

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ІМЕНІ П. Л. ШУПИКА

Фармацевтичний та медико-профілактичний факультет
Кафедра педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права

На правах рукопису

Світлик Тетяна Сергіївна

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

за спеціальністю 053 «Психологія»

на тему: **«Використання метафоричних асоціативних карт для роботи з людьми, які потрапили у складну життєву ситуацію»**

Керівник:

Блінов Олег Анатолійович,

доктор психологічних наук, професор,

професор кафедри педагогіки, психології, медичного та фармацевтичного права НУОЗ України імені П.Л. Шупика

Рецензент:

Бєлавіна Тетяна Іванівна,

кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник,

доцент кафедри практичної психології та соціальних технологій Приватного вищого навчального закладу «Європейський університет».

Робота містить результати власного дослідження автора. Використані здобутки інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Т.С. Світлик
(підпис)

Робота допущена до захисту 02 грудня 2024 року.

Завідувач випускової кафедри

_____ професор В.В. Краснов
(підпис)

Київ – 2024

АНОТАЦІЯ

Світлик Т.С. Використання метафоричних асоціативних карт для роботи з людьми, які потрапили в складну життєву ситуацію. Рукопис.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра за спеціальністю 053 «Психологія». Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика. МОЗ України, Київ, 2024.

Кваліфікаційна робота присвячена використанню метафоричних асоціативних карт у роботі з людьми, які потрапили у складну життєву ситуацію, на етапі реформування сфери охорони здоров'я, що сприятиме підвищенню ефективності та якості лікувально-діагностичних заходів надання медичної допомоги людям в регіоні, підвищенню рівня стресостійкості та подолання складних життєвих обставин в регіоні, покращенню показників адаптації до викликів життя, та психоемоційної стійкості особистості.

Виявлено особливості та тенденції загальної медико-демографічної ситуації у Дніпропетровській області, проведено аналіз основних показників стану особистісної ефективності діяльності системи охорони здоров'я, та особливо паліативної служби в регіоні з метою підвищення рівня та якості надання медичної допомоги населенню.

Проаналізовано багаторівневу структуру надання медичної паліативної допомоги людям в Дніпропетровській області, її обсяг та характер залежно від рівня лікувально-профілактичного закладу, на основі чого обґрунтовано оптимізовану функціонально-організаційну модель поліпшення психічного здоров'я людей регіону з використанням метафоричних асоціативних карт в роботі практичного психолога. З цією метою запропоновано основні напрямки застосування методів глибинної арт-терапії, а саме метафоричних асоціативних карт у роботі практичного психолога. Проведено дослідження ефективності застосування метафоричних асоціативних карт для надання медичної допомоги на прикладі вторинної спеціалізованої медичної допомоги на базі лікарні. Для поліпшення роботи лікарні, окрім традиційних методів впровадження новітніх досягнень медичної науки, пропонується застосування метафоричних асоціативних карт у роботі з людьми, які потрапили у складну життєву ситуацію, що дасть можливість концентрувати сили і засоби, ефективніше впроваджувати в практику досягнення медичної науки і техніки для реалізації кінцевої мети – покращення методів профілактики, діагностики та лікування захворювань.

Науково обґрунтовані концептуальні підходи до організації системи спеціалізованої медичної допомоги дітям на регіональному рівні в період реформування сфери охорони здоров'я, доведено їх медичну, соціальну та економічну ефективність.

Ключові слова: паліативна допомога, метафоричні асоціативні карти, оптимізація надання медичної допомоги.

SUMMARY

Svitlyk T.S. Using metaphorical associative maps to work with people who are in a difficult life situation

Qualification paper for an educational degree of Master on speciality 053 Psychology. Shupyk National Healthcare University of Ukraine. Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, 2024.

The qualification work is dedicated to the use of metaphorical associative maps in working with people who find themselves in a difficult life situation, at the stage of reforming the healthcare sector, which will contribute to increasing the efficiency and quality of medical and diagnostic measures for providing medical care to people in the region, increasing the level of stress resistance and overcoming difficult life circumstances in the region, improving the indicators of adaptation to life's challenges, and psycho-emotional stability of the individual.

The features and trends of the general medical and demographic situation in the Dnipropetrovsk region were identified, and the main indicators of the state of personal effectiveness of the health care system, and especially palliative care in the region, were analyzed in order to improve the level and quality of medical care provided to the population.

The multi-level structure of providing medical palliative care to people in the Dnipropetrovsk region, its volume and nature depending on the level of the medical and preventive institution, was analyzed, on the basis of which an optimized functional and organizational model of improving the mental health of people in the region using metaphorical associative maps in the work of a practical psychologist was substantiated. For this purpose, the main directions of applying the methods of deep art therapy, namely metaphorical associative maps in the work of a practical psychologist, were proposed. A study of the effectiveness of using metaphorical associative maps for providing medical care was conducted using the example of secondary specialized medical care on the basis of a hospital. To improve the work of the hospital, in addition to traditional methods of implementing the latest achievements of medical science, it is proposed to use metaphorical associative maps in working with people who have found themselves in a difficult life situation, which will make it possible to concentrate forces and means, more effectively implement the achievements of medical science and technology in practice to achieve the ultimate goal - improving methods of prevention, diagnosis and treatment of diseases.

Scientifically substantiated conceptual approaches to the organization of a system of specialized medical care for children at the regional level during the period of healthcare reform, their medical, social and economic effectiveness are proven.

Keywords: palliative care, metaphorical associative maps, optimization of medical care.

АНОТАЦІЯ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	5
ЗМІСТ	4
ВСТУП	6
РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ОСНОВИ РОБОТИ ТА ДОСЛІДЖЕННЯ МАК З ЛЮДЬМИ, ЯКІ ПОТРАПИЛИ В СКЛАДНУ ЖИТТЄВУ СИТУАЦІЮ	10
1.1. Історичні аспекти створення, типологія колод та сфера застосування метафоричних асоціативних карт	10
1.2. Основні правила, прийоми та способи роботи з МАК	19
1.3. Особливості емоційної сфери та реагування людей, які потрапили у складну життєву ситуацію	25
Висновки до 1 розділу	
РОЗДІЛ ІІ. ОПИС ВИБІРКИ, МЕТОДІВ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ	65
2.1. Опис і характеристика вибірки вибірки дослідження	65
2.2. Опис методів і характеристика дослідження	66
Висновки до 2 розділу	
РОЗДІЛ ІІІ. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ІНТЕРПРИТАЦІЯ	80
3.1. Аналіз ефективності застосування МАК у людей, які знаходяться в паліативному стаціонарі	80
3.2. Аналіз ефективності застосування МАК у людей, які знаходяться під паліативним супроводом вдома	94
3.3. Аналіз ефективності застосування МАК у людей, які знаходяться в інших відділеннях, але є потенційними паліативними пацієнтами	109
3.4. Порівняльний аналіз особливостей застосування МАК у людей які потрапили в складну життєву ситуацію і є паліативними пацієнтами	122
Висновки до 3 розділу	
ВИСНОВКИ	128
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	131
ДОДАДКИ	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АРА – Американська психологічна асоціація

DSM-5 – американське діагностичне та статистичне керівництво психічних розладів 5 перегляду

ВООЗ Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

CGI-S – загальне клінічне враження – Шкала тяжкості

CGI – I – загальне клінічне враження – Шкала покращення

ХБС – хронічний больовий синдром

МАК – Метафоричні асоціативні карти

ЦНС – центральна нервова система

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

ВСТУП.

Актуальність дослідження. Сьогодення взагалі характеризується надшвидкісними темпами розвитку науково-технічного прогресу, глобальній інформатизації суспільства і надшвидкісними змінами у всіх сферах діяльності людини. Впровадження новітніх ефективних методів роботи практичним психологом є однією з вимог сучасності, запорукою його професійного успіху та гарантією позитивного настрою від результату своєї роботи. Так як виклики, які пов'язані з війною в Україні, з складним соціально-економічним становищем та стосуються впливу різних стрес-факторів як на звичайну людину так і на військовослужбовців загалом, вимагають від професіоналів «допомагаючих» професій, а саме клінічних психологів, володіти сучасними ефективними інструментаріями діагностики, профілактики і методами подолання негативних станів у людей які потрапили у складні життєві ситуації. Адже на сьогодні існує потреба українського суспільства саме у подоланні кризових та складних життєвих ситуацій, підвищенню стресостійкості, та запобіганню впливу наслідків від таких негативних чинників на життя людини і суспільства загалом.

Успішне подолання кризових та різних складних життєвих обставин людиною дозволяє зберегти їй своє як фізичне так і психічне здоров'я, якісно соціально реалізовуватися, зберегти високу працездатність, бути дієвою, гармонійною та з можливістю щоденно з творчим підходом розв'язувати складні виклики сучасності.

Таким чином, внутрішня організованість, гармонія та високий потенціал створюють великий внутрішній ресурс, який становить психологічну основу сильної особистості і суспільства в цілому, що так необхідно нам в умовах війни та подальшому подоланні її наслідків. Одним із новітніх сучасних інструментів психолога є застосування у своїй роботі метафоричних асоціативних карт, які не тільки максимально заохочують творчо розвиватися людину, а й удосконалюють вміння творчо вирішувати складні життєві ситуації. Так як вони не тільки полегшують психотерапевтичний процес, але й дають унікальну можливість

проникнути в найглибші рівні підсвідомості, допомагають зрозуміти, що саме потрібно зробити людині щоб вирішити свої проблеми.

Отже, проблема психологічного благополуччя людини є особливо актуальною і важливою сьогодні.

Такий психологічний інструмент як метафоричні асоціативні карти – це чудовий помічник практичного психолога, що допомагає ефективно працювати з будь-якою проблемою клієнта. Незважаючи на досить широкий вибір як самих різновидів карт так і методик роботи з ними, на мою думку, на сучасному етапі недостатньо глибинного наукового обґрунтування і наукового аналізу ефективності щодо їх застосування.

Мета дослідження – теоретично і емпірично дослідити особливості і перевірити ефективність застосування метафоричних асоціативних карт у роботі практичного психолога з людьми, які потрапили у складні життєві обставини. Дана мета поставила такі завдання для проведення дослідження:

1. Виявити практично при яких проблемах можна застосовувати метафоричні асоціативні карти для допомоги людям, які потрапили у складні життєві обставини.
2. Визначити які саме колоди можна найбільш доцільно застосовувати.
3. Провести практичне дослідження на прикладі окремих діагностичних груп з застосуванням різних видів карт.
4. Опрацювати емпіричні дані експерименту методами статистики, здійснити психологічну інтерпретацію отриманих результатів, зробити висновки щодо використання окремих колод при різних психологічних запитах подолання складних життєвих ситуацій у пацієнтів.
5. Розробити власну методику практичного застосування МАК для допомоги людям, які потрапили у складні життєві обставини.

Об'єкт дослідження – особистісний ресурс людей, які потрапили у складні життєві обставини.

Предмет дослідження – ефективність використання метафоричних асоціативних карт для роботи з людьми, які потрапили в складну життєву ситуацію.

У процесі дослідження для розв'язання практичних задач було використано комплекс таких методів:

- Теоретичні – аналіз, синтез, узагальнення та систематизація отриманих даних. Виявлення закономірностей і відмінностей при практичному застосуванні МАК у людей з різними складними життєвими ситуаціями;
- Емпіричні методи – проведення анкетування, та психологічного експерименту;
- Математичні методи – методи описової статистики: факторний аналіз (метод головних компонент, обертання Varimax), ϕ -критерій Фішера та H -критерій Краскела-Уолліса. Факторний аналіз – метод статистично-математичної обробки даних, який використовується при обробці великих масивів експериментальних даних для пошуку взаємозв'язку між результативними даними та зробити висновки щодо ефективності застосування МАК у людей, які потрапили в різні складні життєві ситуації.

