвіду, що Ви б порекомендували себе у майбутньому?

Представлені питання допомагають студенту усвідомити власні неконструктивні дії та рішення, брати на себе відповідальність за втілення тих або інших ідей, а також знаходити підґрунтя для подальшого розвитку, коли не бачать виходу із складної ситуації тут і тепер.

**Висновки.** Підводячи підсумок, відмітимо, що застосування коучингових технік не лише допомагає особистості у просуванні до власної мети, а й сприяє самоусвідомленню власних ресурсів та можливостей, особливо у ситуації невизначеності та необхідності знайти опору для подальшого особистісного та професійного розвитку.

#### **Список використаних джерел**

1. Коучинг в обучении: практические методы и техники / Э. Парслоу, М. Рэй. – СПб. : Питер, 2003. – 204 с.
2. Офіційний сайт Міжнародної федерації коучингу [Електронний ресурс]. – <http://www.coachfederation.org/about/ethics.aspx>
3. Шевчук С.П., Шевчук О.С. Коучинг як метод навчання студентів в контексті реформування вищої освіти в Україні//Наукові праці. Педагогіка. – Випуск 257. Том 269. – 2016. – С. 62-65.

*Торжевська Наталія Ромуальдівна,  
аспірантка кафедри психології  
Відкритого міжнародного університету  
розвитку людини «Україна»,  
м. Київ, Україна*

## **ПОРУШЕННЯ КАТЕГОРІЇ «ГЕНДЕРНА КОНСТАНТНІСТЬ» В СУЧАСНОМУ СВІТІ ТА ЇЇ НАСЛІДКИ**

**Постановка проблеми:** протягом тривалого часу поняття «гендерна константність» відносилось до фундаментальних в дослідженнях, присвячених статево-рольовій ідентифікації. Однак, протягом останніх десятиліть спостерігаються процеси руйнування бінарної гендерної системи, і, відповідно, потребують перегляду поняття та конструкти, які її склали.

Зміна базових категорій, які формують поняття «гендеру», породжують цілий пласт змін в дослідженні Я-концепції особистості і її проявів, адже зміна категорійного апарату призводить до трансформації всієї теоретичної системи, що і зумовлює актуальність обраної теми дослідження.

**Мета дослідження:** дослідити обґрунтованість підстав зміни поняття «гендерна константа» та можливі наслідки вилучення цієї складової гендерної ідентичності.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Тисячоліттями бінарна гендерна система, як спосіб суспільного устрою, при якому стать і гендер поділяються на дві окремі та протилежні категорії (чоловіків та жінок), була пануючою. Однак останніми десятиліттями активно розвивається гендерний лібералізм і стать перетворюється на набір фізіологічних особливостей, які більше не є підставою для психосоціальних та культурних відмінностей. В свою чергу гендер розглядається як результат самопізнання, соціальної і культурної ідентифікації індивідом себе у світі. [4]

Подальше віддалення поняття «стать» і «гендер» супроводжується руйнуванням зв'язків між цими поняттями, втратою залежності між ними, появою десятків небінарних гендерних ідентичностей, відмінності між якими часто важко ідентифікувати.

В цьому контексті зміні і руйнації піддаються безліч конструктів, зокрема і «гендерна константність».

Поняття «гендерна константність» використовується в ряді наукових досліджень, присвячених вивченню гендеру, як один з ключових етапів статево-рольового самоусвідомлення.

Так, Ш. Берн, аналізуючи стадії розвитку статево-рольової ідентичності, виділяв:

1. гендерну ідентифікацію – етап, на якому дитина співвідносить себе з певною статтю;

2. ґендерну константність – стадію усвідомлення, що стать є незмінною і прийняття цієї константи;

3. диференційоване наслідування – тобто початок стадії копіювання поведінки людей тієї статі, з якою відбулась ідентифікація;

4. ґендерну саморегуляцію – етап розвитку самоконтролю над поведінкою з використанням певної системи санкцій по відношенню до себе. [2]

Існування цих етапів є взаємозалежним, адже видалення хоча б одного елементу веде до руйнування всієї системи: в разі якщо стадія усвідомлення незмінності статі зникає, стадія ґендерної саморегуляції, з відповідними санкціями, стає неможливою.

Дослідники теорії когнітивного розвитку Дж. Сметана і К. Летурно вважають інформацію, яку отримує дитина від дорослого про норми статево-рольової поведінки, головною при усвідомленні дитиною своєї статі і її незворотності. Саме ґендерна константність зумовлює у дітей потребу у формуванні соціальних контактів для збору інформації про поведінку, яка відповідає їх статі. [3]

Руйнування константності ґендеру, в рамках теорії когнітивного розвитку, призводить до фрустрації при виборі моделі ґендерного наслідування і до трансформації пізнавального боку процесу ідентифікації.

Система, при якій дитина спочатку дізнається що значить бути жінкою або чоловіком, потім визначає хто вона, а далі намагається відрегулювати свою поведінку з отриманими уявленнями, руйнується.

Статева диференціація і типізація є наслідком ґендерно-схематизованої переробки інформації, яка є похідною від категорій «жіноче» та «чоловіче» і в теорії ґендерних схем С.Бем. Орієнтуючись на поведінку дорослих, дитина сприймає нову інформацію і кодує її у відповідності до заданих ззовні ґендерних схем, обираючи з усіх можливих варіантів поведінки той, який співпадає з її статтю. [1]

Самоідентифікація відбувається в рамках орієнтації на домінуючі культурні уявлення про жіночність і мужність, а також розподіл ролей чоловіка і жінки в суспільстві. Таким чином, регуляція поведінки і самооцінка визначають змістовною складовою ґендерної схеми.

Руйнування цих схем, нівелювання констант призводить до порушення статево-рольової ідентифікації і можливого розвитку порушень психіки, пов'язаних із цим, зокрема до формування ґендерної дисфорії.

**Висновки:** Будь-яка наука потребує періодичного перегляду фундаментальних теорій і перевірки їх життєздатності в сучасних умовах, проведення нових наукових досліджень і апробації їх результатів відповідно до норм і вимог сьогодення. Психофізіологія не є винятком.

Активна увага суспільства до питань ґендеру актуалізує дослідження в цій галузі. Однак, нажаль, огляд наукової літератури і періодики з питань статево-рольової ідентифікації в сучасних умовах, показав, що новітні дослідження ґендеру є досить поверховими і носять описовий характер.

Дослідження третьої статі, трансгендерних і інтерсекс ідентичностей проводяться головним чином в рамках популярної психології і не мають достатнього наукового обґрунтування.

В той же час відмова від традиційних уявлень про ґендер, розвиток постґендеризму як потужного політичного, суспільного і культурного руху змінюють підходи до виховання дітей. Відмова від ґендерної ідентифікації на ранніх етапах розвитку особистості поступово стає нормою в ряді провідних країн світу.

Недостатня теоретична обґрунтованість таких змін таїть в собі величезний руйнівний потенціал, адже стать і ґендер – фундаментальні елементи Я-концепції особистості і зміна підходу до їх формування може мати непередбачувані трагічні наслідки.

Поява великої кількості нових статей, відмінних від жіночої і чоловічої, унеможлиблює процес ідентифікації дитини у зв'язку з надмірним навантаженням і нездатністю усвідомити безліч варіантів альтернативної поведінки.

Важлива стадія прийняття рішення про приналежність до певної стадії гальмує розвиток дитини, затримує настання інших етапів самоусвідомлення.

Трансформація уявлення про чоловічі і жіночі ролі – закономірний і важливий процес розвитку суспільства, однак рішення про впровадження нових способів формування статево-рольової ідентичності і трансформації категорії «ґендерна константність» мають бути більш обґрунтованими, а отже подальші наукові дослідження цих фундаментальних категорій є вкрай актуальними.

#### **Список використаних джерел**

1. Бем С. Линзы ґендера: Трансформация взглядов на проблему неравенства полов / Пер. с англ. /. — М.: Российская политическая энциклопедия, 2004. — 336 с.
2. Берн Ш. Ґендерная психология . - М.: Прайм-Еврознак, 2004. — 320 стр.
3. Матвеева К.С. Ґендерная идентичность как объект социологического исследования // Вестник ТГУ. 2007.- №6. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [cyberleninka.ru/article/n/gendernaya-identichnost-kak-obekt-sotsiologicheskogo-issledovaniya](http://cyberleninka.ru/article/n/gendernaya-identichnost-kak-obekt-sotsiologicheskogo-issledovaniya)
4. Отраднова О. А. Ґендерные изменения в современном российском обществе [Текст] / О.А. Отраднова // Приоритеты и интересы современного общества : материалы Международной научно-практической конференции. – Астрахань, 2010. – С. 416–419.

**Турбан Вікторія Вікторівна,**  
*докторка психологічних наук, професорка,  
завідувачка лабораторією загальної психології  
та історії психології. ім. В.А. Роменця  
Інституту психології  
імені Г. С. Костюка НАПН України,  
м. Київ, Україна*

## **КУЛЬТУРНІ КОНОТАЦІЇ ПСИХОЛОГІЇ ОСОБИСТОСТІ В УКРАЇНІ**

Психологічне пізнання бере початок з осягнення психологією самої себе – власної картини світу і способів рефлексії, котрі й конструюють цю картину світу. Бо цілком очевидно, що спосіб осмислення визначає і висновки, узагальнення та уявлення, котрі будуть результатом мисленнєвої активності. По суті, первинний етап розвитку психології – це рефлексія психологією самої себе.

Очевидним є і те, що така первинна рефлексія вкрай загальна. Кажучи мовою філософії, вона і багата, і бідна водночас, оскільки містить і все, і ніщо водночас. Початкове становлення психології – це, по суті, самоусвідомлення. Кажучи ж більш формально, це є етап теоретико-методологічного самовизначення наукового напрямку. І тільки за цим етапом йде наступний – розкриття психології в пізнанні конкретного предмета. Таке пізнання є лише деталізацією психології як цілісності, явленої самій собі на етапі рефлексії.

Показовий у цьому відношенні розвиток психології в Україні та СРСР загалом. У 20–30-ті роки ХХ століття у працях «групи Виготського» (Л. Виготський, О. Лурія, О. Леонтьєв та ін.), а також «Харківської групи» (П. Гальперін, О. Запорожець, Л. Божович, Ф. Бассін та ін.) головна увага приділялася саме теоретико-методологічним питанням.

З розширенням прикладних досліджень відбувалась і вторинна рецепція праць, в яких були закладені теоретико-методологічні основи цього психологічного напрямку, що згодом отримав назву «культурно-історична психологія». Ця вторинна рецепція теоретико-методологічних праць засвідчила закономірну наявність у них незчисленних «прозрінь», продуктивних гіпотез і теоретичних умовиводів, котрі лише згодом набули підтвердження. Суть проблеми ж полягає в тім, що теоретико-методологічна база дослідження жорстко визначає всі ті результати, які будуть отримані на її основі. Ця ж таки база відсікає інші форми предметнення, а отже й результати дослідження.

Згодом у дослідженнях Т. Куна цей феномен був описаний як парадигмальне мислення, яке завідомо визначає рамки сприйняття й предметнення. Наукові дослідження на основі певної парадигми завжди набувають підтвердження, бо існує сув'язність предметнення, відповідного методу, а отже й отриманого результату. Утім помилково було б стверджувати, що парадигмальне мислення є, умовно кажучи, хибним.



Наукове пізнання, по суті своїй, парадигмальне. Саме тому в науковому пізнанні здобувається лише відносне знання, яке надалі доповнюється й уточнюється, а також часткове знання предмета, що, однак, не применшує його значущості. Латинське поняття *persona* відсилає нас до театральної маски. І тому персона – це представлення, явлення в певному образі. Показово, що слова *persona* і «персонаж» – однокореневі. Російське поняття «личность» – має подібну етимологію, оскільки походить від слова «личина» – маска. Й у цьому випадку ми також маємо справу з частковим проявом – публічним образом. Українське поняття «особистість» має геть іншу етимологію – «осібність», «відособленість», тобто відокремленість людини від інших.

Вочевидь, українське поняття «особистість» точно відобразило розпад сталих соціальних структур і онтологічної вертикалі, виокремлення людини із онтологічної цілісності.

Входження до наукового обігу поняття «особистість» є цілком закономірним. Марксистський базис психологічної теорії, який був створений у 20–30-х роках Харківською групою науковців, визначав акцент на соціальних детермінантах розвитку людини, тобто становлення її «соціальної маски». Психологічне вчення про особистість розгоралося в загальному руслі філософії та культури Модерну.

Окремою віхою в розвитку вчення про особистість є теорія вчинку, запропонована Володимиром Роменцем. Науковець визначив учинок як творчий акт, детермінований значущим сенсом. За Роменцем, особистість втілюється не за посередництва діяльності як такої, а діяльності осмисленої й базованої на сенсі. Так ми можемо бачити, що Роменець, пов'язавши особистісну самоактуалізацію з учинком і сенсом, ставить людину в опозицію до соціальних норм. Бо усталена життєдіяльність не потребує вчинку. Вона розгортається як засвоєння соціальних норм і реалізація їх в діяльності. Така життєдіяльність є індиферентною і до питання сенсу. Адаже знання соціальних норм робить запити про сенс не доцільними. Однак Роменець постулює: по-перше, соціальний конформізм і розвиток особистості – несумісні; по-друге, особистість постає не в процесі соціалізації, а завдяки творчості (створенню небувало), пошуку сенсу, а отже й сумніву в усталених нормах, і вчинку, а останній, за визначенням, є проявом нонконформізму. Цілком очевидно, що психологічна теорія Роменця є суголосною філософії екзистенціалізму.

У XXI столітті розвиток психології в Україні відбувається під впливом «лінгвістичного повороту», постструктуралізму та філософії Постмодерну загалом. Психологія активно засвоює методи дискурс-аналізу й наративного аналізу. До наукового обігу входять постмодерністські поняття – «ідентичність», «роль», «гра» та ін.