В якості практичного інструментарію було використано колоди карт:

«Стоп-стрес» автор Блінов О.А.;

«Струни душі» автор Блінов О.А.;

«ОН» - класична колода.

Організація та база дослідження. Базою дослідження виступила лікарня з надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, а саме: 1 група - пацієнти, які перебувають під мобільним паліативним наглядом і перебувають

вдома; 2 група – пацієнти, які перебувають у відділенні стаціонарної паліативної допомоги (та є потенційними пацієнтами паліативного стаціонару).

Теоретичною основою дослідження стали розробки Елі Рамана та Морітц Егетмейером, і багатьох вітчизняних практиків та науковців які розвивали сферу практичного застосування МАК в Україні.

Гіпотеза тяжка життєва ситуація значно впливає на особистісний емоційний стан людини, сприяючи розвитку негативних тривожно-депресивних станів.

Практична значущість мого дослідження заключається у тому, що результати та висновки кваліфікаційної роботи можуть бути використані у практичній роботі клінічного психолога з людьми, які потрапили у складні життєві ситуації і завдяки роботі з МАК ефективно долають ці обставини.

Наукова новизна – незважаючи на те, що як в Україні так і у світі створюється неймовірна кількість нових колод метафоричних асоціативних карт та новітніх технік роботи з ними, вважаю що саме науково обґрунтованих праць по саме використанню їх для практичної роботи з людьми, які потрапили у складну життєву ситуацію недостатньо.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРАКТИЧНІ ОСНОВИ ВЗАЄМОДІЇ, ПРАКТИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ТА ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ МАК У РОБОТІ З ЛЮДЬМИ, ЯКІ ПОТРАПИЛИ В СКЛАДНУ ЖИТТЄВУ СИТУАЦІЮ.

1.1. Історичні аспекти створення метафоричних асоціативних карт.

Вперше термін «проекція» був використаний відомим психологом Франком у 1939 році для об'єднання відомих методик: асоціативного тесту Юнга, тесту чорнильних плям Роршаха (1921) – колірний тест Макса Люшера (1937). А вже в 1975 році канадійський художник, професор мистецтвознавства Елі Раман створив набір маленьких картин, які були розміром зі звичайну гральну карту, що давало можливість завжди мати ці картинки при собі і насолоджуватися мистецтвом живопису в будь-який момент. Тривалий час він викладав в університеті Ратгерс в Нью-Джерсі, та досліджував так звану «змінну структуру» особистості, що на його думку та з його точки зору є формою самовираження. Створення цих малюнків звичайного карткового формату стали потужним поштовхом також для його власного саморозвитку і творчості. Він цілком справедливо вважав, що карти, які поміщаються в руці і кишені, мають нескінченне число варіацій, способів використання і паралельно дають можливість бути причетними до мистецтва [10]. Перша колода карт була створена у 1975 році і отримала назву «ОН» (вигук в англійській мові, за допомогою якого висловлюють подив). Саме так реагували люди на те, що виходило в результаті від цього процесу. Таким чином карти «ОН» стали першоджерелом нового напрямку – метафоричних асоціативних карт і поклали основу для розробки більшості інших колод.

У 1983 році Елі Раман познайомився з Морітц Егетмейером, який проживав на маленькому канадійському острові. За фахом Егетмейер був психотерапевтом, та розгледів в цих картинках інструмент для своєї роботи, роздивився «проекційну» складову цих картинок. Він уклав з Елі Раманом

договір, згідно якого придбав право на продажу карт «ОН» в Європі, зокрема у Німеччині. В одному зі своїх інтерв'ю Морітц зізнався, що насправді не він вибрав карти, а карти вибрали його: «Хоча я цього не припускав і не планував, але вийшло так, що карти «ОН» стали сенсом мого життя!».

Психотерапевт Джо Шліхтер розробив правила і принципи використання карт як психологічного інструментарію. На думку Морітца Егетмейера, карти є приємним інструментом, відкритою системою, яка може використовуватися різними людьми з найрізноманітнішими цілями. Вони можуть бути корисними не тільки психотерапевтам, а також викладачам живопису, літератури, тренерам і всім тим, хто належить до педагогічних і допоміжних професій. Він зауважував: «Кarti «ОН» - це зірка з багатьма променями, вони можуть висвітлювати все навколо і привести до осяяння, сприяти підвищенню рівня самосвідомості» [11].

Однак німецькі видавництва вважали, що карти не є придатними до продажу широкому загалу, так виникло очолюване Морітцом Егетмейером видавництво «ОН Verlag», яке функціонує і сьогодні і спеціалізується на видавництві метафоричних асоціативних карт.

Вперше карти «ОН» було презентовано публіці у Німеччині у 1985 році Елі Раманом і Морітцом Егетмейером в Ессені, на дні ігор. Зроблено це було у первісному, терапевтично-асоціативному форматі: люди наосліп витягували карти – одна з картинкою, а інша з текстом і треба було прокоментувати, які спонтанні почуття, думки та асоціації виникали при цьому. Багато представників великих типографій з цікавістю розглядали ці карти. Але у виставкових павільйонах неможливо було створити ту довірчу атмосферу, яка була необхідна для використання карток у терапевтичних цілях.

Несподівано Морітцу Егетмейеру спало на думку супроводжувати картинку історіями, щоб полегшити освоєння публікою абсолютно нового виду ігор. Ця ідея стала поштовхом, який пізніше призвів до створення «САГІ» (SAGA) – другої колоди метафоричних асоціативних карт. Ця історія повторювалася і надалі – сама практична робота та взаємодія з картами та

людьми, які їх використовують, стимулювали та сприяли появі нових концепцій карток і відповідно нових колод. Вже у 2013 році налічувалося вже близько 18 колод, а зараз їх набагато більше і їх популярність постійно зростає, так як це чудовий та дієвий інструмент як самопізнання, так і доступу до підсвідомості іншої людини.

Також зауважу, що значний внесок у розвиток розробки метафоричних асоціативних карт внесла Офра Аялон – всесвітньовідома ізраїльська експерт по практичній роботі зі стресами, травмами і кризовими станами. Вона дала картам високу оцінку : «У нашій уяві є всі кольори, щоб прикрасити свій світ. Ми - маги! Але ми не дозволяємо собі вірити в те, що диво живе всередині нас. Чари існують в будь-який момент часу, у дитинстві ми це пам'ятаємо, а потім забуваємо, а потім ...згадуємо знову. Карти – це ключі, для відкриття дверей усередині нас».

В Україні метафоричні асоціативні карти з'явилися порівняно недавно. Вони були прийняті з натхненням як фахівцями допомагаючих професій: психологами, соціальними педагогами, психотерапевтами та соціальними працівниками, так і широким колом людей, які цікавляться самопізнанням і саморозвитком [12].

Лідерство і авторство у сфері метафоричних асоціативних карт належить Верніковій Ніці (керівник Інституту психології розвитку «Максимум»), Морозовській Єві (керівник Інституту проєктивних карт), Тарариній Олені (президенту ОО «Східноукраїнська асоціація арт-терапії»), Мілютіній Катерині (доктору психологічних наук, професору), Вікторії Ратєєвій і Вікторії Муромець (кандидати пед. наук), Матрухановій Наталії, Петровій Аллі (кандидати психологічних наук), Затворнюк Оксані, Руслані Ходуліній, Марині Давиденко, Блінову Олегу Анатолійовичу – професору, доктору психології.

Типологія колод метафоричних асоціативних карт.

Якщо розглянути класифікацію метафоричних асоціативних карт, то їх можна розділити за такими характеристиками:

Залежно від виробника:

- Oh-verlag (Німеччина) – видавництво Морітца Егетмайєра;
- Oh-card – перша колода, створена в 1979 році, яка містить 88 карток зі словами + 88 карток з картинками – робота з внутрішніми питаннями;
- Persona – 77 карт портретів дорослих і 33 карти, що ілюструють можливі види взаємин – міжособистісні стосунки;
- Personita – 77 портретів дітей та 44 карти з силуетами у різних життєвих ситуаціях: міжособистісні стосунки;
- Ессо – 99 карток з абстрактними зображеннями – розвиток творчої уяви, робота з настроєм;
- Saga Mythos – 55 карт – твір історій, оповідання;
- Habitat – довкілля – 88 карт, що ілюструють взаємини людини з навколишнім середовищем;
- Morena – 88 карт із зображенням аборигенів племені Шингу та 22 карти зі слідами – ресурсна колода, всі карти дуже добрі, яскраві та життєрадісні;
- Core – 88 карт, що відображають реакції людей на травмуючі події та способи подолання емоцій і 6 карт з руками: травма, криза, катастрофа;
- Tap Doo – остання колода видавництва, створена у 2012 році, 99 карток з різними ситуаціями з життя пар та 44 карти з дорожніми знаками, що ілюструють ідею спільного життєвого шляху: робота з міжособистісними відносинами.

Світ карт Іцика (Ізраїль):

- Merlin – повсякденні та духовні ситуації з життя легендарного Мерліна: внутрішні ресурси;
- Ansbi – слова та картинки: проблемні ситуації у житті дитини, стосунки у ній;
- Звір та дитина – зображення та тіні дитини та звіра – інстинкти.

Щодо України, то важко виділити якусь окрему школу, так як існує безліч видів метафоричних асоціативних карт. Є автори, які створюють інструменти в певних напрямках.

Також колоди певним чином можна розподілити на декілька видів:

- Універсальні – це МАК різнопланового характеру, коли в одній колоді будуть і ресурсні, теплі, життєрадісні картинки, і картинки з різними життєвими ситуаціями, і портрети, і пейзажі, і предмети, і абстрактні, і зрозумілі. І незрозумілі. Це саме та колода, за допомогою якої можна провести консультацію, знайти тут і ситуацію клієнта, і виявити проблему, і дати ресурс, і знайти вихід-рішення. Це скоріш за все картинки про зміст, почуття, про стан людини, про його бажання, мрії та цінності. Саме з універсальною колодою рекомендують починати роботу психологу-початківцю, щоб застосувати цей інструмент, і зрозуміти, наскільки подобається з ним працювати. З класичних універсальних колод виокремлюють Oh-card, Saga Mythos, Core, Habitat.
- Портретні – колоди МАК, на зображенні яких є лиця, персонажі, у більшості випадків це звичайні портрети, а іноді зустрічаються герої мультфільмів, кіно та казок. Ці колоди використовуються для роботи з субособистостями, соціальними ролями, станами, емоціями, почуттями. Ці колоди необхідні в тому випадку, коли треба, щоб клієнт асоціював себе з героєм, розказав про себе через героя. Іноді це необхідно для того, щоб розповісти про щось не просте, про що іноді говорити складно. А через карту простіше. А іноді саме ці карти потрібні, щоб наділити себе конкретними якостями певного героя, асоціювати себе з ним, провести паралелі. Із класичних колод це - Persona та Personita.
- Сюжетні – це колоди МАК, на картинках яких зображені різні ситуації та сюжети. Вони потрібні для роботи з переконаннями, життєвими сценаріями, бажаннями, цілями, потребами, стосунками між людьми, ставленням

людини до якоїсь конкретної ситуації, з класичних колод сюди можна віднести Oh-card, Saga Mythos, Cope, Habitat, Morena.

- Ресурсні – це колоди МАК, які використовують для того, щоб підвищувати потенціал, піднімати настрій, дарувати наснагу та натхнення. Після роботи з цими картами людина ніби знаходить опору всередині себе, відчуває в собі сили справитися зі своєю проблемою або завданням, які до цього моменту вважалися складними та невирішеними. А в професійних руках психолога карти можуть зазвучати так, що подарують клієнту відчуття «море по коліна». Якщо таке відчуття з'явилося, його необхідно «заякорити» - можна сфотографувати цю карту або композицію з декількох карт і залишити в замітках телефона, щоб пізніше повертатися до свого ресурсу та підживлюватися знову і знову. Ще сильнішим буде ефект якщо поставити цей «якір» на заставку телефона, щоб якомога частіше бачити його. З такою картинкою-якорем можна «говорити», запитувати про пораду або підказку. Однією з самих відомих класичних ресурсних колод є Morena, картинки якої показують життя бразильського плем'я Шингу, де зображені люди, які вважаються найщасливішими в світі. Також ресурсною вважається колода Cope.
- Абстрактні колоди – це колоди з абстрактними, малозрозумілими картинками. На абстрактних картинках зображені кольорові плями, лінії, клієнт не бачить чітких предметів, об'єктів, велика роль відведена уявленню. Іноді ці плями та лінії можуть бути на щось схожі, наприклад на лице або фігуру. Абстрактні картинки широко використовуються в МАК так як клієнту представлений великий політ для фантазії, своїх асоціацій та змісту.

Також можна класифікувати МАК в залежності від характеру зображення та їх джерела:

- Bosh (сад земних насолод);
- ЕССО (абстракція);

- Lydia Jacob Story (колажі);
- Борегард (колажі);
- Таїті (Поль Гоген, фрагменти робіт).

Оповідальні колоди:

- Saga (архетипова колода);
- Mythos (міфи північних народів);
- Shen Hua (міфи стародавнього Китаю);
- 1001 ніч (міфи та казки).

Карти, які використовуються для психотерапевтичних ігор:

- Habitat;
- Morena.

Сфера застосування метафоричних асоціативних карт.

Метафоричні асоціативні карти є терапевтичною метафорою в концентрованому виді. Які ж основні задачі можна вирішити за допомогою МАК?

- Арт-терапія;
- Інтелектуальна та корисна розвага в колі друзів та однодумців;
- Розвиток творчих здібностей;
- Розвиток творчого потенціалу у дітей та дорослих;
- Бізнес-консультування;
- Розвиток навичок «командної гри»;
- Комунікаційні тренінги та ігри;
- Перспективи розвитку бізнесу;
- Робота з особистими та професійними стосунками;
- Вирішення спорів та проблем у професійному колективі;
- Розстановка задач на підприємствах для більш ефективного прийняття та управління рішеннями;
- Ефективне управління персоналом;

- Особистісний розвиток та зростання;
- Актуалізація особистісного зростання;
- Допомога в подоланні стресових ситуацій;
- Вияснення причин і шляхи вирішення питань в особистому житті;
- Подолання особистих криз;
- Образ свого «Я», цінності, установки, зміст діяльності, покращення якості життя;
- Вибір між роботами і змінами сферами діяльності;
- Вищі причини та зміст;
- Дослідження внутрішнього образу «Я»;
- Виявлення причин внутрішнього конфлікту;
- Пошук ресурсних станів;
- Пошук свого місця в житті;
- Пошук свого призначення в житті;
- Виявлення причин родинних сценаріїв життя;
- Робота з психосоматичними захворюваннями;
- Робота зі своїми «субособистостями»;
- Робота зі сновидіннями та фантазіями;
- Розкриття цікавості до самопізнання та саморозвитку;
- Професійні психологічні задачі;
- Можливість швидко та наглядно отримати необхідний об'єм інформації для якісної роботи з клієнтом та його проблемою;
- Можливість звернутися до психотравмуючої ситуації клієнта через метафору і тим самим уникнути його додаткової ретравматизації;
- Обхід внутрішнього опору і раціонального захисту шляхом зниження свідомої цензури;
- Отримання картини взаємодії клієнта з будь-якими ідеями і образами із його зовнішньої або внутрішньої реальності;
- Зняття внутрішнього тиску і супротиву клієнта;

- Зняття захисних установок і реакцій;
- Створення атмосфери безпеки і довіри;
- Створення позитивної обстановки в якій можуть здійснюватися групова комунікація і обмін думками;
- Встановлення довіри між психологом та клієнтом;
- Формування позитивного мислення;
- Робота зі стосунками;
- Корекція і терапія міжособистісних стосунків;
- Подолання кризових етапів у стосунках;
- Вирішення конфліктів та конфліктних ситуацій;
- Терапія дитячо-батьківських відносин;
- Терапія сімейних відносин;
- Можливість побачити наміри партнера у стосунках;
- Робота зі страхами і травмами;
- Пропрацювання і терапія страхів;
- Пропрацювання і терапія травм;
- Вияснення причини захворювання та знаходження ресурсу для одужання;
- Робота з лінійкою часу, моделювання і дослідження будь-яких процесів в минулому і майбутньому;
- Робота з ПТСР;
- Реабілітаційна робота з людьми, які алко- та нарко-залежні.

Отже, метафоричні асоціативні карти – це двері у внутрішній простір людини, що забезпечують швидкий контакт із несвідомим. Метафори, образи та асоціації дозволяють з легкістю доторкнутися до витісненого матеріалу. І, оскільки несвідоме проявляється метафорою, карти сприймаються цією структурою психіки як метафори.

1.2. Основні правила та прийоми роботи з МАК.

Метафоричні асоціативні карти – це сучасний різносторонній інструмент психологічної роботи (терапевтичної, консультаційної та корекційної), який сумісний якщо не зі всіма, то з більшістю психологічних методів, а також спосіб самопізнання та творчого вираження, який застосовують в різноманітних сферах життєдіяльності людини. В теперішній час загальноприйнятою є концепція, яка виокремлює 7 теоретико- методологічних парадигм психологічних втручань (інтервенцій), базуючись на їх філософсько-ідейному обґрунтуванні:

- Психодинамічну (глибинна психологія);
- Гуманістичну;
- Когнітивно-поведінкову;
- Екзистенційно-феноменологічну;
- Конструктивістську;
- Системну;
- Еклектичну і інтегративну.

Можна виділити наступні принципи використання МАК:

1. Метафоричність та імажинативність – так як карти сприймаються структурою психіки як метафори.
2. Символізм – кожен клієнт бачить у символі певний, значимий лише йому сенс, що виникає в результаті інтеграції свідомого (думки, уявлення, ідеї, спогади та інше) та несвідомого матеріалу.
3. Універсальність – використовуються психологами різних психотерапевтичних шкіл у роботі з клієнтами будь-якого віку, будь-якого рівня освіти, соціального положення, віросповідання та національності. Більш того, карти полегшують роботу з широким колом людей, які мають недостатній рівень освіти, низький рівень інтелекту, складність вербалізації (наприклад при алекситимії).
4. Однозначність та точність – мається на увазі правильне, коректне і точне формулювання питань.

5. Доступність звернення до клієнта – звернена до клієнта мова має бути йому ясна, зрозуміла і повинна збігатися з його мовною практикою.
6. Алгоритмізованість – послідовність пред'явлення карт та питань, що їх супроводжують з урахуванням необхідності використання нижченаведеного алгоритму психогенезу проблеми: діагностується перша група симптомів на підставі початкових скарг, пред'явлених клієнтом, його родичами або на підставі безпосереднього спостереження за його поведінкою; виявляються симптоми та синдроми, що поєднуються уже встановленими; аналіз карт та відповідей на питання в контексті оцінки етіологічних факторів, типу реагування на проблему (ендогенного, екзогенного та психогенного) та рівня розладу чи психічного порушення.
7. Перевіряння на адекватність – реалізація цих принципів вимагає уточнення конгруентності понять, що обговорюються, і виключення неекологічної інтерпретації відповідей.
8. Неупередженість – немає «правильної» і «неправильної» інтерпретації карт, як і немає правильного і неправильного способу витягувати карти. Психолог не повинен нав'язувати клієнту свою інтерпретацію та власну думку про наявність того чи іншого симптому.
9. Асоціативність – психолог актуалізує проблему за допомогою асоціацій, що допомагають заново пережити деякі глави історії свого життя. Виділяємо два способи асоціювання: пряме (непряме) асоціювання. Способами асоціації слів, що містяться, наприклад у наборі «ОН», з розглянутою проблемою може бути пряма асоціація.
10. Комплексність впливу – незважаючи на те, що можливими мішенями терапії можуть стати духовний, когнітивний, емотивний, тілесний та поведінкові рівні, слід пам'ятати, що головним завданням терапевта є першочерговий вплив на емотивний і тілесний рівень, оскільки саме в них найчастіше й осідає негативний заряд. Корисна з цього приводу така концепція. Відповіддю на вплив травмуючого характеру є використання захисної копінг, що зберігається в несвідомому – стратегії, яка колись

допомогла впоратися з негативними переживаннями. Не пропрацьовані негативні емоції, почуття, страхи, тощо викликають тілесне напруження, зневажливе ставлення якого трансформує їх у тілесний психосоматичний симптом. Робота з раціоналізацією проблеми та з ірраціональними думками, безумовно, необхідна, але далеко не вона – гарант ефективності терапії. Практика показує необхідність роботи в першу чергу з емоціями, почуттями та тілом. Наприклад, в результаті раціональної психотерапії, проведеної за допомогою метафоричних асоціативних карт, жінці, яка звернулася за допомогою з приводу алкоголізму чоловіка, вдалося вибачити його на когнітивному рівні.

11. Безпека – метафоричні асоціативні карти дають можливість у режимі безпеки спроектувати на них свій внутрішній стан, відключившись на якийсь час від тривожного матеріалу. Будь-яка карта може бути по-різному інтерпритована, а завдяки чисельності карт та варіативності їх комбінацій клієнт знаходить саме ту картинку, яка допомагає спроектувати актуальний стан. Принцип безпеки полягає, по-перше, у тому, що карту в процесі роботи можна перевернути, прибрати, відсунути, перемістити на обрану клієнтом безпечну відстань, по-друге, розповідь про карти супроводжується відчуттям того, що людина говорить не про себе, а про карти, і, по-третє, клієнт сам вибирає ступінь саморозкриття та глибину занурення у несвідоме.
12. Екологічність – не хотіти більше того, чого хоче клієнт (виключити домінування, авторитарність, психологічний тиск) і не нав'язувати клієнту того вибору, від якого він відмовляється.
13. Конфронтаційність – вибрана клієнтом карта дозволяє швидко проникнути у глибини несвідомого. При цьому людина не усвідомлює, що віддане їм зображення «каже» про проблему набагато більше того, що вона хоче повідомити. Конфронтаційні питання допомагають не лише розповісти про те, що відбувається на картинці, з'ясувати причину проблеми, а й «зіштовхнути» клієнта з тими думками, почуттями, відчуттями та

переживаннями, яких він уникає. Спонтанні та несподівані образи, що виникають у момент конфронтації, відтворюють обставини травми, інциденту та інше.

14. Медіативність – карта є посередником між фахівцем, що запитує і відповідями клієнтом.
15. Експресивність – можливість за допомогою метафоричних асоціативних карт виражати актуальний стан, емоції та почуття.
16. Інформативність - МАК є тригером запуску креативного центру, де за допомогою фантазій і нетривіальних асоціацій відбуваються раптові інсайти.
17. Ефективність – виводять на поверхню глибинні конфлікти, комплекси, переживання, допомагають їх усвідомити, відрефлексувати, полегшуючи саморозвиток і самопізнання.

Способи роботи з МАК.

До основних способів використання МАК можна віднести:

1. Відкритий – карти, що подаються клієнту догори зображенням, знижують тривогу, цей спосіб є найкращим і безпечним для клієнтів. Карти хаотично розкладаються на столі або на підлозі. Вдивляючись у зображення, клієнт вибирає картинки, що найбільш вразили його.
2. Закритий – карти розкладаються «сорочкою» вгору. Клієнт вибирає будь-яку з них. Попередньо, за бажанням, він може поставити собі запитання, пов'язане з проблемою або її вирішенням. Розгортаючи карту картинкою до себе (контакт з несвідомим) він намагається знайти відповідь на своє запитання. В іншому варіанті клієнт бере карту (ні про що не думаючи) і, побачивши зображення, самостійно інтерпритує її (наприклад, розповідає казку).
3. Комбінований – спочатку пропонується зробити вибір карти у відкриту (усвідомлене ставлення до своєї проблеми), потім витягти кілька картинок наосліп. Можливий закритий вибір зображення та відкритий вибір слова.