Особистість постає детермінованою домінантними дискурсами та соціальними практиками. Відтак психологія деталізує та поглиблює розуміння тих факторів, котрі впливають на становлення особистості.

**Фоменко Тетяна Вікторівна,**  
психологиня Черкаського  
міського центру соціальних служб,  
**науковий керівник:** кандидатка  
психологічних наук, доцентка,  
доцентка кафедри прикладної психології  
Черкаського національного  
Університету імені Б. Хмельницького,  
**Горобець Т. В.,**  
м. Черкаси, Україна

### ОСОБЛИВОСТІ СНОВИДІНЬ У ПРОЦЕСІ ПЕРЕЖИВАННЯ ГОРЯ

Протягом життя людина неминуче стикається з важкими втратами, біль від втрат називається горем. Попри спроби науковців класифікувати стадії горювання, цей процес у кожної людини має свою тривалість та феноменологію. Питання сну, в контексті переживання втрати, можна розглядати в двох площинах: як маркер переживання стресових подій, горя при його порушенні та цінний терапевтичний інструмент. Метою нашої роботи є здійснити теоретичний аналіз особливостей сновидінь при переживанні нормального та ускладненого горя. Під горем ми розуміємо інтенсивний емоційний стан, що супроводжує втрату когось (або чогось), з ким (або з чим) у людини був глибокий емоційний зв'язок [4]. Класик психоаналізу З. Фрейд у своїй роботі «Печаль та меланхолія» [5] вважав, що основна функція печалі по втраті у тому, щоб «забрати» психічну енергію від втраченого об'єкта. У цей час об'єкт продовжує існувати психічно, а після її завершення Его стає вільним від прив'язаності і може спрямовувати енергію, що вивільнилася, на інші об'єкти. Таким чином завершується «робота горя», людина приймає факт втрати і повертається до нормального сприйняття життя. На противагу, розглядають патологічну форму проживання втрати – ускладнене горювання. Неможливо запропонувати єдину всеохоплюючу дефініцію цього терміну, адже він досі є дискусійним. Ми у своїй роботі звернемося до думки О. М. Моховикова [3], який визначає кілька форм ускладненого синдрому втрати: хронічне горе; конфліктне (перебільшене) горе; пригнічене (масковане) горе; несподіване горе; відставлене горе; відсутнє горе. Узагальнимо, що ускладнене горе, на думку вченого, виникає, якщо його переживання «сповільнюється, зупиняється, і виникають складнощі з інтеграцією втрати та набуттям нового досвіду» [3, с.98]. Відомо, що люди, які переживають втрату можуть бачити померлого уві сні. Наш практичний досвід консультувань засвідчує, що при пробудженні від такого сну клієнти могли перебувати в різних емоційних станах, в залежності від контексту самого сну: відчувати полегшення, легке хвилювання, скорботу, страх, тривогу, збентеження. Цікавою для нас є концепція сновидінь в класичному психоаналізі, де сні розглядаються як символічний прояв

несвідомих, витіснених бажань індивіда і головною метою цього напрямку є інтерпретація символіки сновидінь з метою допомоги клієнтам зрозуміти причини їх симптомів та мотиваційних конфліктів.

Виходячи з важливості змісту несвідомого, який можуть нести сни, американський вчений Вільям Ворден наводить приклади сновидінь відповідно до тих чи інших задач, які проходить людина у процесі горювання. Коротко розглянемо їх зміст. Дж. Вільяма Ворден [2] запропонував розглядати горювання як послідовне вирішення задач. При нормальному перебігу горя, людина вирішує задачі, схожі із завданнями дитини, в міру її дорослішання та відокремлення від матері. **Задача 1.** Прийняття реальності втрати. Коли хтось помирає, навіть якщо смерть була передбачуваною, може виникнути думка, що цього не сталося. Вмикається так звана пошукова поведінка – спрямована на відновлення зв'язку, на продовження спілкування із втраченим об'єктом. У нормі ця активність має змінитись визнанням факту втрати. **Задача 2.** Переживання болю від втрати. Біль, як фізичний, так і емоційний, є невід'ємним компонентом роботи горя, що має пройти людина. Заперечення завдання проживання та переробки горя, уникнення його призводить до оніміння, продовжуючи процес горювання. **Задача 3.** Пристосуватися до світу без померлого. Існують три напрями, якими має йти адаптація після смерті близької людини. Є зовнішнє пристосування, тобто те, як смерть впливає на повсякденне функціонування у світі; внутрішнє пристосування, або те, як смерть впливає на уявлення про себе, і духовне пристосування, або як смерть впливає на переконання, цінності та уявлення про світ. **Задача 4.** Зберегти зв'язок із померлим, будуючи нове життя. Завданням консультанта стає допомога людині не в тому, щоб відмовитися від відносин з померлим, а в тому, щоб знайти для померлого відповідне місце в емоційному житті. Таке місце, яке б дозволило людині продовжувати повноцінно жити в цьому світі. Тримаючись за колишні відносини так, що вони перешкоджають виникненню нових, людина таким чином чинить опір рішенню четвертої задачі. На думку В. Вордена [2] сновидіння людей, які переживають втрату часто йдуть паралельно процесу горювання і відображають те, з чим клієнт бореться зараз. Одна із стратегій консультування – пов'язувати сновидіння із завданнями горювання. Люди часто бачать уві сні, що померлий живий, тільки для того, щоб, прокинувшись, переконатися, що він помер і не прийде. Такі сновидіння можна розглядати як боротьбу за виконання першого завдання горювання: усвідомлення реальності втрати. Сновидіння також можуть перевизначити взаємини із померлим.

Дослідження сновидінь показують, що вони можуть допомогти інтегрувати неприємні переживання. Це стосується другого завдання горювання: дозволити, щоб почуття були опрацьовані. Почуття провини, гніву та тривоги – це поширені переживання після втрати, але вони бувають такими інтенсивними, що можуть порушити функціонування людини. Тому сни, де несвідоме торкається цих почуттів, може стати натяком для свідомого та розв'язати внутрішній конфлікт. Травматична смерть може спричинити значний

негативний афект, про що свідчать раптові спогади травматичного досвіду та надмірне збудження. Сновидіння можуть допомогти людині інтегрувати ці афекти травми, оскільки часом це не вдається здійснити у стані неспання. Пристосування до світу без померлого (Задача 3.) може поставити безліч проблем, що вимагають вирішення. Нерідко тому, хто пережив втрату сниться, що померлий повертається, щоб запропонувати пораду щодо вирішення конкретної проблеми. Така порада, отримана «звідти», може допомогти знизити тривогу і підштовхнути до можливих рішень. Надання сенсу втраті – також важлива частина Задачі 3. і сновидіння можуть бути корисними для горючого для того, щоб знайти сенс у втраті.

Як продовжувати жити без померлого – це проблема багатьох тих, хто бореться за виконання Задачі 4. І часом партнер приходить уві сні, щоб «благословити» на нові відносини. Оскільки горювання – це процес, людина може «застрягти» на будь-якому етапі. Людей, що переживають ускладнене горювання, дослідники В. Волкан, Е. Зінтл називають «вічно скорботні» і наводять такі закономірності сновидінь: протягом усього життя вони бачать ті сні, які зазвичай швидко йдуть при неускладненому горі. Такі сні мають три загальні смислові лінії. Перша відображає відчуття нерухомості і неживі сцени, які змінюють одна одну. Друга категорія снів прямо відображає ілюзію того, що втрата може бути усунена. Ці сновидіння пробуджують відчуття, що хтось, оголошений мертвим, насправді живий. Вони також відображають суперечливість горючого: він хоче, щоб померлий був мертвим і з'явилася можливість завершити процес горя, але померла людина продовжує жити. Третій тип снів малює втрачену людину в небезпеці або що вона бореться за своє життя. Сон може закінчуватися до завершення операції з порятунку [1, с. 86-87]. Тобто такі сні не сприяють вивільненню енергії для побудови нового життя. Отже, сновидіння можуть бути корисним інструментом не тільки для того, щоб показати, де саме людина зупинилася в процесі виконання задач горя, а й для того, щоб ідентифікувати, що може спричинити це «застрягання».

#### Список використаних джерел

1. Волкан В., Зінтл Э. Жизнь после утраты : Психология горевания : пер. с англ. 2-е стереотип изд. Москва : Когито-Центр, 2014. 160 с.
2. Ворден В. Консультирование и терапия горя. Пособие для специалистов в области психического здоров'я. Москва : Центр психологического консультирования и психотерапии, 2020. 329 с.
3. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование : 2-е издание, переработанное и дополненное / под редакцией и с предисловием доктора медицинских наук В.Е. Кагана. Москва : Смысл, 2001. 494 с.
4. Оксфордский толковый словарь по психологии : в 2-х т. / под ред. А. Ребера : пер. с англ. Е. Ю. Чеботарева. Москва : Вече АСТ, 2003. Т.1. 592 с.
5. Фрейд З. Печаль и меланхолия : Психология эмоций : тексты / под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. Москва : Изд-во Моск. ун-та, 1984. 232 с.

*Фугело Оксана Олексіївна,  
офіцер-психологія батальйону охорони  
Військової частини А4239,  
м. Хмельницький, Україна*

### **ДЕКОМПРЕСІЯ, ЯК ОСНОВНА ФОРМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІД ЧАС ВІДНОВЛЕННЯ БОЙОВОЇ ГОТОВНОСТІ**

У період розвитку та реформування Збройних Сил України є актуальною проблема збереження працездатності та реабілітації військовослужбовців після повернення із зони проведення антитерористичної операції та зони операцій об'єднаних сил.

Майже кожен військовослужбовець, який повертається із зони бойових дій потребує реабілітації або хоча б одного із взаємопов'язаних видів реабілітації: медичну, фізичну, психологічну, соціальну, професійну, виробничу тощо.

Заходи психологічної реабілітації передбачають у першу чергу проведення реабілітаційних заходів, які спрямовані на корекцію психоемоційного стану, реадaptaцію військовослужбовців, їх становлення в соціальному житті, осмислення досвіду отриманого в екстремальній ситуації та застосування його в житті.

Головним спеціальними завдання психологічної реабілітації військовослужбовців є діагностика наявності, виду та рівня психологічного розладу військовослужбовців – у першу чергу та відновлення психологічної сумісності військовослужбовців у складі підрозділів, екіпажів.

Першим етапом психологічної реабілітації військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій є проведення декомпресії.

Основними елементами декомпресії є: психологічне діагностування; психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості; соціальна реадaptaція.

Психологічне діагностування (скринінг) – оцінка актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців.

Метою проведення психологічного діагностування є вивчення потреб військовослужбовців, уточнення форм та методів проведення подальшої декомпресії. Скринінг здійснюється за методиками визначеними у нормативно-правових документах.

Психологічне обстеження військовослужбовців на початковому етапі реабілітаційних заходів одне із найважливіших заходів, оскільки допомагає здійснити швидкий контроль за змінами в емоційній сфері, відповідними нормами психічного розвитку військовослужбовців необхідних для раннього виявлення можливих відхилень чи прояву посттравматичних реакцій.

Додатково спираючись на результати скринінгу офіцер-психолог (психолог) здійснює аналіз виявлених порушень, виділяє первинні та вторинні симптоми, розробляє індивідуальні заходи корекції й профілактики окремих сторін психологічного розвитку військовослужбовців.

Наступним етапом психологічної декомпресії є — психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості – комплекс психологічних та психофізіологічних заходів, спрямованих на гармонізацію психоемоційного стану, зняття перевтоми, зняття негативних наслідків впливу психогенних факторів.

Психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості військовослужбовців включає в себе комплекс групових та індивідуальних методів роботи. Найпопулярнішими вправами для роботи з військовослужбовцями на даному етапі реабілітації є: вправи для релаксації, вправи на м'язову релаксацію та дихальні вправи.

Під час такого етапу психологічної декомпресії окрім рекомендованих вправ є важливим для військовослужбовців брати участь у психоедукаційних заняттях (просвіті), які формують розуміння закономірностей функціонування людської психіки. Військовослужбовцям слід наголошувати на таких поняттях, як «стрес», «психологічне розвантаження», «реадаптація» та інших.

Також військовослужбовців познайомлять з техніками, які вони можуть використовувати у процесі саморегуляції та формування стресостійкості, наприклад, аутогенне тренування чи методи арт-терапії. У процесі відновлення психологічної безпеки особистості військовослужбовців також є важливим відпрацювання групових вправ з пошуку ресурсів та створення «безпечного місця», «безпечних людей» тощо. Ще одним із дієвих методів на етапі психоемоційного та психофізіологічного розвантаження є метод тілесно-орієнтованої терапії.

Головна ціль такого методу для військовослужбовців це вивчення свого тіла, усвідомлення тілесних відчуттів, потреб та бажань у різних тілесних станах, а також навчання реалістичних способів вирішення таких проблем.

Третім етапом психологічної декомпресії є соціальна реабілітація. Соціальна реабілітація – процес пристосування соціально-психічних потреб військовослужбовців після виконання завдань за призначенням (бойових завдань) до повсякденних умов життєдіяльності.

Він охоплює комплекс питань їх моральної, психологічної, практичної підготовки до життя в суспільстві, відновлення соціальних ролей, усунення або нейтралізації негативних чинників, що перешкоджають поверненню до існування в умовах не пов'язаних з ризиком для життя.

Заходи, що проводяться в цьому випадку, охоплюють:

- спеціальний період життєдіяльності частин і підрозділів, своєрідний «психологічний карантин» («психологічну дезінфекцію»);
- створення реабілітуючого середовища навколо учасників бойових дій в сім'ї, підрозділі, частині;

• виявлення військовослужбовців із симптомами посттравматичного стресового розладу і проведення з ними заходів психологічної реабілітації.

Отже, цілями та метою психологічної декомпресії є збереження та відновлення ресурсів військовослужбовців, психологічна стійкість після виконання завдань за призначенням у бойових та екстремальних умовах, що супроводжується та негативно підкріплюється постійною фізичною втомою, стресом та психологічним навантаженням.

### **Список використаних джерел**

1. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. доктора педагогічних наук: 13.00.05. Хмельницький, Тернопіль. 2018. 559 с.

2. Наказ Міністерства оборони України від 11.12.2019 №629 «Про внесення змін до наказу Міністерства оборони України від 09.12.2015 №702» (Положення про психологічну реабілітацію). Режим доступу: <https://dovidnykmpz.info/psycho/nakaz-ministerstva-oborony-ukrainy-vid-11-12-2019-629-pro-vnesennia-zmin-do-nakazu-ministerstva-oborony-ukrainy-vid-09-12-2015-702-polozhennia-pro-psykholohichnu-reabilitatsiiu/>

3. Наказ Міністерства оборони України від 27 грудня 2018 року №462 «Про затвердження Інструкції з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України». Режим доступу: <https://dovidnykmpz.info/wp-content/uploads/2018/12/Nakaz-HSH-462-27.12.2018-Dekompresiiia-Instruktsiia.pdf>

**Фурман Вікторія Вікторівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри психології  
особистості та соціальних практик  
Київського університету  
імені Бориса Грінченка,  
м. Київ, Україна

## **ПРАКТИКИ УПРАВЛІННЯ СТРЕСОМ ЯК ЧИННИКОМ КОНСТРУКТИВНОЇ ЕМОЦІЙНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ**

**Постановка проблеми.** В процесі постійного розвитку українське суспільство переживає впливи не лише позитивних змін, а й різноманітних тригерів: соціально-економічна нестабільність, інформаційно-психологічні фейки, пандемія COVID-19 тощо. В таких нестабільних умовах особистість намагається уникнути цих тригерів, прагне стабільності існування та забезпечення підтримки власного психічного здоров'я. Таким чином, стрес є невід'ємною складовою нашого життя, викликом сьогодення та особистою перешкодою, яку кожен з нас долає з надбанням або певними втратами внутрішніх ресурсів. Тому проблема управління стресом, формування конструктивної емоційної поведінки особистості в умовах сьогоденних трансформацій потребує не тільки психологічного аналізу з урахуванням суспільних змін та перетворень, а й практичної реалізації.

**Викладення основного матеріалу.** Особливої уваги дослідники приділяють науковим розвідкам, що викликані пандемією COVID-19, яка стала поштовхом людства до розвитку та змін, адаптації і прийняття нових умов існування, корекції власної «картини світу» відповідно зовнішнім тригерам. Питання лише у тому, наскільки кожен з нас готовий прийняти ці зміни, адаптуватися з мінімальними втратами внутрішніх ресурсів та потенціалом розвиватись в нових умовах сьогодення. Аналіз науково-методичної літератури переконливо свідчить, що проблема управління стресом є актуальною для сучасного суспільства. У цьому дослідницькому контенті відомими є такі вектори наукових розвідок: дослідження структури конструктивної поведінки в стресовій ситуації (Малкіна-Пих І.Г., Рибалка В.В., Цуканов Б.І.), дослідження адаптаційного процесу в психології особистості (Балл Г.А., Божович Л.І.), дослідження активізації особистісних потенціалів (Мурашко М.І.), дослідження механізмів виникнення стресу та специфіки його прояву (Figley C.R., Horowitz L.J., Pitman R.K.), дослідження та впровадження окремих засобів арт-терапії (Вознесенська О.Л., Копитін А.І, Тараріна О.В.) [1; 3; 4].

Для нейтралізації наслідків стресу та управління ним існує класифікація методів оптимізації функціональних станів та формування конструктивної поведінки особистості. Усі методи поділяються на організаційні і психопрофілактичні. *Організаційна група методів направлена на:*



раціоналізацію процесів праці шляхом складання оптимальних алгоритмів роботи, забезпечення зручних тимчасових лімітів; розробку оптимальних режимів праці та відпочинку; створення сприятливого соціально-психологічного клімату в колективі; підвищення моральної та матеріальної зацікавленості в результатах праці. Друга група методів (психопрофілактичні) спрямована на функціональний стан особистості. Вона включає в себе такі психологічні практики: практики арт-терапії; покращення навичок майндфулнесс; розвиток резілієнс; розвиток емоційного інтелекту (EI); підтримка та розвиток психічного здоров'я особистості; розвиток особистісної рефлексії тощо. Розглянемо деякі з цих практик [2].

З окреслених теоретичних аспектів розуміємо, що кожна особистість повинна розвивати *резілієнс* (стійкість «пружність» до стресу) – процес адаптації до життєвих негараздів, травм, трагедій, стресових тригерів. Додатковими факторами, що зміцнюють резілієнс є: розвиток в собі здатності ставити реалістичні плани та робити кроки щодо їх здійснення; намагатись позитивно сприймати себе, розвивати впевненість у собі та своїх силах; удосконалювати навички спілкування та вирішення проблем; розвивати в собі здатність управляти сильними емоційними почуттями та імпульсами.

Виклики сьогодення підштовхують нас до емоційного реагування на стресові тригери. Одним із векторів психологічних практик є розвиток емоційного інтелекту (EI) особистості, а саме його складових – управління власними емоціями та емоційна обізнаність, розуміння емоції, позиції і потреби іншої людини. В якості рекомендацій пропонуємо набір простих практичних інструментів, за допомогою яких, особистість може покращити власний емоційний стан «тут і зараз», заглибитись у вирій власних емоцій підключивши повний спектр рефлексивних процесів, що позитивно вплине на загальний стан її психічного здоров'я.

*Рефлексивно-емоційна вправа «Тут і зараз».* Ця вправа спрямована на розуміння своїх почуттів. Вам потрібно дати відповіді на питання, щоб зрозуміти на скільки Ви розумієте власні почуття: Яку емоцію я зараз відчуваю?, «Тут і зараз» ця емоція корисна для мене?, Як часто впродовж дня я відчуваю цю емоцію? Відповіді краще записувати для подальшого рефлексивного аналізу. Опишіть лише ті емоції, які Ви відмітили у себе при читанні питань.

Ця вправа допоможе запустити процес особистісної рефлексії, якщо робити її регулярно та в ситуаціях різної емоційної забарвленості. Таким чином, Ви звикнете приділяти увагу своїм почуттям, мінімізувати реагування на стрес.

*Вправа «Мій емоційний день»/«Щоденник емоцій».* Ця вправа спрямована на розуміння себе. Впродовж дня рекомендується записувати всі свої емоції та події, що їх викликали. Для кращої візуалізації можна робити кольорові позначки для визначення кольору емоцій фломастерами, олівцями, використовувати відповідні стікери, «емої face» тощо. В кінці дня можна спеціально збільшити позитивні відмітки, на негативних або з малою кількістю відміток подіях. Це дасть розуміння, що подія сама по собі – нейтральна, а наші

емоції – це лише наша реакція на неї. Йога, медитація, дихальні вправи – все це також можна застосовувати для зняття стресової напруги, це фокусує нас на фізичному стані, внутрішніх емоційних переживаннях, і переключає від стресу, тривоги, гніву, агресії тощо.

*Майндфулнесс* – це безоціночне усвідомлення тривалого моменту теперішнього часу, що допомагає розпізнати свої думки, почуття і дії в момент їх виникнення без переходу в режим автоматичних реакцій. Майндфулнесс допомагає сформувати наступні навички: концентрації уваги, усвідомлення (думок, емоцій, почуттів, тілесних проявів), бути «в моменті» / «бути тут і зараз», навички децентрації (можливості погляду зі сторони), усвідомленість прояву стресових реакцій в тілі, навички зупинки румінації (нав'язливих негативних думок). Отже, розвиток навичок майндфулнесс позитивно вплине не тільки на розуміння власних емоцій, а й розвине стійкість до стресів, нівелює реакцію особистості на тригери та підсилить розкриття внутрішніх ресурсів [5].

Ще одним з напрямків подолання наслідків стресу, розвитку резилієнс, внутрішнього ресурсу, підтримки психічного здоров'я особистості та формування у неї конструктивної емоційної поведінки, безперечно є арт-терапія [1]. Як приклад, розглянемо наступні вправи призначені для індивідуальної форми арт-терапії подолання стресів:

– *колаж / колажування* – дає можливість арт-терапевту оцінити поточний психологічний стан клієнта, визначити найбільш тривожні його переживання, заблоковані ресурси. Основні характеристики створення колажу: робиться акцент на позитивних емоційних переживання особистості, дозволяє максимально розкрити потенційні можливості;

– *робота з глиною* – під час роботи з глиною, клієнт дає вихід своїм емоціям, висловлює накопичені переживання «тут і зараз».

Арт-терапія допоможе «відпрацювати» негативні емоційні стани, які були викликані стресовою ситуацією та сфокусує на подоланні бар'єрів, що блокують розкриття/використання внутрішнього ресурсу особистості [6].

**Висновки.** У результаті наших наукових розвідок було розглянуто приклади практик управління стресом як чинником конструктивної емоційної поведінки особистості. Отже, узагальнюючи окреслені аспекти, володіння навичками управління стресом (стрес-менеджментом) – є невід'ємною складовою неповторного дизайну життєвого простору особистості, розкриття її внутрішніх ресурсів, усвідомленості життя та управління ним в період суспільних трансформацій, і головне, збереження психічного здоров'я як джерела внутрішнього ресурсу особистості шляхом розвитку її конструктивної емоційної поведінки.

#### Список використаних джерел

1. Вознесенська О.Л. Медіаарттерапія як засіб подолання наслідків і профілактики психотравми. Київ, 2020. 124 с.

2. Фурман В.В., Рева О.М. Психологічні особливості управління стресом в умовах суспільних трансформацій. Одеса, Габітус (27) 2021. С. 151-155.
3. Figley C.R. Review of Post-Traumatic Stress Disorders: Concepts and Therapy by William Yule. *Traumatology*. 2001. P. 32–34.
4. Horowitz M.J., Ewert M., Milbrath C.M. States of Emotional Control During Psychotherapy. *J. Psychotherapy Research and Practice*. 1996. P. 20–25.
5. Kabat-Zinn J. *Full Catastrophe Living: How to Cope with Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation*. Bantam Books, 2013. 720 p.

**Чаркіна Олена Анатоліївна,**  
кандидатка педагогічних наук, доцентка,  
доцентка кафедри практичної психології  
Криворізького державного  
педагогічного університету,  
м. Кривий Ріг, Україна

### **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ФАХІВЦІВ «ДОПОМОГАЮЧИХ» ПРОФЕСІЙ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ**

Епідеміологічна ситуація, що склалася в Україні на сьогодні, є вкрай несприятливою. Порушення звичного способу життя і професійної діяльності, невизначеність перспектив, відсутність уніфікованої інформації про доречні моделі поведінки до, під час та після вакцинації, нечіткі уявлення про терміни повторної хвилі захворюваності призводять до переживання перманентної кризи у суспільстві в цілому і на рівні окремих професійних груп населення зокрема.

Психологічний стан фахівців (медичних працівників, консультуючих психологів, лікарів-психотерапевтів та ін.), які беруть участь у заходах з ліквідації наслідків пандемії, викликає значне занепокоєння, що обумовлено проявами так званих «специфічних» явищ, серед яких можна виокремити як «позитивні», так і «негативні».

«Позитивні» явища: інтенсивна праця високої соціальної значущості; реалізація професійної місії та мети; значна соціальна підтримка.

«Негативні» явища: астенизація; висока ціна помилки; соціальний контроль.

На наш погляд, сукупність подібних явищ можна концептуалізувати у вигляді поняття переживання фахівцем специфічної кризи «професійного подвигу», оскільки:

1) даний стан викликають події, пов'язані з докорінною трансформацією суспільного і приватного життя;

2) професійна праця стає занадто інтенсивною (для медиків це обумовлено зростанням темпів захворюваності на ковід, для психологів – розповсюдженістю ковід-обумовлених психогеній;

3) відбувається фрустрація важливих соціальних і вітальних потреб;

4) спостерігається дефіцит необхідної для вирішення нагальних проблем інформації;

5) відсутні чіткі алгоритми організації життя і діяльності у «коронавірусному світі»;

6) зовнішній локус контролю (локдауни, карантинні обмеження, зонування країни, примусова вакцинація тощо).

Принциповою проблемою для фахівців «допомогаючих» професій стала актуалізація і, водночас, погане усвідомлення синдрому вигорання.

За визначенням ВООЗ (2001), «синдром вигоряння» – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, що характеризується порушенням продуктивності в роботі, втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, вживання алкоголю або інших психоактивних речовин і суїцидальної поведінки [2].

В. Бойко розглядає професійне вигорання з позицій загального адаптаційного синдрому Г. Сельє, виокремлюючи три стадії розвитку вигоряння, кожна з яких проявляється у вигляді чотирьох симптомів [1]:

1. *Фаза напруги*. Наявність напруги є провісником розвитку і запускає механізм формування синдрому професійного вигорання. Тривожне напруження включає наступні симптоми: переживання психотравмуючих обставин, незадоволеність собою, почуття безвиході, тривожна депресія.

2. *Фаза резистентності*. Виділення цієї фази в самостійну є достатньо умовним. При усвідомленні наявності тривожної напруги, людина прагне уникати впливу емоційних чинників за допомогою обмеження діапазону реагування: неадекватно-вибіркового емоційного реагування, емоційно-моральної дезорієнтації, розширення сфери економії емоцій, редукції професійних обов'язків.

3. *Фаза виснаження* характеризується падінням загального енергетичного тону і ослабленням нервової системи: емоційний дефіцит, емоційна відстороненість, особистісна відстороненість (деперсоналізація), психосоматичні вегетативні прояви.

*Серед фізичних симптомів СПВ*: втома, фізичне виснаження; зменшення або збільшення ваги; низька якість сну, безсоння; скарги на загальне погане самопочуття; утруднене дихання, задишка; нудота, запаморочення, надмірна пітливість, тремтіння; артеріальна гіпертензія; кардіалгії.