4. Робота з картами –словами та картами-зображеннями (фотографіями та малюнками). Облік представленого огляду методів і принципів використання МАК який полегшить роботу фахівця, а й послужить гарантією її ефективності.
5. Отже, МАК – це мультимодальна сенсорна стимуляція, створююча шляхом підсвідомих асоціацій метафоричні образи, які сприяють диссоціації суб'єкта з актуальною проблемою, в результаті чого виникає можливість її асоціативного та нарративного дослідження, а також переносу внутрішніх проявів і підсвідомих потреб в зону раціонального осмислення. Ось саме тут можуть виникнути такі питання: чому стимуляція мультимодальна, якщо стимул візуальний? Але емоційна і раціональна взаємодія клієнта з першим образом на карті викликає виникнення значної кількості вербальних, тілесних та інших асоціацій, які забезпечують різноманіття взаємодій психолога, який застосовує МАК з підсвідомою і свідомою реакцією психіки клієнта.
6. Розглянемо тип, характер та суть такої взаємодії пацієнта з метафоричною картою, таблиця 1.

<i>Вид взаємодії</i>	<i>Характер взаємодії</i>	<i>Суть взаємодії</i>
Первинне сприйняття візуального образу, як миттєве, некероване, спонтанне РЕАГУВАННЯ.	Емоційний – візуальний образ викликає емоційну реакцію, яка підлягає інтроспективному вивченню.	Перша спонтанна емоція (ОН-реакція) – емоція, яка дивує самого клієнта, яка здебільшого більш насичена актуальним змістом його емоційного життя, чим образом, який сприймається. Вторинна (адаптована) емоційна реакція – емоція, яка пропущена клієнтом через фільтр культури та виховання, «причесана» емоційним контролем. Формування загального емоційного тону взаємодії з картою –

		створення настрою.
Осмислення зображення – раціональне сприйняття візуального образу.	Раціональний візуальний образ усвідомлюється, вербалізується, трансформується в слово, словесні формули об'єднуються в символи та асоціації – в нарративному процесі викристалізовується зміст.	Виокремлення фігур із фону – виділення важливих для клієнта деталей. Об'єднання фігур в осмислені відносини – формування сюжету. Проекція власних думок і відношення на елементи сюжету. Сприйняття зображення як загальної картини, об'єднаної сюжетом – формування змісту сюжету. Вербалізація сюжету картинки через промову – усвідомлення змісту. Перевага окремих деталей і/або мовних конструкцій, так як прихований зміст часто усвідомлюється в процесі вербалізації та надання їм функції передачі конкретного змісту символічних значень – символізація. Раціональне поєднання символів навколо подій і тимчасової осі – розвиток сюжету (в динаміці) в формі нарративу – розгортання його як пояснювальної і прогностичної моделі з включенням проекцій та захисту, раціоналізацій, коли «виринувший» актуальний психічний матеріал вступає в протиріччя з звичним образом реальності. Пояснення (тлумачення)

		символу на різних рівнях розуміння та сприйняття (індивідуального, культурного, миттєвого – стійкого,
--	--	---

1.3. Особливості емоційної сфери та реагування людей, які потрапили у складну життєву ситуацію - набули невиліковного захворювання та стали паліативними пацієнтами.

Криза (від грецького kreses - рішення, поворотний пункт, результат) у психології визначається як важкий стан, викликаний будь-якою причиною або як різка зміна статусів персонального життя. Синоніми поняття «криза» в психологічній літературі є «критичний період» (Т. Шибутані), «перелом», «перехід» (Г. Шихі), «поворотний етап життєвого шляху» (С. Рубінштейн), «розрив» (Л. Виготський), «критична ситуація» (Ф. Василюк). Кризовою називають ситуацію, коли людина стикається із перешкодами у реалізації важливих життєвих цілей і не може впоратися з цією ситуацією за допомогою звичних засобів.

Виділяють два типи кризових ситуацій:

- обумовлені змінами в природному життєвому циклі або травмуючими подіями життя – саме набуття невиліковного захворювання, яке стає викликом долі не тільки для самої людини, а й близького її оточення.

У ситуації кризи при спробі опанування стресовим станом людина переживає певний вид фізичного та психологічного перевантаження. Емоційне напруження і стреси можуть призвести або до адаптації до нової ситуації, або до зриву і погіршення виконання життєвих функцій. Хоча деякі ситуації можуть бути стресовими для всіх людей, вони виявляються кризами для тих, хто особливо вразливий до них в силу своїх особистісних особливостей. Проблематика кризи

індивідуального життя розвивалася переважно в контексті профілактичної психіатрії та психології. Базовими були дослідження різних реакцій на життєві кризи в малій психіатрії Е. Ліндемманна (1944), у концепції стресу, стадіях розвитку дистресу Г. Сельє (1956), концепції восьми життєвих циклів і відповідних їм психосоціальних криз Е. Еріксона (1959), концепції трьох видів криз В. В. Козлова (1997) тощо. Слід підкреслити, що в процесі життя будь-яка людина стикається з переживанням кризи. Мінімум це вікові кризи, кризи міжособистісних відносин або сімейні драми. Серед подій, які можуть зумовити кризи, дослідники виділяють такі, як смерть близької людини, **тяжке захворювання**, відділення від батьків, родини, друзів, зміна зовнішності, зміна соціальної обстановки, створення сім'ї, різкі зміни соціального статусу тощо.

Отже, *криза* – це своєрідна реакція особистості на ситуації, що вимагають від неї зміни способу буття – життєвого стилю, способу мислення, ставлення до себе, навколишнього світу і основних екзистенціальних проблем. Теоретично життєві події кваліфікуються як стресові, якщо вони створюють потенційну або актуальну загрозу задоволенню основних потреб і при цьому виникає проблема, від якої індивід не може втекти чи вирішити за допомогою наявних в його досвіді способів адаптації. Отже, можна говорити про неминучість переживання криз будь-якою людиною як необхідний момент життя, процесу індивідуалізації, соціальнопсихологічного процесу розвитку і становлення особистості і групи. По суті, криза – це критичний момент і поворотний пункт життєвого шляху. Психологи виділяють такі основні кризи, з яким стикається практично кожна людина протягом життя:

- кризи розвитку (вікові кризи);
- деприваційні кризи (кризи втрати і розлуки);
- *травматичні кризи*;
- кризи відносин;
- кризи сенсу життя;

- морально-етичні криз.

Травматичні кризи (психотравма). Наслідок непередбаченої, раптової, приголомшливої події, реакція на ситуацію, в якій є загроза життю людини або її здоров'ю. Психологічні травми порушують нормативну організацію психіки і можуть зумовити межові (тимчасове відчуття дискомфорту) або клінічні стани (зниження імунітету, втрата працездатності, порушення когнітивних процесів). Найбільшого поширення поняття «психологічна травма» отримало в рамках теорії посттравматичного розладу і кризової психології, що виникла наприкінці 80-х років XX ст. Найчастіші причини психотравми: фізична травма, що призвела до інвалідизації, хронічна невиліковна хвороба, раптова смерть близької людини, ДТП, розрив значущих стосунків, приниження або глибоке розчарування в людях (О. Paul, М. Fossey, S.Freeth, Н. Hughes) [43]. *Психологічні симптоми психотравми:* шок, заперечення, невіра, гнів, дратівливість, перепади настрою, почуття провини, сорому, самозвинувачення, сум, відчуття безнадійності, труднощі із концентрацією уваги, занепокоєння і страх, відокремлення від інших.

Фізичні симптоми психотравми: безсоння або нічні жахи, переляк за відсутності причин, сильне серцебиття, біль, втома, знервованість, ажитація, напруження м'язів.

Зокрема критичні ситуації (Ф.Васильюк); конфлікти, ситуації фізичної небезпеки, ситуації невідомості (К. Левін); афектогенні життєві ситуації (Ф.Бассін); конфліктні ситуації, що ведуть до психологічної кризи (А.Амбрумова); важкі ситуації (А.Анцупов, А.Шипілов). Для аналізу психічних феноменів автор теорії поля К.Левін використовує поняття «валентність» - властивість об'єкта притягати і відштовхувати. На підставі конструкту валентності К. Левін інтерпретує феномен конфлікту. За його словами, конфлікт психологічно визначається як протидія приблизно рівних сил поля. Для русійних сил (тобто для сил, пов'язаних із позитивною і негативною валентностями) він виділяє три основні різновиди внутрішнього конфлікту (1980). Поведінка людини

в конфлікті пов'язана з валентністю об'єктів, розташованих в її психологічному полі:

1. Людина знаходиться між двома позитивними валентностями. Їй необхідно вибрати між двома привабливими об'єктами. Сумніви зумовлені тим, що після здійснення вибору мета може виглядати менш привабливо, ніж в ситуації конфлікту.
2. Зіткнення з об'єктом, який має одночасно позитивну і негативну валентності ("і хочеться і страшно"). Поведінка людини в даній ситуації полягає у наближенні-віддаленні від об'єкта.
3. Конфлікт між двома негативними валентностями (наприклад, між необхідністю виконання неприємної роботи та загрозою покарання). Енергетичні витрати в такому разі значно підвищуються, навіть якщо робота досить легка [17].

Ситуації невідомості характерні для потрапляння людини в невідому обстановку (заблукала в лісі, в горах тощо) або збігу обставин побутового плану, в яких індивід не знає, як йому бути (наприклад, людина, не розуміє і не знає що робити).

Ситуації небезпеки супроводжуються виникненням безпосередньої загрози (дійсної або уявної) здоров'ю або життю людини (серйозна хвороба, ситуації хірургічної операції, різні побутові травми, падіння в воду осіб, які не вміють плавати, пожежа, повінь, землетрус, зупинка ліфта між поверхами, рух поодиночці через небезпечну місцевість тощо).

Ситуація, на думку А. Анцупова і А. Шипілова може бути розглянута як складна суб'єктивно-об'єктивна реальність, де об'єктивні складові представлені у вигляді суб'єктивного сприйняття і особистісної значущості для її учасників. А. Анцупов і А. Шипілов визначають важку ситуацію життя як таку, що характеризується розбалансованістю системи «завдання - особисті можливості і (або) мотиви-умови середовища», що викликає психічну напруженість у людини. Ступінь неузгодженості визначає рівень складності ситуації [3].

Загальні ознаки важкої життєвої ситуації:

- Наявність труднощів, усвідомлення особистістю загрози, перешкоди на шляху реалізації будь-яких цілей, мотивів;
- Стан психічної напруженості як реакція особистості на труднощі, подолання якої значуще для суб'єкта;
- Помітна зміна звичних параметрів діяльності, поведінки, спілкування, вихід за рамки «звичайності».

На їхню думку, основними видами важких ситуацій є утруднені ситуації діяльності, побутові, соціальної взаємодії і внутрішньо особистісного плану. Важка життєва ситуація, незалежно від форми, яку вона набуває для людини, супроводжується емоціями. Ф.Бассін (1972) виділив «афектогенні життєві ситуації», тобто ситуації емоційного напруження, що зумовлюють виникнення психологічних травм, які впливають на найважливіші цінності особистості та порушують заходи психологічного захисту. Це призводить до порушення рівноваги особистості, а також її адаптованості у зовнішньому світі. Критичний компонент ситуації визначається наявністю емоційного напруження, а ступінь його впливу на особистість – силою афекту і реакціями людини [5].

Афектогенні ситуації характеризуються:

- Звуженням свідомості;
- Автоматизмом дій, які носять стереотипний характер;
- Відсутністю реальної оцінки ситуації;
- Відсутністю вибору, відсутністю альтернатив поведінки;
- Частковим забування виконаної дії;
- Постафективною млявістю, байдужістю, іноді втратою свідомості.