*Емоційні симптоми* представлені дефіцитом емоцій, «беземоційністю»; песимізмом, цинізмом, черствістю у роботі й особистому житті; байдужістю та патією; дратівливістю, агресивністю; тривогою, посиленням ірраціонального занепокоєння, нездатністю зосередитися; депресією, почуттям провини; втратою ідеалів, надій або професійних перспектив; зростанням деперсоналізації; переважанням почуття самотності.

*До поведінкових симптомів СПВ* можна віднести: надмірний (ненормований) робочий час (тижневе навантаження більше 45 годин); появу втоми і бажання перерватися, відпочити протягом робочого дня; байдужість до їжі; відсутність фізичної активності; часте вживання тютюну, алкоголю, ліків; дистанціювання від клієнтів, пацієнтів і тенденцію до відокремлення від колег; зниження продуктивності діяльності, а згодом і здатності виконувати професійні обов'язки в цілому.

Також спостерігається своєрідне *когнітивне зниження* виснаженого фахівця: відбуваються специфічні зміни в роботі уваги, пам'яті, мислення; знижується інтерес до нових теорій та ідей в роботі; до альтернативних підходів у вирішенні життєвих проблем; наростає байдужість до інновацій, відмова від

участі в розвивальних заходах (професійних тренінгах, підвищенні кваліфікації, самоосвіті); формалізується ставлення до виконання професійних обов'язків.

*Соціальні симптоми* СПВ проявляються у вигляді браку часу або енергії для соціальної активності; звуження інтересів в області дозвілля, хобі; обмеження соціальних контактів робочими зв'язками; мінімізації взаємодії з іншими, як вдома, так і на робочому місці; відчуття ізоляції, незрозуміння оточуючих і з боку оточуючих; відчуття нестачі підтримки з боку сім'ї, друзів, колег.

Стратегія і тактика психологічного супроводу залежатимуть від того, чи наявні чинники ризику і сформовані симптоми СПВ у фахівця, чи ні. У відповідності до цього, фахівців умовно можна розподілити на три групи:

- Перша група (відсутні чинники ризику і ознаки СПВ). В роботі з такими фахівцями достатньо проведення низки психоедукаційних і профілактичних заходів, а саме: інформувати фахівців про ознаки СПВ і чинники ризику його розвитку; про нейробіологію стресу та існуючі підходи в психогієні й особистісному зростанні; навчати психології взаємодії з хворими на ковід та їх родинами через професійне наставництво і супервізію.

- Друга група (наявні чинники ризику при відсутності ознак СПВ). До вище зазначених заходів додаємо обов'язкове навчання навичкам саморегуляції і самонавіювання; нормалізацію режиму праці та відпочинку; тренінги з конфлікт-менеджменту та асертивної поведінки; корекцію соціально-економічного статусу (індивідуальну або групову роботу за програмами професійної адаптації та коучингу); відвідування балінтовських груп за бажанням.

- Третя група (з ознаками СПВ). Збагачуємо арсенал засобів впливу психотерапевтичною підтримкою за індивідуальною програмою і наполягаємо на обов'язковому відвідуванні балінтовських (інтервізійних) груп.

Психотерапевтична підтримка за індивідуальною програмою може реалізовуватися через:

- 1) кризову підтримку;
- 2) кризову інтервенцію;
- 3) за необхідності, клінічну діагностику особистості та / або
- 4) підвищення рівня професійної адаптації;
- 5) відновлення порушеної професійної ідентичності.

Отже, для фахівців «допомогаючих» професій пандемія COVID-19 може стати не тільки своєрідним «тестом на особистісну зрілість», а і можливістю ще раз відрефлексувати професійну мету, цінності та переконання.

### **Список використаних джерел**

1. Карамушка Л. М. Психологія управління: Навчальний посібник. К.: Міленіум, 2003. С. 274 – 280.

2. Іванова Н.М. Синдром професійного вигорання серед лікарів: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/6659-sindrom-emotsiynogo-vigorannya-sered-likariv/>

**Чорна Наталія Василівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри психології  
Хмельницької гуманітарно-  
педагогічної академії,  
м. Хмельницький, Україна

## **ОСНОВНІ ПРОБЛЕМИ ЖІНОЧОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ В УКРАЇНІ: СОЦІАЛЬНИЙ АСПЕКТ**

Жінка початку XXI століття в Україні продовжує вбачати в собі об'єкт сексуальної взаємодії.

Жіноча ідентичність залишається такою тому, що в наявності вона (жінка) має якості, які описуються в термінах пасивності, залежності, некомпетентності, тобто при позиціонуванні себе як об'єкта чоловічої дії і бажання. Засоби сексуальної ідентифікації жінки формуються залежно від «погляду» і оцінки значимого чоловіка. Тож, мова іде про гендерні стереотипи.

У найзагальнішому вигляді під гендерними стереотипами розуміють стандартизовані уявлення про моделі поведінки та риси характеру, відповідні поняттям «маскулінне» та «фемінне».

Гендерні стереотипи завжди відображають певні соціальні норми й уявлення про характерність та поведінки визначеної поведінки чоловіків і жінок.

Г. Теджфел серед особливостей соціального стереотипу відмічає, що:

1) люди з легкістю виявляють готовність характеризувати великі людські групи (чи соціальні категорії) недиференційованими, грубими і упередженими ознаками;

2) соціальні стереотипи можуть певною мірою змінюватися залежно від соціальних, політичних та економічних трансформацій, але даних процес відбувається вкрай повільно;

3) соціальні стереотипи засвоюються з самого раннього дитинства у вигляді інтроєктів і використовуються дітьми задовго до виникнення ясних уявлень про ті групи, до яких вони належать.

Сьогодні в українському суспільстві можна помітити існування чотирьох типів стереотипного розуміння жіночої ідентичності:

1) спонсорський тип, що передбачає обмін (продаж) зовнішньої привабливості й сексуальності на матеріальну підтримку чоловіка. Цей, раніше нелегітимний, тип нині стає легітимним, хоча й не схвалюваним морально.

Для жіночої ідентичності тут не значущі ні материнство, ні робота, реалізується й акцентується тільки її сексуальна роль.

Усі гендерні типи, що демонструють сучасні напрямки в змінах гендерних відносин, не є наслідком якоїсь державної політики в сфері гендеру. Вони є

результатом стихійного пристосування до нових умов життя й вироблення для цього різними соціальними групами різноманітних стратегій.

2) домогосподарка – даний тип передбачає обслуговування членів родини, материнство й турботу в обмін на матеріальне забезпечення чоловіком. Цей контракт містить також вимогу сексуальної привабливості, що в минулі десятиліття перебувала в сфері тіньового та нелегітимного;

3) кар'єрно орієнтована жінка – тип, що поєднує роль матері і відповідальної за домогосподарство разом з професійним зростанням жінки. Передбачає безкоштовну допомогу родичів і оплачувану працю найманих робітників;

4) й зрештою, працююча мати – тип, що передбачає і материнство, і зарібок жінки, який є життєво необхідним для всієї родини через брак матеріальних засобів до її існування.

Однак сучасний тренд у науковому дискурсі усе ж полягає у відстоюванні права жінки жити поза гендерними стереотипами, при цьому психологи підтверджують, що якості ефективного життєтворення мають загальну природу і на пряму не залежать від статі.

У чоловіків та жінок співпадаючими якостями являються: вміння діяти в ситуації конфлікту та використовувати навички і здібності інших людей, протистояти тискові та відстоювати свою позицію та ін.

Це означає, що чоловіки та жінки мають рівні психологічні можливості для своєї власної життєдіяльності.



**Шевага Лідія Ярославівна,**  
студентка II курсу магістратури,  
спеціальності «Клінічна та реабілітаційна  
психологія», факультету психології,  
кафедри загальної та клінічної психології  
Державного вищого навчального закладу  
«Прикарпатського національного  
університету імені Василя Стефаника»,  
**науковий керівник:** кандидатка психологічних  
наук, доцентка кафедри загальної та клінічної  
психології ДВНЗ «Прикарпатського національного  
університету імені Василя Стефаника»,  
**Гасюк М. Б.,**  
м. Івано-Франківськ, Україна

### **ОПТИМІЗАЦІЯ ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ. КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ПСИХОЛОГА**

Одним із пріоритетних напрямів психології є сфера здоров'я людини. Здоров'я як усвідомлена цінність людини залишається такою протягом всього її життя, і завдання психолога – допомогти зберегти та відновити його на різних життєвих етапах. Діяльність психолога в цій сфері має фокусуватись на ставленні особистості до здоров'я як джерела мотивації вчинків, спрямованих на його збереження й відновлення, особливо коли йдеться про роботу з людьми із соматичними захворюваннями [2].

Цікавою та пізнавальною є версія про можливі чинники впливу на здоров'я людини, представлена медиком Бутаковою О. Йдеться про комплексний підхід в лікуванні захворювань. На здоров'я людини впливає цілий комплекс чинників, зокрема: психоемоційний стан, харчування та водний режим, спадковість, отримані травми, фізична активність, наявність в організмі вірусів, грибків, бактерій чи паразитів, екологія, звички та багато інших.

Всі вони взаємозв'язкові і наявність хоча б одного з них все одно має вплив на перебіг хвороби. Але Бутакова О. запевняє, що пропрацювати їх варто саме в озвученому вище порядку, починаючи з психологічного стану [1].

Нестабільні та часто змінні політичні, економічні та соціальні ситуації в світі свідчать про те, що в першу чергу варто дбати про психічне здоров'я нації, адже «занедбання» саме стабільного психологічного стану може призводити до важких і незворотних наслідків – особистих психічних порушень, втрату працездатності і якості життя людини [4].

Аналіз сучасних психологічних досліджень дозволяє висунути припущення про те, що підвищити ефективність лікування можна через зміну ставлення хворого до себе загалом і до свого здоров'я зокрема. Ставлення людини до

власного здоров'я відображає поняття внутрішньої картини здоров'я (скорочено – ВКЗ).

Внутрішньою картиною здоров'я вважається динамічна система, що включає в себе сукупність уявлень людини про своє здоров'я, усвідомлення нею своїх фізичних та психічних можливостей, самооцінку здоров'я, а також суб'єктивне сприйняття й оцінку чинників впливу на здоров'я [1].

За визначенням В. Смірнкової, Т. Резнікової, внутрішня картина здоров'я – це особливе ставлення людини до свого здоров'я, що виражається в усвідомленні його цінності й намаганні його вдосконалити.

Діагностика внутрішньої картини здоров'я включає в себе:

- аналіз міри відчуття тілесного комфорту, енергетичного резерву людини;
- перевірку чіткості розподілу власних почуттів та можливості їх вираження;
- діагностику рівня напруження, тривожності, депресії; ступінь поінформованості й компетентності у сфері здоров'я;
- рівень внутрішньої мотивації до здорового стилю життя;
- характер самооцінки здоров'я;
- місце здоров'я в системі ціннісних орієнтацій та суб'єктивне співвідношення його цінності/доступності;
- міри активності позиції людини щодо власного здоров'я;
- суб'єктивної цінності різних аспектів здоров'я (фізичного, афективного, інтелектуального, соціального, духовного) [2].

У роботах О. Лісової показано, що внутрішня картина здоров'я – це суб'єктивне відображення особистістю стану свого здоров'я, і це значною мірою визначає психосоматичний потенціал індивіда.

Доречно проводити аналіз ВКЗ людини з наявним певним захворюванням в проекції багатовимірної теоретичної моделі О. Лісової через сенситивну, емоційну, когнітивну, ціннісно-мотиваційну та поведінкову компоненти з оцінкою корекційного потенціалу кожної [5].

Наприклад, сенситивний компонент внутрішньої картини здоров'я особи з захворюванням характеризується значним внутрішнім дискомфортом та інтенсивними скаргами.

Емоційний компонент відрізняється переживаннями відчуття ізольованості, покинутості, пригніченості, нещастя, а також схильністю до вербальної агресивності. Когнітивний компонент ВКЗ представлений усвідомленням складності свого захворювання, ролі психологічних чинників його розвитку та прийняттям факту хроніфікації як неминучості, а також низькою самооцінкою інтелектуального потенціалу й уникненням реалістичного сприйняття дійсності.

Мотиваційно-ціннісний компонент ВКЗ хворих характеризується переживанням інтенсивного внутрішнього конфлікту щодо здоров'я, впевненості в собі, сімейного життя, фінансового становища, мотиваційного вакууму, бездіяльності та відсутності пізнання і наповненості.

Отже, проаналізувавши внутрішню картину здоров'я як особливого суб'єктивного ставлення до здоров'я під час захворювання, можна стверджувати, що через оптимізацію компонент ВКЗ особи психолог здатен підвищити якість відновного лікування чи реабілітації.

Завданнями психолога є розмежувати чинники впливу на ВКЗ, оптимізувати кожну компоненту, тим самим розкрити нові психологічні механізми відновлення й збереження здоров'я. Адекватне та усвідомлене ставлення до себе є необхідною умовою збереження особистісної цілісності, а отже, й однією із центральних складових частин внутрішньої картини здоров'я.

Важливо вибудовувати стратегії оптимізації стану здоров'я, одужання, віднайти індивідуальні шляхи реабілітації в першу чергу в індивідуально-психологічній системі цінностей та переконань людини.

Варто поглибити розуміння механізмів і можливого прогнозу розвитку захворювання, ролі профілактичних і відновних чинників; розвинути самоусвідомлення, підвищити самооцінку; пом'якшити емоційний дискомфорт й усунути вторинні особистісні реакції; сформувати емоційну стійкість і саморегуляцію; усвідомити контакт із тілесними проявами та сформувати навички психосоматичної саморегуляції; усвідомити та перебудувати систему ціннісних установок й орієнтацій, підсилити мотивацію успіху; навчитись ефективному розподілові енергетичних ресурсів на різні сфери здоров'я.