Однією з форм важких життєвих ситуацій є емоційно-важка ситуація, що апелює до емоційно-мотиваційної сфери, викликаючи в ній напруження. Розглядати поведінку в емоційно важких ситуаціях як вектор у п'ятивимірному просторі ознак, утвореному:

- 1) механізмами захисту;
- 2) механізмами подолання;
- 3) механізмами компенсації;
- 4) механізмами розрядки;
- 5) механізмами маніпуляції.

Їх загальна неспецифічна функція полягає в редукції емоційної напруги, однак конфліктоутворюючий ґрунт може залишатися. Внаслідок переживання таких ситуацій відбувається порушення адаптованості особистості в соціумі, а у більш важких випадках (затяжний міжособистісний або внутрішньоособистісний конфлікт) - до посилення внутрішньої напруги і порушення розвитку особистості [27]. Визначається внутрішнє психічне напруження як фрустраційне, що є результатом середовищної дезадаптації. Причому в міру наростання фрустраційної напруги відбувається поступова переорієнтація особистості на неадекватні стосунки з оточуючими [20].

Кризовий стан – це психічний (психологічний) стан людини, яка раптово пережила суб'єктивно значущу і важку психічну травму (внаслідок різкої зміни способу життя, внутрішньоособистісної картини світу) або знаходиться під загрозою виникнення психотравмуючої ситуації. Кризовий стан розвивається під впливом внутрішніх процесів, а зовнішні події можуть бути його «запускаючим» механізмом. Кризова ситуацію пов'язана з внутрішньоособистісними переживанням і реакціями. Вона поділяє ситуаційні реакції на шість типів:

- 1) реакція емоційного дисбалансу (характеризується домінуванням негативних емоцій, загальний фон настрою знижений, відбувається звуження кола

спілкування та глибина контактів – вони стають більш поверхневими і частково носять формальний характер);

2) песимістична ситуаційна реакція (виражена передусім негативним світосприйняттям, видозміною і переструктурування системи цінностей, стійким зниженням рівня оптимізму, реальне планування поступається місцем похмурих прогнозам, уявна неконтрольованість мінливих подій або умов викликає вторинне зниження самооцінки, відчуття меншовартості, втім бувають випадки, коли песимістична ситуаційна реакція настає на тлі завищеної оцінки своїх можливостей, тобто непомірних, які не відповідають особистісним можливостям домагань, створюється ситуація штучно перебільшеного стресу);

3) реакція негативного балансу (це ситуаційна реакція, змістом якої є раціональне підведення життєвих підсумків, оцінка пройденого шляху, визначення реальних перспектив існування, порівняння позитивних і негативних моментів продовження життя);

4) ситуаційна реакція демобілізації (відрізняється найбільш різкими змінами в сфері контактів: відмовою від звичних контактів або щонайменше значним їх обмеженням, що викликає стійке, тривале і болісне переживання самотності, безпорадності, безнадійності, спостерігається також часткова відмова від діяльності, окрім найнеобхідніших до яких примушують встановлені і прийняті людиною правила і вимоги суспільства);

5) ситуаційна реакція опозиції (характеризується екстрапунітивною позицією особистості, вираженою агресивністю, різко негативними оцінками оточуючих і їх діяльності, ця реакція зазвичай поступово згасає сама по собі, але в разі глибини і високої інтенсивності вимагає швидкого прийняття адекватних заходів адаптації – задля уникнення прогресуючого поглиблення опозиційної установки особистості.);

6) ситуаційна реакція дезорганізації (містить в основі своїй тривожний компонент, внаслідок чого спостерігаються соматовегетативні прояви

(гіпертонічні та судинно-вегетативні кризи, порушення сну). Дана реакція не має захисної функції, тоді як всі інші типи ситуаційних реакцій (включаючи песимістичну) можуть вважатися реакціями психологічного захисту, оскільки економлять психічну енергію, тим або іншим способом обмежуючи реальну практичну діяльність індивіда без порушення системи адаптації як такої). *Необхідною умовою виникнення кризи є значні емоційні навантаження, блокування найважливіших потреб індивіда і його специфічна особистісна реакція на це [2].* Психолог, відомий своїми працями із психології переживання, Ф. Василюк, визначає *кризову ситуацію як ситуація неможливості*, в якій суб'єкт стикається із неможливістю реалізації внутрішніх потреб свого життя (мотивів, прагнень, цінностей та ін.). Описуючи кризову ситуацію, він виділяє чотири ключових поняття, це стрес, фрустрація, конфлікт і криза. Незважаючи на велику кількість літератури з проблем стресу і кризи багато авторів вкладають різний зміст у ці поняття. Тому особливий акцент ми зробимо на аналізі психологічного концепту стрес.

Поняття «стрес» (англ. «distresse» від лат. «stringere» - затягувати) у відомому нині значенні не використовувалося до 1920-х рр., проте тривалий час вживалося у фізиці для позначення внутрішнього розподілу сил, який впливає на матеріальне тіло та призводить до виникнення напруги. У 1920-30-х рр. біологи та психологи іноді використовували це поняття як синонім психічної напруги чи шкідливого чинника середовища, здатного викликати хворобу. У 1926 р. американський психофізіолог В. Кеннон використав поняття «стрес» для позначення зовнішніх факторів, які руйнують гомеостаз, втім у науковий обіг дане поняття було введено лише у середині 1940-х рр. Базуючись на ідеях В.Кеннона і К.Бернара (автора поняття «внутрішнє середовище організму»), відомий дослідник стресу канадський фізіолог Г.Сельє у 1936 р. опублікував свою першу працю про загальний адаптаційний синдром, але тривалий час уникав вживання поняття «стрес» і лише з 1946 р. він почав систематично використовувати його для позначення загальної адаптаційної напруги. Г.Сельє довів, що стрес відрізняється від інших фізичних реакцій в тому, що він є стресом

незважаючи на те, що подразники, які його викликають (наприклад, новини), можуть бути як негативними, так і позитивними. Він назвав негативний стрес «дистресом», а позитивний – «евстресом». Якщо евстрес є джерелом підвищення активності, радості від напруження і успішного подолання, характеризується активізацією мислення та пам'яті, то дистрес виникає лише при дуже частих і надмірних стресах і супроводжується відчуттям безпорадності і безнадійності. Крім того, Г.Сельє вперше детально описав гіпоталамо-гіпофізарно-надниркову вісь (вісь НРА) – систему, за допомогою якої організм долає стрес. Нині популярними лишаються його ідеї про стан тривоги, опору та виснаження, які розглядаються як стадії розвитку стресу. Згодом Г.Сельє доопрацював свою теорію, ввівши поняття двох «резервуарів» стресостійкості або альтернативної енергії стресу. Він запропонував розрізняти «поверхневу» і «глибоку» адаптаційну енергію. Перша доступна відразу і може бути заповнена за рахунок другої – «глибокої». Остання мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму, втім її виснаження незворотне. Г. Сельє порівнював запаси адаптаційної із успадкованим багатством: можна брати зі свого рахунку, але не можна робити додаткові внески. Концепція загального адаптаційного синдрому Г.Сельє. Виділено три основні положення концепції Г.Сельє. 1) Фізіологічна реакція на стрес не залежить від природи стресору (синдром відповідної реакції – це універсальна модель, спрямована на збереження цілісності організму). 2) У динаміці розвитку загального адаптаційного синдрому наявні три стадії адаптації: стадія тривоги (мобілізації), яка зумовлює тимчасове зниження резистентності організму, стадія резистентності (стійка адаптація до дії стресору) і стадія виснаження як наслідок виснаження адаптаційних можливостей. 3) Якщо захисна реакція тривала та виснажує ресурси фізіологічних механізмів, тоді виникає хвороба і зрештою організм гине.

Г.Сельє образно порівняв три фази загального адаптаційного синдрому зі стадіями людського життя: дитинство (з властивою цьому віку низькою опірністю і надмірними реакціями на подразники), зрілість (коли відбувається адаптація до найбільш частих впливів і збільшується опірність) і старість (з незворотною

втратою опірності і поступовим старінням, що закінчується смертю) [47]. У своїй концепції Г. Сельє не розглядав роль центральної нервової системи у механізмах стресу, що на думку сучасних вчених вважається суттєвим недоліком теорії. Втім сам фізіолог визнавав, що роль ЦНС недооцінена, але ключовою в адаптації все ж вважав ендокринну систему людини, зокрема дві групи гормонів кори надниркової залози. Перша – глюкокортикоїди, які трансформують протеїн у глюкозу та є частиною механізму зворотного зв'язку імунної системи, зменшуючи імунну відповідь (запалення). Друга – мінералокортикоїди, гормони, які регулюють водно-сольовий обмін в організмі, найважливішим із них у процесі адаптації є дезоксикортикостерон. Г. Сельє визначив особливості адаптації лише для грубих подразників, втім на думку критиків його концепції, це є неспецифічною адаптацією, саме неспецифічна адаптація залежить від кори надниркових залоз, втім справжня адаптація до стресорів, на думку Б. Гоулдстона, настає тільки тоді, коли людина навчається вправлятися зі стресорами [29]. Характеризуючи основну особливість концепції стресу, Л. О. Китаєв-Смик зазначає, що «об'єкт досліджень Г. Сельє – неспецифічні симптоми адаптації до стресу – поняття відносне. Їх можна «побачити», лише виокремлюючи подібні симптоми із безлічі симптомів адаптації. Стрес – це поняття, яке «губиться» при надмірно великому або надмірно малому колі досліджуваних симптомів [9]. У сучасній науковій літературі поняття «стрес» застосовується, щонайменше у трьох значеннях. По-перше, його можна визначити як напругу або збудження під впливом зовнішніх стимулів або подій. Нині доволі часто ці стимули і події називаються «стресорами» або «стрес-факторами» (J.K.Schkade, S.Schultz [48]). По-друге, стрес можна віднести до суб'єктивної реакції організму, коли він відображає внутрішній психічний стан напруги і збудження, тобто емоції, захисні реакції і процеси подолання (Ю. Щербатих [16]). По-третє, стрес є фізичною реакцією організму на визначену вимогу або шкідливий вплив. Функцією цих фізичних реакцій, ймовірно, є підтримка поведінкових дій і психічних процесів щодо подолання цього стану (В.Бодров [6]).

У психодинамічній моделі базовим є поняття тривоги, яка тісно пов'язана зі стресом, оскільки з одного боку, тривога і тривожність є ознаками стресу, а з іншого – вихідний рівень тривожності визначає індивідуальну чутливість до стресу.

Психодинамічна модель, базується на положеннях теорії З.Фрейда, де він описав два типи тривоги: а) сигнальна тривога – є відповіддю Его на внутрішню небезпеку і спонукає до утворення та використання захисних механізмів; б) первинна тривога – емоційний досвід, який супроводжує розпад Его. У своїх пізніх роботах про тривогу З.Фрейд розглядав цю форму як базову, фундаментальну (тобто первинну) тривогу і відрізняв її від сигнальної тривоги, яка розумілася ним як така, що має захисні, пристосувальні функції. Отже, тривога є функцією Я, вона дає можливість людині реагувати в загрозованих ситуаціях адаптивним способом (З.Фрейд, 1926). Залежно від того, звідки йде загроза для Я (із довкілля, від Воно чи Над-Я), психоаналітична теорія виділяє три типи тривоги: реалістичну, невротичну і моральну [14].

Реалістична тривога. Емоційна реакція на загрозу і/або розуміння реальних небезпек зовнішнього світу (наприклад, небезпечні тварини або випускний іспит) називається реалістичною тривогою. Вона переважно є синонімом страху, може послаблювати здатність людини ефективно справлятися з джерелом небезпеки і забезпечує самозбереження.

Невротична тривога. Емоційна відповідь на небезпеку того, що неприйнятні імпульси з боку Воно стануть усвідомленими. Зумовлена страхом, що Я виявиться нездатним контролювати інстинктивні спонукання, особливо статеві або агресивні. Невротична тривога спочатку переживається як реалістична, оскільки покарання зазвичай виходить із зовнішнього джерела і лише тоді, коли інстинктивні імпульси Воно загрожують прорватися через контроль Я, виникає невротична тривога.

Моральна тривога виникає тоді, коли Воно прагне до активного вираження аморальних думок чи дій, а Я відчуває загрозу покарання з боку НадЯ, водночас

Над-Я реагує на це почуттям провини, сорому або самозвинуваченням. Подальший розвиток Над-Я веде до соціальної тривоги. Пізніше З. Фройд переконався в тому, що тривога, що «бере» свій початок з Над-Я, і зрештою трансформується у страх смерті і очікування майбутнього відплати за минулі або теперішні гріхи. З. Фройд був переконаний в тому, що вся поведінка людини регулюється прагненням зменшити збудження, зумовлене неприємними напруженнями на рівні організму. Інстинкти Воно постійно вимагають зовнішнього вираження, і люди організовують свою поведінку так, аби знизити рівень цієї напруги, сформованої енергією інстинктів. З точки зору психодинамічної теорії, людина завжди спрямована на збереження гомеостатичного балансу. К.Г. Юнг вважав, що афект є центральним організуючим принципом психічного життя, так як він пов'язує воедино різноманітні компоненти розуму (відчуття, ідеї, спогади, думки), наділяючи кожен з цих елементів загальним для всіх «чуттєвим забарвленням». У тому випадку, якщо життєва подія супроводжується сильним афектом, як, наприклад, при ранній травмі, всі пов'язані з цією подією ментальні елементи і елементи сприйняття переживання будуть акумульовані навколо цього афекту, утворюючи, таким чином, чуттєво забарвлений комплекс. Чуттєво забарвлені комплекси є базовими функціональними елементами психіки, і в силу того, що людські афекти універсальні, ці комплекси схильні, в їх найбільш регресивних проявах, набувати певних «архаїчних», «типових» - звідси «архетипічних» - форм [18]. Ключовим висновком теорії комплексів К.Г. Юнга є те, що автономні комплекси, навантажені емоційним негативом – це причина всіх психопатологій, що не мають в своїй основі патологій фізіологічних (травми, вроджені дефекти тощо), бо дані автономні психічні утворення не тільки не підконтрольні свідомості, а й самі можуть оволодіти нею. Один із засновників неофройдизму Е.Фромм зробив висновок про те, що невід'ємною рисою людського існування нині є самотність, ізоляція і відчуженість. Водночас він був упевнений в тому, що кожен історичний період характеризувався прогресивним розвитком індивідуальності по мірі того, як люди боролися за досягнення більшої особистої свободи у розвитку всіх своїх

потенційних можливостей. Е. Фромм, на відміну від З.Фрейда і К.Г. Юнга, вважав, що ця прірва між свободою і безпекою стала причиною безпрецедентної тривоги і труднощів в людському існуванні, що робить особливо затребуваною психологічну допомогу, будь то психологічна консультація, психотерапія або психоаналіз. Люди вступають у боротьбу за свободу і самостійність, але власне ця боротьба викликає відчуття відчуження від природи і суспільства. Люди потребують того, щоб мати владу над своїм життям і мати право вибору, але їм також необхідно відчувати себе пов'язаними з іншими людьми. Інший представник неофройдизму К. Хорні свого часу, прийшла до висновку, що домінуючий вплив на розвиток і становлення особистості має самесуспільство. Вона стверджувала, що розвиток індивідуума не обмежується лише впливом вроджених інстинктивних прагнень і людина сама може змінюватися і управляти процесом свого становлення [15]. Відповідно до теорії К.Хорні, домінуючою силою в структурі особистості є почуття несвідомого занепокоєння, яке автор назвала «корінною тривогою». Описуючи це почуття, К. Хорні мала на увазі переживання тривоги і самотності, які відчуває кожна дитина, потрапляючи у величезний ворожий світ. Таким чином, вона поділяла думку З.Фрейда про протистояння зовнішнього світу і людини. Щоб знизити постійне відчуття психологічної тривоги потрібно працювати над становленням адекватного Я-образу, який на думку К.Хорні складається із трьох компонентів: Я-ідеального, Я-реального та Я-в очах оточуючих. У стійкої до неврозів особистості всі три частини збігаються і створюють одне цілісне Я. Але така «єдність» зустрічається далеко не у кожного, і найчастіше у людини існує конфлікт між окремими складовими її образу. Згідно К.Хорні, щоб уникнути почуття тривоги, людина використовує механізми психологічного захисту. Залежно від обраного механізму, автор виділяла три типи поведінки: поступливий, агресивний, усунутий. Поступливий тип поведінки спрямований на «сліпу» згоду з людьми, і полягає у прагненні отримати суспільне схвалення. Актуальними є потреби у прийнятті, заохоченні і в партнері, на якого можна перекласти відповідальність за своє життя. Всі ці потреби нереалістичні і не

можуть бути насичені, тому людина, отримуючи схвалення, вимагає все більшого. При агресивному механізмі, особистість прагне силою нав'язати іншим своє Я-ідеальне уявлення. Це виражається у зневажанні думки оточуючих, домінуванні, експлуатації інших людей. Усунутий тип поведінки полягає в уникненні суспільства і прагненні до самотності. Але і це не допомагає знизити тривогу, адже ізолювавши себе від інших людей, особистість продовжує відчувати постійний стрес від неприйняття суспільством [15]. Ще однією відомою теорією стресу є модель Х. Вольф (1953), згідно з якою стрес є фізіологічною реакцією на соціально-психологічні стимули, а власне реакції безпосередньо залежать від природи атитюдів (позицій, відносин), мотивів поведінки індивіда, визначеності ситуації і ставлення до неї. Х. Вольф визначає стрес як динамічний стан організму, який розвивається у відповідь на вимогу адаптації. Х. Вольф вважав стрес центральним в житті людини, тому що життя полягає у постійній адаптації [49]. Теорія Х.Вольфа, так само як і теорія Г. Сельє відносяться до так званих моделей відповідних реакцій, де стрес розглядається як фізіологічна реакція у відповідь на вимоги оточуючого середовища. Дотичною до окреслених моделей стресу є і модель D. Mechanik (1962). Центральним елементом в цій моделі, є поняття і механізми адаптації, яка визначається автором як спосіб, яким індивід бореться із ситуацією, зі своїми почуттями, викликаними нею і яка має два прояви: 1) подолання (coping) - боротьба з ситуацією, 2) захист (defence) - боротьба з почуттями, зумовленими ситуацією. Подолання, «опанування» ситуацією визначається цілеспрямованою поведінкою і здібностями у прийнятті індивідами адекватних рішень при зустрічі з життєвими завданнями і вимогами [39].

Згідно з *моделлю переконань про здоров'я* (А. Розенсток, 1974, 1988) проблеми зі здоров'ям залежать від ставлення до загрози захворювання, сприйняття ризику важкої хвороби і власних сил впоратися з нею. Чим більша мотивація до збереження здоров'я, тим нижчий рівень стресу у людини. Загальним для всіх моделей психологічного стресу є те, що стрес визначається переважно через реєстровані параметри. З цієї точки зору можна виділити два підходи. Перший підхід – пряме зіставлення психологічних характеристик стану з фізіологічними

показниками і результативністю діяльності. В цьому випадку фізіологічні показники і зміни в поведінці використовуються у якості індикаторів психологічного стресу. Характерно що Х.Вольфф (1953) у своїй моделі розглядає стрес через призму фізіологічних реакцій на соціальнопсихологічні стимули, а у моделі В. Dohrenwend (1979, 2006) стресова реакція на подібні стимули виражається у поведінковій формі. Основний недолік даного підходу полягає у відсутності пояснень відмінностей реакцій на загрозливий стимул. Другий підхід ґрунтується на прагненні вивчити психологічну природу стресу, розкрити психологічні передумови і закономірності прояву тих чи інших зовнішніх реакцій, які розглядаються лише як індикатори психічних процесів. Прихильники даного підходу в своїх моделях в якості основних ознак стресу визначають різні психологічні змінні: К.Хорні, А.Адлер, Н. Basowits, Н. Persky, Sh. Korchin, R. Grinker – реакцію тривоги, зумовлену загрозою незадоволення основних потреб, Ф.Александр – емоційні чинники (стрес і хронічні соматичні хвороби як наслідок емоційного конфлікту), Р. Лазарус – оцінку людиною загрози і відповідні копінг-маханізми, D. Mechanic – адаптацію до умов ситуації і до своїх почуттів стосовно неї. Вони, хоча й у дещо різній мірі, вважають, що фізіологічні реакції людини при стресі пов'язані з психологічними змінними і взаємно обумовлені. Труднощі аналізу розглянутих моделей пов'язані з відмінностями у визначеннях поняття «стрес» авторами моделей, що перешкоджають концептуальній інтеграції знань про стрес. Деякі моделі містять спірні припущення й нині часто критикуються. Сумнівно, що стресова подія для однієї людини обов'язково буде такою ж і для іншої, зокрема Х. Вольфф в своїх моделях допускає, що будь-які стимули, які сприймаються індивідом як стресові, обов'язково будуть викликати фізіологічні та психологічні наслідки шкідливого характеру. Теорія песимістичного пояснювального стилю (К. Петерсон, М. Селігман) відображає стани, пов'язані з деякими нещасними випадками і хворобами, але не дуже підходить для пояснення депресії, що виникає після стресу. Зіставлення теорій і концепцій психологічного стресу показує, що вони відображають два ракурси змістовної характеристики стресу: з одного боку,

процесуальну і регулятивну, з іншого боку – предметну і корелятивну (причиннонаслідкову). Ці два аспекти однієї проблеми тісно пов'язані між собою – будь-який психологічний стрес внутрішньоособистісної і міжособистісної природи знаходить своє відображення у поведінковій активності людини.

Фрустрація – це негативний психічний стан, що виникає в ситуації реальної або передбачуваної неможливості задоволення тих чи інших потреб, тобто у ситуації невідповідності бажань наявним можливостям. Вона проявляється у низці емоційних процесів, таких як розчарування, тривога, роздратування і навіть розпач. Як і розчарування, виникає при відсутності очікуваного і бажаного результату, проте в стані фрустрації люди все ще продовжують боротьбу за отримання бажаного, навіть якщо не знають точно, що потрібно зробити для досягнення успіху. Нерідко плутають фрустрацію і депривацію, хоча причини і механізми їх докорінно різні. Якщо фрустрація пов'язана з наслідками незадоволених бажань або невдачами в досягненні поставленої мети, то депривація впливає з відсутності самого предмета або можливості, необхідної для задоволення. Проте, як фрустраційна, так і деприваційна теорія неврозу сходяться у визначенні загального механізму, коли депривація веде до фрустрації; фрустрація веде до агресії; агресія зумовлює тривогу; і, нарешті, тривога призводить до виникнення захисних реакцій. Незважаючи на патогенну роль тривожних станів, в психоаналізі прийнято вважати, що розвиток Его починається саме з фрустрації. Фактично, фрустраційні теорії неврозу виходять з передумови, що як депривація, так і фрустрація стають патогенними лише при перевищенні певного порогу інтенсивності, в кожному разі – індивідуального. В умовах фрустрації поведінка стає більш диференційованою, тобто менш різноманітною, менш гнучкою. Відповідно до теорії поля, як внутрішній простір людини, так і її життєвий простір складається з ряду секторів. Певна кількість таких секторів у внутрішній частині деяким чином забезпечує гнучкість поведінки людини, а отже, можливість реагувати на зміни в життєвому просторі. Відповідно до гіпотези К. Левіна, в ситуації фрустрації внутрішній простір обмежується сектором, пов'язаним з більш ранніми (а отже, і

менш конструктивними) формами поведінки [11]. С. Розенцвейг (1934) розрізняє два типи фрустрації:

Первинна фрустрація, або позбавлення утворюється якщо суб'єкт позбавлений можливості задовольнити свою потребу. Наприклад: голод, викликаний тривалим голодуванням.