#### **Список використаних джерел**

1. Бутакова О.А. Нужная информация о здоровье. «Академия здоровья», сборник лекций. – М. 1996г. – 76с.
2. Гасюк М. Б. Роль внутрішньої картини здоров'я в лікуванні та реабілітації соматичного хворого. Збірник наукових праць «Теорія і практика сучасної психології». Випуск № 1 Том 1, 2019 р. С. 124-128.
3. Дорогою щастя. Калейдоскоп життєвих історій. Проект Курганської Т. «Я автор корисної книги». – К.:ФОП Маслаков,2020. – 251с.
4. Міщиха Л.П., Кулеша-Любінець М.М. Психічне здоров'я як складова особистісного благополуччя. «Сучасні тенденції спрямовані на збереження здоров'я людини» //Збірник наукових праць. Харків, – квітень 2020. Випуск 1. С.165-168.
5. Лісова О. Внутрішня картина здоров'я. Психологія : збірник наукових праць НПУ імені М.П. Драгоманова. Київ. 2002. Вип. 15. С. 69–77.

**Шевченко Олександра Теодорівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри фахових медичних  
та фармацевтичних дисциплін  
Черкаської медичної академії,  
м. Черкаси, Україна

## **РЕЗІЛЬЄНТНІСТЬ МЕДИЧНИХ ФАХІВЦІВ І COVID-19**

Протягом багатьох років вважалося, що успішний розвиток будь-якої галузі визначається рядом об'єктивних факторів: матеріально-технічним забезпеченням, ефективною системою менеджменту і, безперечно, якістю підготовки фахівців та їх професійною компетентністю.

На теперішній день у зв'язку з інтенсифікацією виробничих процесів, збільшенням швидкості життя та потоку інформації, постає питання формування у майбутніх і практикуючих фахівців здатності протистояти стресовим умовам фахової діяльності, травмувальному впливу психологічних факторів, швидко адаптуватися до обставин, що змінюються. Особливо це стосується роботи медичних фахівців.

Вже описане підвищення рівня дистресу медичних працівників та їхньої психіатричної захворюваності, пов'язаними з біологічними загрозами, що включали спалахи тяжкого гострого респіраторного синдрому (SARS) у 2003 році, грипу H1N1 у 2009 році та Еболи у 2014 році.

У кожному з цих випадків показники дистресу фахівців медицини різко збільшувалися, зокрема симптоми стресу, тривоги, виснаження та симптоми, пов'язані з посттравматичним стресовим розладом.

Визнаючи ці наслідки та пов'язані з ними ризики, Всесвітня організація охорони здоров'я визнала стрес для медпрацівників важливим чинником, що впливає на безпеку пацієнтів та гігієну праці [2].

Проблема загострилася з початком пандемії коронавірусної інфекції, викликаній вірусом SARS-CoV 2 і відомої усім під назвою COVID-19. Ці виклики часу потребують перезавантаження змісту підготовки нової генерації медичних працівників, для яких сутність професіограми визначає не тільки знаннева складова, а й психологічна; перманентних організаційних заходів щодо збереження психічного здоров'я практикуючих спеціалістів сфери охорони здоров'я.

Низка досліджень за останні два роки стосується саме психічного здоров'я та психологічного благополуччя професіоналів медичної галузі, зокрема формування резильєнтності як базової метакомпетентності.

Зважаючи, що термін резильєнтність має англійське походження, а його дослівний переклад відсутній, в контексті проблеми, що розглядається, нами запропоновано тлумачення резильєнтності медичних сестер як індивідуальної здатності до динамічної адаптації й саморегуляції у важких життєвих і

професійних ситуаціях, що стає можливою завдяки механізму управління власними ресурсами – емоційною, мотиваційно-вольовою, когнітивною сферами в контексті соціальних, культурних норм та умов середовища.

Канадський дослідник Anderson G. зі співавторами, розглядаючи резильєнтність як важливий чинник психічного здоров'я працівників первинної медико-санітарної допомоги, наводять дані Canada of Public Health and Safety Personnel, що 44,5% опитаних мають як мінімум один прояв порушення психічного здоров'я (тривога, депресія, суїцидальні ідеї, посттравматичні стресові розлади), пов'язані з їх стресогенною професійною діяльністю [1].

Погоджуємося з думкою групи італійських та іспанських дослідників, що, попри те, що пандемія COVID-19, як травматична подія, глибоко змінила умови праці з шкідливими наслідками для працівників охорони здоров'я, зокрема для тих, хто безпосередньо залучений до надання невідкладної допомоги, травматичний досвід також може призвести до позитивних реакцій, стимулюючи резильєнтність і відчуття зростання.

На підставі здійсненого аналізу літератури в базах даних PubMed, EMBASE, Scopus, Web of Science, Google Scholar та Psycinfo, науковці стверджують, що резильєнтність є основною змінною для зменшення та попередження негативних психологічних наслідків пандемії та пов'язана з нижчим рівнем депресії, тривоги та вигорання.

Вона відіграє вирішальну роль у підвищенні психічного благополуччя медичних працівників як на індивідуальному, так і на організаційному рівні, особливо з урахуванням можливого довготривалого співіснування та наслідків COVID-19 [4].

Вони, як і S.E.Hines зі співавторами, акцентують увагу на важливості організаційних заходів, спрямованих на покращення адаптивних навичок, резильєнтності та пост-травматичного зростання працівників, що сприятимуть благополуччю медичних фахівців.

Науковці Балтіморського університету зі США, показали, що на початку епідемії в США моральні травми медичних працівників були подібними за тяжкістю до тих, про які повідомляли військовослужбовці, які поверталися з бойових дій, і були прямо пов'язані із роботою в стаціонарі та порушеннями сну.

У той час як тривожність і посттравматичний стрес оцінювалися у медичних працівників під час попередніх пандемій, моральна шкода, яка історично оцінювалася у військових популяціях, – ні. Вчені припустили, що досвід моральної травми та психічного розладу серед медичних працівників з часом збільшуватиметься під час пандемії та змінюватиметься залежно від факторів резильєнтності [2].

З точки зору соціальної справедливості, дисбаланс високих ризиків і наслідків, пов'язаних із COVID-19, з якими стикаються медичні працівники, порівняно із загальною популяцією, накладає непропорційно важкий тягар на цю групу фахівців.

Ці ризики пов'язані з можливістю зараження та смерті, а також із психологічним навантаженням, надмірною роботою та часом, проведеним у віддаленості від близьких. Багатовіковий обов'язок медичних працівників піклуватися про хворих та пожертва особистих потреб на благо пацієнтів не є новими.

Медичні працівники мають тривалі робочі зміни, догляд за помираючими пацієнтами та важкі розмови з горем чи розгніваними членами сім'ї як рутинну частину роботи [2]. Однак, з етичної точки зору, має бути баланс між обов'язком піклуватися і правом медичних працівників на особисте благополуччя.

Заслужують на увагу не лише наукової спільноти, але й організаторів охорони здоров'я дані, отримані вченими з Університету Арізони при вивченні факторів, пов'язаних зі стійкістю медсестер в Японії, Республіці Корея, Республіці Туреччина та Сполучених Штатах під час пандемії COVID-19.

Страх інфікуватися, отримати позитивний тест на COVID-19 та намір залишити медсестринство були обернено пропорційні до резильєнтності.

Медсестри, які зазначали підтримку у своїх закладах, та ті, хто залучені до розробки внутрішньої політики провадження медсестринської діяльності, мали вищі показники психологічної стійкості [4].

Власні наукові розвідки та аналіз досліджень за кордоном свідчать про провідну роль резильєнтності у запобіганні стресу, психічним розладам та психологічному вигоранню у медичних працівників.

Завданням менеджерів охорони здоров'я є впровадження програм первинної та вторинної профілактики для підвищення резильєнтності медичних працівників, залучення їх до формування політики закладів, що може допомогти працівникам зберегти власне психічне здоров'я, а медичним закладам – зберегти кваліфікованих професіоналів.

### **Список використаних джерел**

1. Anderson G., Black M., Collins J., Vaughn A. Researching Resilience in Bachelor of Science in Nursing (BScN) Students. *International Journal for Cross-Disciplinary Subjects in Education (IJCDSE)*. 2019. Vol. 10, Issue 3. P. 4098-4102.
2. Hines S. E.; Chin K. H.; Glick D. R., Wickwire E. M. Trends in Moral Injury, Distress, and Resilience Factors among Healthcare Workers at the Beginning of the COVID-19 Pandemic. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021. Vol. 18(2). P. 488. DOI:10.3390/ijerph18020488
3. Nurses' resilience in the face of coronavirus (COVID-19): An international view / Soojung Jo, Sule Kurt, Jo Anne Bennett et al. *Nursing & Health Sciences*. 2021. Vol. 23, Issue 3. P. 646-657. DOI:10.1111/nhs.12863.
4. Resilience, Coping Strategies and Posttraumatic Growth in the Workplace Following COVID-19: A Narrative Review on the Positive Aspects of Trauma / G. L. Finstad; G. Giorgi, L.G. Lulli et al. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021. Vol. 18(18). P. 9453. DOI:10.3390/ijerph18189453

**Шевченко Вікторія Василівна,**  
*аспірантка кафедри педагогіки та психології  
Харківського національного університету  
внутрішніх справ*  
**науковий керівник:** *докторка психологічних  
наук, доцентка, професорка кафедри  
педагогіки та психології факультету №3  
(підготовка фахівців для підрозділів поліції  
превентивної діяльності)  
Харківського національного університету  
внутрішніх справ,*  
**Мілорадова Н. Е.,**  
*м. Харків, Україна*

## **ПРОФІЛАКТИКА ТА ПОДОЛАННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ НАЦІОНАЛЬНОЇ ГВАРДІЇ УКРАЇНИ**

**Постановка проблеми.** На сьогоднішній день істотно збільшилася кількість професій, представники яких відносяться до професійного вигорання. Особливо це працівники, які відносяться до системи професій «людина-людина».

Військовослужбовці Національної гвардії України не є винятком. Специфіка роботи військовослужбовців з військового управління полягає в тому, що в них присутня велика кількість ситуацій з великою емоційною напруженістю і складністю міжособистісного спілкування.

А отже, вимагає від них значного внеску для налагодження довірливих взаємовідносин з особовим складом і уміння управляти своїми емоціям та емоційним станом під час ділового спілкування.

**Викладення основного матеріалу.** Велика кількість військовослужбовців у своїй професійній діяльності зіштовхується з синдромом вигорання.

Синдром вигорання – це фізичне, емоційне або мотиваційне виснаження, яке характеризується порушенням продуктивності в професійній діяльності, втомою, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, вживанням наркотичних та алкогольних речовин з метою тимчасового полегшення, яке поступово призводить до фізіологічної залежності, що в майбутньому може призвести до суїцидальної поведінки.

Вперше термін «синдром вигорання» було використано американським психіатром Х. Фреденбергом в 1974 році для позначення психологічного стану здорових людей, які знаходяться в постійному спілкуванні зі своїми клієнтами та пацієнтами, в емоційно напруженому стані при наданні професійної допомоги.

На сьогоднішній день причинами та чинниками, які викликають професійне вигорання є:

- Тривале емоційне напруження, виснаження та вичерпування ресурсів військовослужбовця, під довготривалим впливом стрес-факторів, без можливості їхнього відновлення;

- Внутрішнє накопичення негативних емоцій, які військовослужбовець не може «розрядити».

Синдром професійного вигорання відбувається поступово і складається із трьох стадій: перша стадія – ознаки і симптоми проявляються у легкій формі через турботу про себе. Починається забування професійних завдань.

Ця стадія може тривати від 3 до 5 років; друга стадія – знижується інтерес до професійної діяльності, військовослужбовець починає уникати зайвого спілкування. З'являються негативні симптоми: головний біль, виснаження, збільшується кількість простудних захворювань, працівник становить роздратованим. Тривалість цієї стадії в основному від 5 до 15 років; третя стадія – ознаки цієї стадії вигорання становляться хронічними.

Зазвичай розвиваються фізичні і психологічні проблеми. Настає повна втрата інтересу до своєї професійної діяльності і до життя, людина до всього становиться байдужою. Відбувається зниження когнітивних функцій, порушується сон, втрачається апетит, особистість змінюється.

Завершується ця стадія повним вигоранням, яке супроводжується відразу до всього оточуючого. Ця стадія триває в середньому від 10 до 20 років[3].

Іншим різновидом вигорання який виникає у військовослужбовців є емоційне вигорання.

Емоційне вигорання – це механізм психологічного захисту, вироблений особистістю, який має форму повного чи часткового виключення емоцій у відповідь на окремі психотравмуючі ситуації [1].

Існує три фази емоційного вигорання:

1. Фаза «Тривожна напруга» є «пусковим механізмом» початку емоційного вигорання. Відбувається нервова напруга, яка проявляється чотирма симптомами: переживання психотравмуючих ситуацій, незадоволеність собою, «загнаність до клітки», тривога і депресія.

2. Фаза опору (резистенція). Симптомами є: неадекватне вибіркове емоційне реагування, емоційно-етична дезорієнтація, розширення сфери економії емоцій, редукція професійних обов'язків.

3. Фаза виснаження. На цій фазі дуже важливим є емоційний захист людини. Симптоми даної фази: емоційний дефіцит, емоційна відчуженість, особисте відсторонення (деперсоналізація), психосоматичні та психовегетативні порушення.

З метою профілактики професійного вигорання військовослужбовців потрібно здійснювати заходи, які зменшать дію основних факторів, які призводять до вигорання.

Для профілактики рекомендовано правильно організувати робочий процес, а саме:

– працювати в команді (розподіляти ролі),



- ефективно розподіляти робочий час та навантаження,
- розподіл пріоритетів між задачами,
- підтримання колективної взаємодії (групова супервізія, Балінтовські групи, Т-групи),
- забезпечення та підтримання психологічного клімату у колективі (проведення груп психологічної допомоги та самопомоги),
- вирішення конфліктних ситуацій [2].