Вторинна фрустрація характеризується наявністю перешкод або протидій на шляху, що веде до задоволення потреби [28]. С. Розенцвейг ввів у свою концепцію поняття фрустраційної толерантності, або стійкості до фруструючих ситуацій. Вона визначається здатністю індивіда переносити фрустрацію без втрати своєї психобіологічної адаптації. Існують різні форми толерантності.

1. Найбільш «здоровим» і бажаним слід вважати психічний стан, що характеризується, незважаючи на наявність фрустраторів, спокоєм, розсудливістю, готовністю використовувати те, що трапилося як життєвий урок, але без будь-яких нарікань на себе.
2. Толерантність може бути виражена в напрузі, стримуванні небажаних імпульсивних реакцій.
3. Толерантність з підкресленою байдужістю, якою нерідко маскується ретельно приховане озлоблення або зневіра.

На думку Ф. Василюк (1984) необхідними ознаками фруструючої ситуації відповідно до більшості визначень є наявність сильної мотивованості досягти мету (задовольнити потребу) та бар'єри на шляху до досягнення мети. Відповідно ці ситуації класифікуються за характером мотивів і «бар'єрів». Зокрема, проведене А. Маслоу розрізнення базових, «вроджених» психологічних потреб (в безпеці, повазі і любові), фрустрація яких носить патогенний характер, і «набутих потреб», фрустрація яких не викликає психічних порушень. Перехід ситуації ускладнення в ситуацію фрустрації здійснюється в двох вимірах – по лінії втрати контролю з боку волі, тобто дезорганізації поведінки, і / або по лінії втрати

контролю з боку свідомості, тобто втрати «мотиводоцільності» поведінки, що нарівні внутрішніх станів виражається відповідно у втраті терпіння і надії [7].

У сучасній зарубіжній психології існують різні теорії фрустрації:

- теорія фрустраційної фіксації (Н. К. Майер, 1949);
- теорія фрустраційної регресії (К.Багнер, Т.Дембо, К.Евін, 1943):
- теорія фрустраційної агресії (Дж. Доллард зі співавторами, 1939);
- евристична теорія фрустрації (А. Розенцвейг, 1949).

Теорія фрустраційної фіксації (Н. К. Майер, 1949). Базове твердження теорії полягає не у тому, що фрустрована людина не має мети, а що поведінка фрустрованої людини не має мети, тобто вона втрачає цільову орієнтацію [38]. Теорія фрустраційної регресії (К.Багнер, Т.Дембо, К.Евін, 1943). Фрустраційна регресія, тобто. повернення до попередніх форм розвитку, відносин, структури поведінки, мислення. Для людини, що опинилася в осередку надзвичайної ситуації, типовою є автоматична регресія психіки на вік підліткової кризи (13 -16 років). Зовні регресія виявляється у безпорадності людей, їх підкресленій слухняності, відсутності ініціативи, які несподівано можуть змінитися бурхливими спалахами руйнівного або хаотичного «підліткового» збудження [19]. На тлі регресії можливі: а) персоніфікація джерела загрози з переживанням образу ворога або навпаки – пошук всемогутнього магічного помічника; б) при внутрішній забороні на прояв агресії і ворожості – аутоагресивні і суїцидальні дії або подальше поглиблення регресивної поведінки (до віку трьох років). Теорія фрустраційної агресії (Дж. Доллард, Н. Міллер, 1939; Р.Баркер, 1941; Л.Берковіц, 1969) – теорія агресії, згідно з якою агресія є наслідком блокування (або фрустрації) спроб індивіда досягнути поставленої мети. Схема «фрустрація - агресія» базується на чотирьох основних поняттях: агресія, фрустрація, гальмування і заміщення. Згідно із даною теорією, агресія завжди є наслідком фрустрації, а фрустрація завжди призводить до агресії. Пізніше фрустраційна теорія агресії дала основу для створення С. Розенцвейгом

відомої психодіагностичної методики, спрямованої на діагностику агресивної поведінки у ситуації фрустрації. Згодом на її основі було створено когнітивнобігевіоральний підхід до агресії (Л. Берковіц) [23]. А. Бандура і Р. Волтерс використовували положення теорії фрустрації-агресії для пояснення того, чому у підлітковому віці підвищується рівень агресії – підліткова агресія є результатом фрустрації значущих відносин, в яких у дитини і у підлітка створюється відчуття безпеки, чим сильніша фрустрація значущих відносин, тим вище агресивність підлітка. Критика даної теорії з боку зарубіжних авторів передусім стосувалася характеру реакцій на фрустрацію. Було проведено численні емпіричні дослідження, результати яких підтвердили положення про те, що фрустрація не завжди зумовлює агресію. З огляду на ці міркування, Н. Міллер вніс поправки в теорію фрустрації – агресії, тобто фрустрація породжує різні моделі поведінки, і агресія є лише однією з них [41]. Евристична теорія фрустрації (А. Розенцвейг, 1949). Згідно із даною теорією фрустрація це спосіб поведінки, здатність людини пристосовуватися до ситуації стресу. За спрямованістю реакції фрустрації поділяються на екстрапунітивні (звинувачення зовнішньої причини фрустрації, живого чи неживого оточення), інтропунітивні (звинувачення самого себе, прийняття провини і відповідальності за ситуацію, що виникла), імпунітивні (відсутність звинувачення оточуючих або самого себе).

Т.Холмс і Р.Раге вивчали залежність захворювань (в тому числі інфекційних хвороб і травм) від різних стресогенних життєвих подій у понад п'яти тисяч пацієнтів. Вони прийшли до висновку, що 151 психічним і фізичним хворобам зазвичай передують певні серйозні зміни в житті людини. На підставі свого дослідження вони склали шкалу, в якій кожній важливій життєвій події відповідає певна кількість балів залежно від ступеня її стрессогенності. За результатами досліджень було створено Шкалу визначення стресостійкості та соціальної адаптації (Social Readjustment Rating Scale, SRRS) [31]. Особливістю шкали є те, що стрессогенність події визначається лише інтенсивністю переживання, і не має знака. Тобто хвороба або одруження вважаються практично однаково стрессогенним. Відповідно до проведених досліджень було встановлено, що 150

балів означають 50% імовірності виникнення захворювання, а при 300 балах вона збільшується до 90%. У 1980 р. Р. Лазарус з колегами вивчили взаємозв'язок між стресом і хворобою з точки зору не важливих життєвих подій, а так званої «повсякденної суєти». Вони розробили Шкалу із 117 пунктів (Hassles Scale), яка містила питання, що стосуються зайнятості, фінансів, охорони здоров'я та сімейних труднощів. Результати досліджень повсякденних турбот показують, що вони краще прогнозують психологічні симптоми, ніж життєві події, оскільки людина краще запам'ятовує події, при яких вона у поганому, а не у гарному настрої. Більшість повсякденних неприємностей не залежить від життєвих подій і походять від індивідуального стилю людини, її звичного оточення чи від особливостей міжособистісної взаємодії. Відмінності між життєвими подіями та повсякденними турботами пояснюють:

1) Ефект накопичення – кожна проблема сама по собі недостатньо важлива аби вважатися стресовою дото, поки такі події не накопичаться.

2) Ефект посилення – наявність серйозних життєвих подій може збільшити чутливість до, на перший погляд, звичних побутових справ [34]. А.Делонгіс з колегами (1988) виділили 10 найбільш значущих повсякденних неприємностей:

1. Турбота про вагу
2. Здоров'я члена сім'ї
3. Збільшення витрат на товари загального вжитку
4. Догляд за будинком і поточний ремонт
5. Занадто багато справ, які треба зробити
6. Втрата речей
7. Ремонтні роботи у дворі
8. Нерухомість, інвестиції, або податки

9. Злочин

10. Зовнішність [26].

Згідно із науковцями Американської психологічної асоціації (АРА) виділяє три основні види стресів: гострий, епізодичний гострий і хронічні стреси.

Гострий стрес. Це найпоширеніший вид стресу, зумовлений надмірними вимогами до людини або очікуванням цих вимог у майбутньому. У невеликій кількості гострий стрес збуджує та навіть приносить задоволення, але коли його занадто – настає виснаження. Дію гострого стресу можна порівняти із катанням на лижах: спочатку це захоплююче та цікаво, але згодом настає втома, людині бракує сил не лише для катання, але й інших видів діяльності, а перевтома може стати причиною соматичних проблем, зокрема й переломів кісток внаслідок втрати обережності, неуважності тощо. Так само і гострий стрес зумовлює психологічний дистрес, головний біль, втрату апетиту та інші симптоми. Як правило, дія гострого стресу нетривала і не призводить до важких розладів, втім може викликати такі симптоми як: емоційний дистрес (поєднання гніву та роздратування, тривоги та депресії); м'язові проблеми (головний біль напруги, болі в спині, кінцівках, щелепі, розтягненні м'язів і сухожилів); проблеми зі шлунком і кишківником (печія, підвищення кислотності, метеоризм, закрепи, діарея, синдром роздратованого кишківника); гіперактивність ЦНС (підвищення тиску, прискорення серцебиття, мігрень, холодні кінцівки, запаморочення, задишка, біль у грудях). Гострий стрес трапляється часто в житті людини, він керований, а його наслідки легко піддаються лікуванню.

Епізодичний гострий стрес. Є люди, які часто страждають від гострого стресу, їхнє життя настільки неупорядковане, що їм доводиться жити у постійному хаосі, вони постійно поспішають, але завжди запізнюються, часто беруть на себе надмірні зобов'язання, але не в силах впоратися з ними. Такий стан властивий для осіб у стані перезбудження, вони характеризують себе як «сповненими енергією», але часто виражають її у вигляді роздратування, агресії, руйнуванні

міжособистісних стосунків, робота стає для них занадто стресогенною, а вдома вони не можуть відпочити. Розрізняють два типи реагування в епізодичному гострому стресі.

Тип «А» - кардіологічний. Характеризується агресивністю, нетерплячістю, раціоналізованим негативним ставленням до оточуючих. Вони схильні до розвитку ішемічної хвороби серця.

На відміну від них, представники типу «В» характеризуються песимістичністю, постійним занепокоєнням, вважають світ ворожим і небезпечним та більше схильні до депресії, а не до проявів агресії.

Епізодичний гострий стрес по суті є способом життя людей, які не розрізняють стресові події як такі, опираються змінам і не вважають, що відчують дистрес.

Хронічний стрес. Якщо гострий стрес призводить до збудження, підвищення активності, то хронічний стрес, який триває роками, лише виснажує, негативно позначається як на психічному благополуччі, так і соматичному здоров'ї. Він характерний для людей, які живуть у постійній бідності, дисфункціональних сім'ях, перебувають у нещасливому шлюбі чи довгий час не можуть працевлаштуватися.

Хронічний стрес виникає, коли людина не бачить вихід із критичної ситуації. Це стрес постійного тиску на людину, коли неприємностей настільки багато, що вона відмовляється шукати можливі варіанти рішення проблем. Деякі хронічні стреси зумовлені дитячими психотравмами, які впливають й на теперішнє життя людини. Не менш стресовий вплив чинять й інтерналізовані уявлення про світ (наприклад «світ небезпечний», «всі чоловіки – гвалтівники»). Найгіршим аспектом хронічного стресу є те, що люди звикають до нього, якщо гострий стрес сприймається як наявний, тому що він раптовий і містить певну новизну, то хронічний стрес ігнорується оскільки він звичний, а часто й комфортний. Наслідками хронічного стресу можуть бути суїциди, насильство,

інфаркт, інсульт чи онкологія. Хвороби важко піддаються лікуванню через фізичне та психічне виснаження людини.