**Висновки.** Отже, для того, щоб не виникало емоційного та професійного вигорання, вважаємо за необхідно використовувати наступні способи психологічної допомоги:

- дихальна гімнастика (або вправи з глибоким диханням),
- вправи на зняття напруги та релаксацію,
- трансформувати негативні думки та переконання,
- регулювати емоційний стан,
- шукати і накопичувати внутрішні ресурси,
- займатися фізичною культурою,
- додержувати режиму харчування,
- постійно підвищувати свою професійну майстерність.

#### **Список використаних джерел**

1. Бойко В.В. Синдром «емоціонального вигорання» в професіональному общени. СПб.: Питер. 1995. 105 с.
2. Кичаев А. «Кризис и стрес: пособие по приручению». Речь. 2009. 265 с.
3. Методичні рекомендації для спеціалістів соціальних «Профілактика та подолання професійного та емоційного стресу». Режим доступу: [https://www.slideshare.net/undp\\_ukraine/ss-48391940](https://www.slideshare.net/undp_ukraine/ss-48391940). Дата звернення: 01.11.2021

*Шидловський Андрій Миколайович,  
психолог, член Української асоціації  
екзистенціальної психології та психотерапії  
Оболонського районного відділу філії  
Державної установи «Центр пробації»  
у місті Києві та Київській області,  
м. Київ, Україна*

## **ТЕМПОРАЛЬНА МОДИФІКАЦІЯ СИСТЕМ ЦІННОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ**

Проблематика піднятого питання – рудиментарні цінності особистості та їх статична ієрархія, як каталізатор подальшої екзистенціальної кризи. Необхідність переоцінки індивідуальних цінностей в темпоральній модифікації буття.

Життя – це насамперед когнітивна та фізична активність, яка обумовлюється таким емоційним мотивуючим процесом як цікавістю, тобто жагою до нового досвіду, вражень та знань, що у світі людей провокує становлення аутентичної індивідуальності та її придатний до співіснування психоемоційний стан. Інтерес до себе, до оточуючих людей, до іманентного чи навіть трансцендентного світу – все це змушує ту чи іншу особистість діяти. Але якщо у індивіда зникає інтерес до будь якого модусу буття, то мінімізується і всіляка соціальна активність на зміну якої приходять інертне та пасивне співіснування.

З позиції, насамперед кризової екзистенціальної психології, це обумовлено, по-перше – відсутністю ієрархії особистих цінностей [1, с. 238-239], а по-друге – відсутністю інтенціонального переживання [2, с.205] особистих цінностей. Феномен інтенціонального (цілеспрямовано-усвідомлене) переживання у психотерапії має вкрай важливе значення. Про це наглядно зауважує й український психолог В. Роменець кажучи, що інтерес до цього (іманентного) світу з'являється у індивіда лише при наявності його індивідуальних переживань тих чи інших колізій чуттєвого світу [3, с. 14]. Простіше кажучи: коли є що індивіду переживати, то буде й активність, буде самосвідоме буття-в-світі.

На феномені інтенціонального переживання або переживання як такого, особливо при кризовій психології, екзистенціальна психологія і психотерапія ставить окремий наголос і така видна особистість, як наприклад американський психолог Р. Мей висказує схоже міркування, що цілеспрямоване переживання власного існування (яке складається з тих чи інших особистих цінностей), являється передумовою для опрацювання окремих психічних проблем. Тобто ціль усієї терапії – це здобути почуття власного буття [4, с. 141]. Таким чином ми бачимо, що індивідуальність і конструктивне та продуктивне співіснування формують ті чи інші власні цінності індивіда, але цінності які інтенціонально особистість переживає тут-і-зараз.

Якщо немає індивідуальних цінностей, то індивіду нічого переживати і тому така особистість впадає в екзистенціальну кризу, тобто вона не знає хто вона і для чого існує.

Пошук та вироблення під час психотерапії індивідуальних цінностей, допомагає індивіду в самопізнанні, а отже знайти логос (сенси) буття, тим саме мотивуючи її на побудову тих чи інших цілей в напрямку самоактуалізації. Але як показує і моя власна практика, індивід може мати цінності, проте вони ніскільки не мотивують його на ті чи інші дії.

Людина усвідомлює їх, інтенціонально «схвачує» та начебто переживає тут-і-зараз, але психоемоційний стан її залишається занадто пасивним щоб ставити і добиватись певних цілей та реалізовувати свій внутрішній потенціал. Якщо дедуктивно розмірковувати, то виходить, що подібні цінності мають рудиментарну ознаку. Тобто це ті атрибути буття, які мали б з розширенням пізнавального процесу існування особистості, а ргіорі трансформуватися в щось нове, але по певним психологічним чинникам як наприклад сталий конформізм, ці об'єкти або суб'єкти переживання статичні і разом з тим більше не мають для індивіда ніякої особистої цінності. Вони «пережитки переживань».

Для індивіда, якщо він їх не змінює, вони являються насильними зобов'язаннями. Екзистенціальна психологія вслід за філософією популяризує і використовує в своїй практиці постулат, що людське буття – це безкінечний процес становлення свого «Я». А якщо особистість постійно темпорально змінюється у своїх повсякденних цілях, інтересах, звичках, то звичайно, що повинні змінюватися і її особисті цінності.

Якщо і є якийсь певний ціннісний абсолют, то, як правило, він трансцендентного тобто релігійного спрямування. Але і в останньому, цікавість до всього нового, особливо до нових переживань, провокує індивіда йти на конфронтацію зі своїм сакральним абсолютом. Таким чином, процес становлення особистості, який постійно темпорально модифікується, змінює і ієрархію особистих для індивідуума цінностей.

Цінності не можуть бути статичні. Але звісно, що цінності можуть мати прояв певних громадянських зобов'язань, як наприклад національні цінності. Проте цінності перед своїм «Я», які мають не зовнішню, а внутрішню дію на самість особистості, повинні змінюватися з темпоральною модифікацією.

Як висновок, керуючись досвідом екзистенціального психолога і філософа, я хочу висунути такий постулат як: «Будь яка цінність має бути переоціненою суб'єктом одразу після того, як була їм пережита».

Індивідуальність – це процес. Це постійний при індивідуалізації процес становлення самого себе. Як вірно пише німецький філософ Ф. Ніцше: «И какова бы ни была моя судьба, то, что придется мне пережить, – всегда будет в ней странствование и восхождение на горы: в конце концов мы переживаем только самих себя» [5, с. 157].

**Список використаних джерел**

1. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. / Пер. с англ. – СПб.: Питер, 2019. – 400 с.
2. Гуссерль Эд. Собрание сочинений. Т. 3 (1). Логические исследования. // (1) / Перев. с нем. В. И. Молчанова. – М.: Гнозис. Дом интеллектуальной книги, 2001. – 275 с.
3. Роменець В. А. Життя і смерть: осягнення розумом і вірою. Вид. 2-ге. – К.: Либідь, 2003. – 232 с.
4. Теория и практика экзистенциальной психологии пер. с англ. Под. ред. С. Римского. – М. Институт Общегуманитарных Исследований. 2018, — 336 стр.
5. Ницше Ф. Так говорил Заратустра : Книга для всех и ни для кого / Фридрих Ницше ; пер. с нем. Ю. М. Антоновского. – СПб. : Азбука, Азбука-Аттикус, 2018. – 352 с.

**Щербатюк Ольга Віталіївна,**  
*аспірантка кафедри психології особистості  
та соціальних практик  
Київського університету імені Бориса Грінченка,  
науковий керівник: докторка психологічних  
наук, доцентка кафедри психології  
особистості та соціальних практик  
Київського університету імені Бориса Грінченка,  
Столярчук О .А.,  
м. Київ, Україна*

### **ОГЛЯД СТАНУ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ АГРЕСИВНОСТІ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ПЕРСОНАЛУ ПЕНІТЕНЦІАРНОЇ СИСТЕМИ**

**Постановка проблеми.** На сучасному етапі реформування державної кримінально-виконавчої системи висуюються високі вимоги щодо відповідності професійних якостей співробітників пенітенціарної системи гуманістично орієнтованій парадигмі перевиховання. Робота із правопорушниками потребує цілеспрямованості та відповідальності від діяльності співробітників.

Враховуючи специфіку умов праці персоналу, контакт із кримінальною субкультурою, емоційне навантаження, непередбачуваність ситуацій, підвищені психологічні та психофізичні вимоги до працівників, логічно припустити, що у професійній діяльності співробітників пенітенціарної системи особливо виразно проявлятиметься агресивність. Наслідком її розвитку можуть бути негативні зміни у поведінці фахівців, які не лише не відповідають вимогам професійної етики, але й призводять до порушення закону і навіть злочинів.

**Викладення основного матеріалу.** Діяльність сучасних пенітенціарних систем різних країн, відповідно до міжнародних документів, керується гуманістичними ідеями процесу виправлення та створення умов, де поважаються людська честь і гідність, й дотримання яких би призводило до свідомої самодисципліни засуджених.

Професійний обов'язок фахівців пенітенціарної системи вимагає від них зважених рішень, гуманного і вимогливого ставлення до правопорушників, подолання власної роздратованості, водночас специфічні умови діяльності та складні фруструвальні ситуації спричинюють психічну напруженість, яка потребує вивільнення та подальшого відновлення особистісних ресурсів. Відповідно, створити сприятливі умови для виправлення та ресоціалізації засуджених можуть лише ті співробітники, які знають способи дезактуалізації та реалізації власних агресивних проявів конструктивними способами.

Проблема проявів агресивності співробітників пенітенціарної системи у їхній професійній діяльності не вивчалась вітчизняними психологами як окреме системне дослідження та узагальнення одержаного різноманітного емпіричного матеріалу здійснено не було. Натомість, агресивність була

предметом уваги широкого кола дослідників, але розглядалась ними відповідно охопленої ними специфічної галузі знань.

Попередній теоретичний аналіз проблеми проявів агресивності вказує на багатовекторність і міждисциплінарність вивчення цього феномену, позаяк психологи, психіатри фізіологи, зоологи, педагоги, соціологи, юристи, політологи та ін. вивчають різні аспекти агресії й агресивності.

Аналіз наукових праць, що розкривають агресивність, вказує на активне розроблення вітчизняними та зарубіжними науковцями цієї проблеми. Значний внесок у вивчення феномену агресивності здійснили такі науковці, як А. Адлер, А. Бандура, Р. Барон, А. Басс, Л. Берковіц, Д. Доллард, О. Кернберг, К. Лоренц, Н. Міллер, О.М. Морозов, А.О. Реан, Д. Річардсон, З. Фройд, К. Юнг та ін.

Серед вітчизняних дослідників за останні 15 років вивченню проявів агресивної поведінки присвятили свої роботи такі науковці, як Ю.С. Андреев, О.С. Дронова, Л.М. Захаренко, Г.В. Здорикова, Т.С. Карпінська, Є.В. Кіричевська, Ю.О. Клименко, С.Ф. Леонов, Т.О. Ломова, О.П. Ляц, І.С. Мазоха, О.О. Мізерна, О.Є. Мойсеєва, А.О. Молданова, Н.В. Нікітіна, К.А. Овсянко, М.А. Пирлик, Ю.А. Підлісний, З.Г. Спринська, О.М. Цільмак, О.В. Ярошта ін. Більшість з них зосередили свою увагу на вивченні агресивної поведінки дітей і юнацтва.

Чітке розуміння змісту категорії професійної агресивності фахівців виклав у своїх працях Є.В. Тополов. Феномен агресивності як один із чинників протиправної поведінки правопорушників досліджували в своїх роботах Ю.М. Антонян, І.Б. Бойко, С.М. Єніколопов, І.А. Кудрявцев, О.М. Морозов, однак недостатньо вивченим залишається питання саме агресивності у професійній діяльності співробітників, які працюють з цією категорією осіб.

**Висновки.** Залишаються недослідженими психологічні особливості проявів агресивності у професійній діяльності співробітників пенітенціарної системи. Вивчення даного феномену дозволить мінімізувати прояви цього явища у пенітенціарній системі. Для психологічної практики це стане ще одним кроком у бік якісного відбору персоналу на службу, організації та проведення тематичних занять із службової підготовки й урізноманітнення тематики курсів підвищення кваліфікації для співробітників даної категорії.

#### Список використаних джерел

1. Еніколопов С.Н. Некоторые результаты исследования агрессии / Личность преступника как объект психологических исследований / Под ред. А.Р. Ратинова. М., 1976. 145 с.
2. Морозов О.М., Морозова Т.Р. Агресивні засуджені. К.: 2000. Бібліогр.: 184 с.
3. Тополов Є.В. Професійна агресивність особистості. Монографія.- Київ: Видавничий дім Слово, 2011. 400 с.
4. Ягунов Д.В. Пенітенціарна система України: історичний розвиток, сучасні проблеми та перспективи реформування : монографія / Д.В. Ягунов ; Державна пенітенціарна служба України. Одеса : Фенікс, 2011. 446 с.

**Якубовська Ірина Зеновіївна**  
студентка НУ «Львівська політехніка»  
**науковий керівник:** кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри теоретичної та практичної  
психології Інституту права, психології та  
інноваційної освіти НУ «Львівська політехніка»  
**Борисюк О. М.,**  
м. Львів, Україна

## **ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ ЗООТЕРАПІЇ У ПСИХОЛОГІЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Людина тісно пов'язана з твариною, перш за все, біологічно. До прикладу, спільними фізіологічними ознаками людини та людиноподібних мавп є резус-фактор і групи крові, наявність спільних хвороб, терміни вагітності. Постійна взаємодія із «братами нашими меншими» має позитивний характер на настрій, емоційний стан, зниження рівня тривоги, підвищує відчуття безпеки, тобто покращує загальне самопочуття особистості і навіть поліпшує імунітет. Відтак, вчених все більше почало цікавити питання міжособистісної взаємодії «людина-тварина».

З плином часу зацікавлення вивченням діяльності психіки тварин зростало й згодом виокремилася у нову галузь психології – зоопсихологію, що має значні перспективи розвитку і практичного застосування. Однак багато фахівців, які працювали у цій сфері, керувалися у дослідженнях вузьким утилітарним підходом, маючи на меті з'ясування можливостей використання тварин для задоволення потреб людини й рідко ставили за завдання пошук шляхів співпраці між людиною та тваринами.

Своє практичне застосування зоопсихологія знаходить у зоотерапії. При цьому необхідно наголосити, що не варто вважати зоотерапію лише методом для покращення самопочуття.

Останні дослідження показують, що вона чудово працює як допоміжний інструмент у роботі з депресіями [4], страхами, посттравматичними синдромами, реабілітації після онкологічних захворювань, інсультів та інфарктів, при роботі з інклюзивними дітьми, ба навіть у подоланні до кінця не дослідженого постковідного синдрому. Тому, на нашу думку, сьогодні зоопсихологія поки недооцінений напрям практичної та теоретичної психології.

Сьогодні зоотерапія як один із методів психотерапії доволі часто використовується у країнах заходу. До прикладу, у США ледь не у кожній лікарні, а особливо в онкологічних лікарнях, психіатричних клініках, можна знайти волонтера, який разом із своїм чотирилапим другом прийде для надання психологічної допомоги хворим пацієнтам. Існує навіть Міжнародна організація терапії тваринами (Pet Therapy International). В Україні така практика, на жаль, мало розвинена. Проте варто наголосити, що ця сфера може

стати полем діяльності для молодих амбітних фахівців, які бажають навчатися та розвиватися у даному напрямі терапії.

На думку дослідників, коли людина торкається тварини, відбувається енергетичний обмін, під час якого тварина приймає на себе негативну енергію людини, віддаючи натомість позитивну. Цей процес можна пояснити і з нейрофізіологічної точки зору.

Під час фізичної взаємодії із улюбленцем, а це погладжування, обійми – мозок починає виділяти важливі нейромедіатори: окситоцин, дофамін, ендорфін та пролактин. У свою чергу, рівень гормону стресу кортизолу значно зменшується. Відтак, вченими було доведено, що люди, які є власниками домашніх тварин, мають набагато вищий імунітет, більшу стресостійкість, менше хворіють інфекційними захворювання, інсультами та інфарктами, а також живуть довше, ніж ті хто живе сам [5]. Відчуття безпеки та затишку, що часто присутнє під час контакту з чотирилапими, пов'язане з окситоцином, який виділяється у перші хвилини після народження завдяки дотику до матері.

Зоотерапія показала свою ефективність й у роботі з пацієнтами, які страждають на певні види залежності. Наприклад, фелінотерапія (терапія за участі кішок) має позитивний вплив на пацієнтів, які страждають на наркотичну чи алкогольну залежність[2].

Спілкування з тваринами може набувати різних форм. Слід зазначити, що клієнти/пацієнти стають більш відкритими і охоче йдуть на контакт у присутності тварини. Безоцінкове, неупереджене ставлення, почуття довіри та спокою – допомагають простіше говорити на емоційні та особисті теми[5]. Відтак, психологу чи психотерапевту буде набагато простіше працювати із запитами, пов'язаними з втратами, депресіями, посттравматичними розладами.

Варто згадати, що звичайне читання дітей тваринам підвищує дитячі когнітивні навички, оскільки домашні улюбленці – уважні слухачі, які без осуду будуть сприймати усе, що каже чи робить їхній господар. Така взаємодія ефективна при роботі з підлітками, які схильні до асоціальної поведінки, адже вони неабияк потребують відчуття безпеки та схвалення.

Важливу роль у зоотерапії відіграють основні її «терапевти», оскільки певна тварина може краще справлятися із певною проблемою, аніж інша. Так до прикладу, іпотерапія особливо ефективна в реабілітації дітей хворих на ДЦП і аутизм, фелінотерапія – підходить для боротьби із залежностями, безсонням, синдром хронічної втоми, каністертерапія сприяє розвитку емоційних і розумових здібностей, поліпшенню стану дітей з синдромом Дауна, церебральним паралічем, зменшує спастичність, а також при реабілітації жертв насилля і стихійних лих [1].

Зазначимо, що для зоотерапії, а перш за все для реабілітації, підходить не будь-яка тварина, а спеціально тренована. Ще змалку тестують її реакції на різні форми зовнішніх подразників, а також здатності до навчання певних «терапевтичних технік». Але це не заперечує той факт, що домашні



компаньйони теж є «терапевтами», вони чудово поліпшать настрій та психологічне благополуччя особистості.

Перевагами зоотерапії є те що: тварини, на відміну від людей, можуть слухати без осуду й розуміють, а концентруючи увагу на взаємодії із твариною, людина водночас відволікається від проблем; надає заспокійливу дію; покращує міжособистісну комунікацію; сприяє задоволенню потреби у компетенції, що виражається формулою «Я можу»; підвищує здатність до реалізації внутрішнього потенціалу; позитивно впливає на фізіологічну та психологічну реабілітацію; є додатковим каналом зі світом, що підвищує рівень соціальної адаптації. Серед недоліків, можна виділити – індивідуальний страх до певного виду тварин та алергічна реакція на представників певних видів [2].

Отже, підсумовуючи усе вище сказане доходимо висновку, що зоотерапія є перспективним напрямом зоопсихології, та психології зокрема. Особливу значущість має її практичне застосування. Оскільки людина, яка у теперішньому світі стикається із великою кількістю факторів, що негативно впливають на її психологічне здоров'я, як ніколи потребує психологічної реабілітації.

Суттєво ускладнюють ситуацію і карантинні обмеження спричинені Covid-19. Не варто забувати й про інші кризові явища, які уже не один рік спостерігаються у суспільстві. Проте, на жаль, зі стрімким розвитком соціальних мереж, постійним використанням гаджетів, особистість все більше поринає у «віртуальний світ», що також певним чином ізолює її. Зоотерапія – це один із тих інструментів терапії, який є найбільш доступним для кожного та не потребує довгого та надто заглибленого навчання. Це відносно новий та перспективний напрям, що доводить свою ефективність і необхідність сучасному суспільству.

#### **Список використаних джерел**

1. Верещагина Софья. Анималотерапия – лечение животными. Виды анималотерапии. Функции анималотерапии. URL: <http://www.inflora.ru/diet/diet179.html> (дата звернення: 01.11.2021).
2. Зоотерапия. URL: <http://www.dres.in.ua/gaf/readingroom/articles/stihi-rasskazi-osobakah/zoo1.html> (дата звернення: 01.11.2021).
3. Шпонтан І. М. Анімалотерапія – оздоровлення і психологічна допомога дитині. Безпека життєдіяльності. 2013. № 12. С. 6-10.
4. Anthony Watt. Animal-Assisted Therapy for Depression. Healthline. URL: <https://www.healthline.com/health/depression/animal-assisted-therapy> (дата звернення: 01.11.2021).
5. Unnati G Hunjan and Jayasankara Reddy Why Companion Animals Are Beneficial During COVID-19 Pandemic. Journal of Patient Experience. 2020. Vol. 7(4). P. 430-432.

**Ящишина Юлія Миколаївна**  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри психіатрії,  
психотерапії, наркології та медичної психології,  
Донецького національного медичного університету,  
м. Краматорськ, Україна

**Бойко Дар'я Петрівна**  
магістрантка кафедри психології,  
сертифікована тренерка з інтуїтивного харчування  
(*Intuitive Eating PRO, США*),  
Інституту підготовки кадрів  
державної служби зайнятості,  
м. Київ, Україна

### **З ДОСВІДУ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ШЛЯХОМ ІНТУЇТИВНОГО ХАРЧУВАННЯ**

**Постановка проблеми.** Харчова поведінка – це сукупність звичок і стереотипів, пов'язаних з прийомом їжі та образом власного тіла. При порушенні харчової поведінки виникають спотворені уявлення про харчування і образ тіла, стурбованість їжею та своєю вагою і фігурою.

Найчастіше люди з порушеннями харчової поведінки є прихильниками дієтичного мислення, яким властиві підрахунок калорій, обмеження їжі та напади неконтрольного переїдання, зміна стилю одягу (наприклад, використання мішкватого одягу), надмірні фізичні навантаження тощо. Це погіршує здоров'я людини, посилює невдоволеність тілом та впливає на перебіг розладів харчової поведінки.

Протилежним антидієтичному підходу є інтуїтивне харчування. Це ефективний недієтичний підхід щодо корекції порушень харчової поведінки на відміну від старих, неефективних та шкідливих дієтичних підходів, які й досі широко використовуються в психологічній та медичній практиці.

Як показують клінічні дослідження, впровадження інтуїтивного прийому їжі призводить до стабілізації ваги, поліпшення психологічного здоров'я, а також можливого поліпшення показників як фізичного здоров'я (наприклад, збалансування артеріального тиску, рівня холестерину, глікемічний контроль для цукрового діабету першого типу), так і психічного (прийняття себе без самокритики, самоповага, розуміння своїх потреб, внутрішня орієнтація тіла, можливість впоратися з негативними станами й емоціями без допомоги їжі, розвиток позитивного погляду на життя та стійкість) [2].

Інтуїтивне харчування – це концепція, пов'язана з харчовою інтуїцією: розуміння себе і сигналів свого тіла (голоду і насичення), усвідомленості у виборі продуктів, харчових вподобань та їх зв'язок з тілом.

Це сучасний недієтичний вагонейтральний підхід, на відміну від тактики обмежень у харчуванні, підрахунку калорій або поділу харчових продуктів на «корисні» та «шкідливі».

Методика навчання інтуїтивному харчуванню полягає в застосуванні на практиці десяти динамічно інтегрованих принципів на основі примирення людини з їжею, відмови від заборон у харчуванні, руховій активності, прийняття свого тіла.

Як зазначає Е. Триболі, клієнти / пацієнти стають експертами щодо своїх тіл – вони вчать довіряти своїй здатності задовольняти свої потреби не за допомогою їжі, відрізняти фізичні відчуття від емоційних та розвивають тілесну мудрість [1].

**Викладення основного матеріалу.** Мета даної публікації – на прикладі роботи з клієнткою показати ефективність інтуїтивного харчування в корекції порушень харчової поведінки. Важливо відзначити, що на початку роботи з даною клієнткою нами була отримана супервізія від співавтора підходу інтуїтивного харчування Евелін Триболі (США).

Вхідні дані: клієнтка, 30 років, з субклінічними порушеннями харчової поведінки. Має неусвідомлений та хаотичний стиль харчування, надмірну зайнятість, відсутність часу на повноцінні прийоми їжі, небажання і невміння планувати своє харчування, годувати себе різноманітною їжею.

Стурбованість та незадоволеність образом свого тіла та вагою змушують клієнтку обмежувати себе певною їжею (солодке, жирне).

Зазвичай, такі обмеження викликають емоційне напруження та подальше емоціогенне переїдання. Це не може не викликати почуття провини, сорому та незадоволеність собою та власним тілом.

Для аналізу харчової поведінки клієнтки на діагностичному етапі використовувалась Шкала для оцінки інтуїтивного харчування (EAS-2) професора Т. Тілки (США) в адаптації Ящишиної Ю. та Фатєєвої М. та опитувальники і робочі таблиці з Програми навчання фахівців Intuitive Eating PRO Skills Training Intensive [1; 3].

Для дослідження харчового досвіду клієнтки застосовувалося інтерв'ю «24 часова спогада про їжу». Для визначення рівня інтероцептивної усвідомленості, яка є найважливішою здатністю для розвитку харчової інтуїції, використовувалась вправа «Пульс» від Е. Триболі.

Робота з клієнткою проводилась протягом п'яти місяців, один раз на тиждень за програмою розвитку навичок інтуїтивного харчування Е. Триболі [1].

Однією з найважливіших опор інтуїтивного харчування є турбота про себе – це щоденний широкий спектр дій щодо задоволення базових фізичних та емоційних потреб (формування режиму дня і харчування, вміння кормити себе вчасно та різноманітно). Клієнтка працювала над забезпеченням достатньої кількості сну та прийомів їжі і до завершення роботи це їй практично вдалося.

Фокусування в процесі терапії на сьомому принципі інтуїтивного харчування «справлятися з емоціями не за допомогою їжі» призвело до

значних змін. Клієнтка отримала досвід переживання життєвих труднощів більш ефективним і здоровим способом шляхом розвитку певних навичок.

Так, клієнтці було запропоновано зупиняти себе фразою «Стоп», якщо хотілось звернутися до їжі завдяки емоціям, не відчуваючи фізіологічного голоду. Після цього пропонувалось відповісти на два наступних питання:

1. Що я відчуваю зараз? (Назвати емоцію, почуття).

2. Що мені потрібно зараз? (Що необхідно, щоб впоратися з почуттями на даний момент?).

Набуваючи усвідомленість у своєму харчуванні, клієнтка проявляла опір, пропускаючи заплановані зустрічі, при цьому все-таки відзначала певний прогрес у харчуванні. Вона почала робити харчові запаси, пододала тягу до заборонених раніше продуктів та легалізувала їх, що зменшило епізоди переїдання.

**Висновки.** Отримані результати роботи вказують на позитивну динаміку за низкою показників інтуїтивного харчування. Так, збільшення показника «використання їжі для задоволення фізичних, а не емоційних потреб» свідчить про зміцнення спроможності проживати почуття, не звертаючись за допомогою до їжі. Для клієнтки стало можливим визначати і аналізувати емоції, які пов'язані з харчуванням. Зростання показника «усвідомлення внутрішніх сигналів голоду і насичення» вказує на набуття звички довіряти своєму тілу в тому, що, скільки і коли потрібно з'їсти, на розвиток здатності відслідковувати момент насичення їжею.

Усвідомлене ставлення до почуттів голоду та ситості, а також примирення з забороненою їжею, сприяло зменшенню у клієнтки епізодів переїдання і збільшенню задоволення від їжі. Засвоївши навички інтуїтивного харчування, клієнтка стала прислухатися до своїх відчуттів під час прийому їжі. Це дало їй можливість розуміти свої бажання і потреби та регулювати емоції без допомоги їжі.

Виходячи з вищевказаного, можна зробити висновок про те, що інтуїтивне харчування як недієтичний науковий підхід може використовуватись як ефективний засіб корекції порушень харчової поведінки та підвищення якості життя людини.

### Список використаних джерел

1. Навчальна програма Евелін Тріболі «Intuitive Eating Pro. Інтуїтивне харчування для професіоналів». Асоціація лікарів і психологів «Розлади харчової поведінки: терапія та превенція». Київ, 2019.

2. Фатеева М. С. (2019). Інтуїтивне харчування у світлі наукових і зарубіжних розшукувань. Теорія і практика сучасної психології. № 3. 153–157.

3. Ящишина Ю., Фатеева М. Адаптація шкали інтуїтивного харчування IES-2 Т.Тулка: лінгвістичний аспект / Міжнародний науково-практичний журнал «Розлади харчової поведінки: сучасний досвід». Х. : ТОВ «Промарт», 2021. №2–3. С. 83–89.

**Волошин Володимир Миколайович,**  
кандидат психологічних наук,  
викладач кафедри військової  
психології та педагогіки  
Військового інституту  
Київського національного університету  
імені Тараса Шевченка,  
м. Київ, Україна

### **МОДИФІКАЦІЯ «ТЕХНІКА ЧОТИРЬОХ ПОЛІВ»**

«Техніка чотирьох полів» була створена, як частина групового протоколу EMDR у 1997 році. Техніку розробив доктор Ігнасіо Хареро (I. Jarero) разом з колегами після катастрофічного урагану в Мехіко.

«Техніка чотирьох полів» розроблялась для раннього втручання, починаючи з перших годин після впливу психотравмуючих факторів.

Техніка застосовується у роботі з малими або великими групами людей, які зазнали однакового типу травми або пережили такі ж травматичні події та знаходяться за межами вікна толерантності (в гіпер-збудженні). Ціллю цієї роботи є десенсибілізація симптомів гострого стресу.

«Техніка чотирьох полів» показала високу ефективність у опрацюванні тривалого травматичного стресу, особливо у роботі з комплексною травмою, також у роботі з ПТСР, який поєднаний з посткомоційним синдромом.

Алгоритм виконання модифікації «Техніка чотирьох полів» для індивідуальної роботи.

Просимо клієнта на чистому аркуші намалювати за допомогою ручки чи олівця картину його ресурсу. Бажано щоб ресурс був протилежний переживанням/переконанням травматичної ситуації. Наприклад, під час травматичної події клієнт відчував втрату контролю, тоді ресурс має бути пов'язаний з ресурсною ситуацією, де клієнт відчував високий рівень контролю над перебігом події.

Такий вибір ресурсу в більшій мірі чим інші допоможе компенсувати відчуття втрати контролю, яке відбулось під час травматичної ситуації. Відповідно це добре стабілізує клієнта. Далі просимо клієнта зосередити свій погляд на картинці і відмітити в якому місці тіла відгукується/відображається малюнок.

Після того, як клієнт встановив контакт з малюнком і тілом, він проводить посилення і закріплення тілесних відчуттів за допомогою техніки «Обійми метелика» (Butterfly Hug). Відбувається інсталяція ресурсу.

Просимо клієнта на поділеному на чотири частини аркуші у верхньому лівому куту намалювати найбільш стресово навантажену картинку з травматичної ситуації. Запитуємо його про рівень стресового навантаження від 0 до 10 (SUD).

При достатній стабільності клієнта, запитуємо: 1) Які емоції ви відчуваєте? Де у вашому тілі вони відгукуються. Далі виконується білатеральна стимуляція.

Коли образ картинки змінюється, клієнт має замалювати змінену картинку у верхньому правому куту.

Далі виконується білатеральна стимуляція до зміни образу картинки. Змінений образ картинки замальовується клієнтом у нижньому лівому куту.

Знову виконується білатеральна стимуляція до зміни образу картинки. Змінений образ картинки замальовується клієнтом у нижньому правому куту.

Процес стимуляції і замальовування картинок на інших поділених аркушах А4 формату продовжується до того часу, доки 2-3 рази підряд буде з'являтися нейтральна або позитивна картинка.

Далі прохаємо клієнта повернутися до того спогаду з якого почали працювати і робиться білатеральна стимуляція до зміни картинки.

Процес стимуляції і замальовування картинок на інших поділених аркушах А4 формату продовжується до того часу, доки 2-3 рази підряд буде з'являтися нейтральний або позитивний образ.

Після цього запитуємо клієнта про рівень стресового навантаження від 0 до 10 (SUD).

Навіть якщо рівень стресового навантаження від (SUD) рівний 0, рекомендується на наступній сесії знову провести оцінювання.

Якщо на наступній сесії рівень стресу (SUD) вище 0, потрібно ще раз пройти алгоритм виконання техніки.

**Висновки.** «Техніка чотирьох полів» ефективна в груповій і індивідуальній роботі на етапах раннього втручання, у роботі з ПТСР, ПТСР в поєднанні з посткомоційним синдромом, з КПТСР.

Завдяки концентрації на процесі малювання, тілесного контакту руки з поверхнею, ручкою чи олівцем утримується хороша орієнтація у теперішньому.

### Список використаних джерел

1. EMDR терапія наслідків психотравми за ред Арне Гофманна. – Львів: вид-во «Світчадо», 2017, 260 с.

**Подкоритова Лариса Олександрівна,**  
кандидатка психологічних наук,  
доцентка кафедри психології та педагогіки  
Хмельницького національного університету,  
м. Хмельницький, Україна

## **РОЗУМІННЯ ЗМІСТУ ПОНЯТТЯ «ТОЛЕРАНТНІСТЬ» У КОНТЕКСТІ РОБОТИ З КРИЗОВИМИ СТАНАМИ**

**Постановка проблеми.** Переживання людиною, спрямованих на неї актів нетерпимості, насильства, агресії на ґрунті статі, національної, релігійної чи іншої приналежності, наявності особливих потреб, інакших, від прийнятих, поглядів тощо провокують стрес, емоційне вигорання, психосоматичні розлади, психологічну травму, депресію.

Для допомоги таким клієнтам важливим як володіння відповідними проблемі психологічними інструментами, так і належними психологічними якостями, зокрема толерантністю.

Поняття «толерантність» стає дедалі популярнішим і вживанішим у сучасному світі. Разом з тим, у наукових та популярних публікаціях, у яких використовується термін «толерантність», можна помітити змішування понять: толерантність ототожнюється із терпінням, терплячістю, нездатністю чинити опір, поступкою, потуранням тощо.

Деякі з цих змішувань мають під собою ґрунт. Але така словникова плутанина ускладнює сприйняття толерантності як властивості, професійно важливої для фахівців, що працюють з людьми, зокрема у кризових станах.

Розуміння змісту поняття сприяє кращому усвідомленню явища, яке воно позначає. Відповідно, *мета цієї публікації* – представити словниковий аналіз поняття «толерантність» і визначити значущість толерантності як явища у контексті психологічної роботи з кризовими станами.

**Викладення основного матеріалу.** Латинське слово «**tolero**» перекладається як нести, тримати; переносити; витримувати, терпіти; платити; годувати; залишатися [4, с. 269]. *Tolerantia* – терпіння, терплячість [4, с. 269].

Сучасний словник іншомовних слів [7, с. 675] визначає толерантність як:

- 1) терпимість, поблажливість до кого- чого-небудь;
- 2) (біол. мед.) здатність організму витримувати несприятливий вплив того або іншого чинника чи середовища;
- 3) імунологічний стан організму, при якому він не може синтезувати антитіла у відповідь на введення певного антигену при збереженні імунної реактивності до інших антигенів; має значення під час пересадки органів і тканин.

Словник української мови не дає визначення слова «толерантність», але пропонує визначення «толерантний» – як поблажливий, терпимий до чийсь думок, поглядів, вірувань тощо [6, с. 179].

Психологічна енциклопедія визначає толерантність так [5, с. 363]:

1) здатність людського організму переборювати труднощі.

У толерантних людей спостерігається знижена чутливість до несприятливих впливів внаслідок підвищення порога емоційного реагування на загрозову ситуацію. У проблемних ситуаціях вони виявляють витримку, не розгублюються і протягом тривалого часу можуть витримувати несприятливі впливи. Вони мають здатність адаптуватися до несприятливих умов без зниження ефективності виконуваної діяльності;

2) терпимість до висловлювання іншими думок, позицій, а також релігійних вірувань, поведінки тощо.

Викладений вище словниковий аналіз дає нам можливість запропонувати два розуміння толерантності:

1) біопсихологічне – як здатність витримувати несприятливі умови і переборювати труднощі;

2) соціально-психологічне – як здатність проявляти терпимість і прийняття щодо інакшості.

Перше розуміння толерантності видається нам здатністю, яку варто розвивати у собі кожній людині, оскільки вона дає можливість чинити опір несприятливим життєвим обставинам, а отже, менше потрапляти у кризові стани та легше з них виходити. У цьому значенні «толерантність» наближається до поняття резильєнтності, а порівняльний аналіз цих термінів видається перспективним для подальших досліджень.

Друге розуміння позначає здатність, важливу для фахівців, що працюють з людьми, зокрема у кризових станах: першим потрібно вміти толерувати інакший від власного життєвий світ, світогляд, систему цінностей, спосіб буття; і ця інакшість часом буває дуже різною.

Словниковий аналіз виявляє «терпимість» як найближчий український відповідник слову «толерантність». Однак, згідно етимологічного словника української мови, слово «терпіти» походить від «терпнути, терпти», «залишатися затерплим» (залишатися заляклим, у заціпенінні) [3, с. 557-558].

Порівнявши таке значення українського «терпіти» з латинським «tolero», серед яких є (див. вище) «нести, тримати; переносити», ми припустили, що слова, які мають у своєму корені «терп» (заклякність, заціпеніння), не відображають повною мірою зміст латинського «першоджерела».

Разом з тим, тлумачні словники визначають поняття «терпимість» і терплячість досить близько до останнього: *терпимість* – це здатність терпимо, поблажливо ставитися до чужих звичок, звичаїв, поглядів і т. ін. [1, с. 1454]; *терплячість* – це:

1) здатність стійко без нарікань витримувати фізичні і/або моральні страждання, життєві злигодні тощо. Уміння довго та спокійно витримувати щось нудне, неприємне, небажане тощо;

2) здатність довго і наполегливо робити що-небудь, займатися чим-небудь;



З) = страждання – зазнавати фізичного болю, мучитися від нього; якась недуга; моральні муки, болісні переживання; нудьгувати, томитися, кохаючи когось; шкода, збитки [1, с. 1407].

Таким чином, поняття «толерантність», «терпимість», «терплячість» є, на нашу думку, синонімічними, але нетотожними.

Спільним для них є позначення здатності однієї людини поблажливо («по благу») і спокійно ставитися до інакшості інших людей. Відмінним – спосіб цього ставлення: активний (толерантність) чи пасивний (терпимість, терплячість).

У контексті цього дослідження доцільно звернутись до Декларації принципів толерантності / терпимості, затвердженої ЮНЕСКО 16 листопада 1995 р.

Згідно цього документа толерантність – це:

а) поважання, сприйняття та розуміння багатого різноманіття культур нашого світу, форм самовираження та самовиявлення людської особистості;

б) єдність у різноманітті;

в) те, що уможливлює досягнення миру, сприяє переходу від культури війни до культури миру;

г) активна позиція, що формується на основі визнання універсальних прав та основних свобод людини;

д) обов'язок сприяти утвердженню прав людини, плюралізму (у тому числі культурного плюралізму), демократії та правопорядку;

е) поняття, що означає відмову від догматизму й абсолютизму, утвердження норм, закріплених у міжнародно-правових актах у галузі прав людини [2].

Таким чином, толерантність – це прояв поваги до інших, не залежно від їх поглядів, станів, індивідуально-психологічних, соціальних, національних та багатьох інших особливостей. У психологічному контексті це наближає нас до безумовного прийняття, за К. Роджерсом. А безумовне прийняття – це те, чого особливо гостро потребують люди, що перебувають у кризових станах.

**Висновки.** Визначено два підходи до розуміння поняття «толерантність»: біопсихологічне і соціально-психологічне; у контексті роботи із кризовими станами перше пов'язане зі здатністю витримувати такі стани, друге – здатність особи приймати і поважати інакший від власного світогляд, систему цінностей тощо.

Виявлено, що українські слова «терпимість» і «терплячість» є синонімічними, але нетотожними латинському «толерантність».

З'ясовано, що толерантність позначає повагу до інакшості і її прийняття.

Показано, що толерантність є важливою умовою для психологічної роботи із кризовими станами. Виявлені такі *перспективи подальших досліджень* як порівняння понять «толерантність» та «резильєнтність», «толерантність» і «безумовне прийняття».

**Список використаних джерел**

1. Великий тлумачний словник української мови / уклад. і голов. ред. В.Т.Бусел., Київ;-Ірпінь: ВТФ «Перун», 2006. 1728 с.
2. Декларація принципів терпимості URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995\\_503?lang=uk#Text](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_503?lang=uk#Text) (дата звернення: 01.10.2021).
3. Етимологічний словник української мови, Т. 5. К., 2006, с. 557-558
4. Латинсько-український та українсько-латинський словник. Київ: Чумацький шлях, 2009. 617 с.
5. Психологічна енциклопедія / упор. О.М. Степанов. Київ: Академвидав, 2006. 424 с.
6. Словник української мови: в 11 томах. Том 10, 1979. 658 с.
7. Сучасний словник іншомовних слів, Київ: вид-во «Довіра», 2006. 789 с.

**Наукове видання**



**ПСИХОЛОГІЯ КРИЗОВИХ СТАНІВ:  
НАУКА І ПРАКТИКА**

Збірник матеріалів  
Міжнародної науково-практичної  
онлайн-конференції  
(4-6 листопада 2021 року)