Механізми психологічного захисту – поняття у психоаналізі, яке позначає способи захисту свого Я (Его), що дозволяють регулювати імпульси, які йдуть від тваринної складової психіки людини (Ід) і захищають від іншої складової психіки Над-Я, тобто від норм і правил, які формуються суспільством і тиснуть на Его. Захисні механізми захищають людину від травмуючих подій, явищ, переживань, тривоги. Поняття «захисні механізми» ввів З. Фройд, в 1894 р., у своїй статті «Захисні нейропсихози» (The neuro-psychoses of defence, 1894) і було використано в низці його подальших робіт для опису боротьби Я проти хворобливих або нестерпних думок і афектів. Спочатку З. Фройд писав передусім витіснення, але у 1926 р., в додатку до роботи «Гальмування, симптом і тривога» (1926), він повертається до старого поняття захисту, стверджуючи, що його застосування має свої переваги: «оскільки ми вводимо його для загального позначення всіх технік, які Я використовує у конфлікті і які можуть привести до неврозу, залишаючи слово «витіснення» для особливого способу захисту, найкраще вивченого нами на початковому етапі наших досліджень» [15]. Всі захисні механізми володіють двома загальними характеристиками: 1) вони діють на несвідомому рівні і тому є засобами самообману; 2) вони спотворюють, заперечують чи фальсифікують сприйняття реальності, щоб зробити тривогу менш загрозливою для індивіда. Люди рідко використовують будь-якої єдиний механізм захисту – зазвичай вони застосовують різні захисні механізми для вирішення конфлікту або зменшення тривоги (С.К.НартоваБочавер, 1997) [9]. Перелік захисних механізмів величезний, і дослідники не прийшли до єдиного консенсусу, щодо точного їх числа. Різні теоретики мають різні категоризації і концептуалізації захисних механізмів. Великі огляди теорій механізмів захисту було зроблено D.L. Paulhus, B. Fridhandler і S.Hayes (1997) [36] і P. Cramer (1991) [21]. Журнал Journal of Personality опублікував спеціальний випуск присвячений механізмам психологічного захисту (1998). Зокрема висвітлено огляд сучасних підходів до захисних механізмів особистості (P Cramer), відмінності між копінгами та

захисними механізмами (P. Cramer), сучасні методики діагностики захисних механізмів (опитувальник-самозвіт «Self-Report Defense Mechanism Measures» K. Davidson, M.W. MacGregor, методики для спостереження «Observer-Rated Measures of Defense Mechanisms», J.C.Perry, F.F.Lanni), зв'язок захисних механізмів із базовими рисами особистості та мотивами (D. L. Paulhus, O. P. John), фрейдівські захисні механізми в емпіричних дослідженнях сучасної соціальної психології (R. F. Baumeister, K. Dale, K. L. Sommer), роль захисних механізмів у життєвій історії (D. P. McAdams). Функціональне призначення і мета психологічного захисту полягають в ослабленні внутрішньоособистісних конфліктів (напруги, занепокоєння), зумовлених протиріччями між інстинктивними імпульсами несвідомого і засвоєними (інтеріоризованими) вимогами зовнішнього середовища, що виникають в результаті соціальної взаємодії. Послаблюючи цей конфлікт, захист регулює поведінку людини, підвищуючи її пристосовність і врівноважуючи психіку (E.Frydenberg, 2002) [23]. У 1936 р. донька З.Фрейда А.Фрейд узагальнила виділені ним захисні механізми та визначила наступні: 1) витіснення, 2) регресія, 3) реактивне утворення, 4) ізоляція, 5) анулювання, 6) проекція, 7) інтроекція, 8) самоушкодження, 9) альтруїстична капітуляція, 10) сублімація [14].

Класифікація захисних механізмів З. Фрейда.

1. Витіснення – захисний механізм, полягає в активному, мотивованому усунення чого-небудь зі свідомості. Зазвичай проявляється у вигляді невмотивованого забування або ігнорування. На думку З.Фрейда це основний механізм формування несвідомого. Як захисний механізм, витіснення спрямоване на мінімізацію негативних переживань за рахунок видалення зі свідомості того, що ці переживання викликає. Віддалені зі свідомості, ці елементи, однак, не зникають з пам'яті (людина легко згадує їх під гіпнозом) та не перестають впливати на поведінку людини і її сні (S.Boag, 2006) [16]. Наприклад: «я дивлюся телевізор, щоб забути, щоб не думати про погане», «я пішла на концерт, щоб відволіктися», «для того щоб відволіктися мені потрібно змінити обстановку» тощо.

2. Регресія – захисний механізм, який є формою психологічного пристосування до ситуації конфлікту або тривоги, коли людина несвідомо вдається до більш ранніх, менш зрілих і менш адекватних зразків поведінки, які на її думку гарантують захист та безпеку. Поведінка, пов'язана з регресією може сильно варіюватися в залежності від того на якій стадії людина зупинилася. Наприклад, на оральній стадії може почати зловживати їжею, палити чи виражати вербальну агресію. Фіксація на анальній стадії може привести до надмірної охайності або безладності.

3. Реактивне утворення – психологічний захист, який полягає у перетворенні негативного почуття на позитивне, або навпаки. Реактивне утворення часто описується як один з найскладніших для розуміння захистів, що свідчить не лише про його ефективність для маскування, а й про гнучкість можливостей його використання. Концепція реактивного утворення була використана для пояснення відповідей на зовнішні загрози, а також внутрішніх тривог (C.S. Hall, 1954) [27]. Даним явищем описується так званий «Стокгольмський синдром», коли жертва закохується у свого агресора. Іншим прикладом є звіти ув'язнених, які створювали собі «фаворитів» серед охоронців і навіть збирати предмети викинуті ними. Механізм реактивного утворення часто характерний для нав'язливих неврозів, у випадку занадто часто його використання він може стати постійною рисою характеру. Це часто спостерігається у хворих з нав'язливими характером і нав'язливими розладами особистості.

4. Ізоляція – психологічний процес, що відноситься до механізмів психологічного захисту, полягає у видаленні зі свідомості емоційної складової переживання, але збереженні при цьому його розуміння. Цей процес може запускатися в психіці для захисту від надмірного поглинання свідомості емоціями. У тих випадках, коли емоції поглинають людину, вона може намагатися зберегти холодний розум шляхом ізоляції когнітивної складової від емоційної [39]. У багатьох випадках це корисний захист, необхідний в роботі лікарів, бойових офіцерів, співробітники МНС тощо. Якби свідомість, наприклад, хірурга була сповнена почуттям від страждання його пацієнтів, він просто не міг би працювати. Часто дію ізоляції

захисту можна бачити у людей, які пережили події, що значно травмують психіку (війну, стихійне лихо, насильство або затяжна хвороба), коли вони розповідають про пережиті події без емоційним або навіть веселим тоном.

5. Анулювання – психологічний процес, що відноситься до механізмів психологічного захисту, полягає у несвідомій спробі врівноважити певне почуття (зазвичай провину чи сором) за допомогою відносин або поведінки, які «магічним чином» знищують це почуття. Вперше З.Фройд описав цей механізм у 1909 р. («Notes upon a Case of Obsessional Neurosis»), де його пацієнт спочатку прибрав великий камінь з дороги, по якій їхала карета його коханої, а потім знову поставив його посеред дороги. Пізніше, у 1926 р. він визначив анулювання того, що було зроблено, як своєрідну негативну магію, моторний символізм для перенесення у несвідоме не лише усвідомлення події (чи пов'язаних із нею переживань), а й власне самої події. М. Кляйн у своїх ранніх працях описувала анулювання як вид магічної компенсації [31]. Типовий приклад прояву цього захисту – подарунок, зроблений після нанесення образи. В даному випадку маються на увазі лише ті випадки, коли зв'язок між бажанням зробити подарунок і нанесена образа не усвідомлюється. У разі, коли мотивація цілком усвідомлена – це вже не анулювання. Якщо почуття провини (і як наслідок бажання його спокутувати) не усвідомлюється, але подарунок робиться – це анулювання. У багатьох випадках релігійні практики містять елемент анулювання. Люди далеко не завжди моляться заради спокутування гріхів усвідомлено – часто це боротьба з якимось прихованим почуттям провини. Той же аспект можна зустріти і в багатьох інших «побутових» ритуалах: прибирання в будинку, переступанні через тріщини і ін. Анулювання може бути одним з компонентів «побутових ритуалів», спрямованих на зниження тривоги. Коли потреба «відшкодувати збиток» від власних думок і почуттів стає всеосяжною для особистості потребою, таку особистість зазвичай класифікують як компульсивну – її ритуали стають вкрай нав'язливими і значущими.

6. Проекція – психологічний процес, який відноситься до захисних механізмів психіки, в результаті якого внутрішнє помилково сприймається як таке, що

відбувається ззовні. Людина приписує іншим власні думки, почуття, мотиви, якості характеру тощо, вважаючи, що він/вона прийняли дещо, що відбувається ззовні, а не всередині цієї самої людини. Проекція – це один з основних захисних механізмів при параноїдальному та істероїдному розладах особистості. Але водночас цей же механізм лежить в основі емпатії — розуміння відносин, почуттів, психічних станів іншої особи у формі співпереживання. Типовими формами проекції є: звинувачення жертви (жертва винна у тому, що стала об'єктом домагань злочинця), проекція провини чоловіка/дружини (невірність партнеру несвідомо проектується у вигляді звинувачення його у зраді), залякування (хуліган чинить свої дії аби приховати власну вразливість), проекція загальної провини і проекція надії [19].

7. Інтроекція – захисний механізм психіки, при якому особа (суб'єкт) переймає судження, властивості, способи поведінки оточуючих (найчастіше – значимих близьких – батьків). Інтроекція вважається нормою в процесі виховання моральності у дітей, передачі знань. Стає патологічною у разі, коли особа не в змозі критично поставитися до «інтроекту» та/або визначити його джерело. Інтроекція дозволяє маленькій дитині усвідомлювати себе всемогутньою (незважаючи на її фактичну безпорадність) за рахунок «присвоєння» собі можливостей і якостей важливих для дитини дорослих. Коли людина стає дорослою, цей захист може зберігатись, захищаючи її від втрати самоповаги в ситуаціях залежності від інших людей (у мене є захисник/помічник, і тому Я не є беззахисною(ий) і не є безпорадно(ий)), хоча зазвичай у дорослих людей інтроекція починає усвідомлюватись і перетворюватись у ідентифікацію. Як і будь-який психологічний захист, інтроекція спотворює сприйняття реальності людини, а конкретно — змушує її відчувати дещо зовнішнє як дещо внутрішнє. Унаслідок, зникнення цього зовнішнього може бути сприйнято як зникнення чогось внутрішнього, що безпосередньо пов'язане з депресією та процесом горювання — намагаючись зберегти цільність людина може впасти у позасвідому фантазію про те, що це вона винна у втраті, і що вона може якось загладити провину, повернути таким образом те, чого їй не вистачає.

8. Самоушкодження – навмисне пошкодження свого тіла через внутрішні причини без суїцидальних намірів. Самоушкодження зустрічається як симптом багатьох психологічних і психічних розладів. Найчастіша форма самоушкодження – порізи шкіри, роздряпування шкіри, також зустрічаються удари, опіки, перетискання частин тіла, перешкоджання загоєнню ран, виривання волосся, вживання токсичних речовин. Хворобливе голодування (нервову анорексію) і переїдання (нервову булімію) багато фахівців також відносять до видів самоушкодження.

9. Альтруїстична капітуляція – це «гарний програш» в ім'я «загальнолюдських» (альтруїстичних) цінностей. Альтруїстична капітуляція завжди тісно пов'язана з раціоналізацією або інтелектуалізацією.

10. Сублімація – психоаналітичний термін, що позначає один із психологічних захисних механізмів дорослої людини. Сублімація у психології – психічний процес трансформації енергії на соціальну роботу і культурну творчість. Поняття було введено З. Фройдом в 1900 р. у розробленій ним концепції психоаналізу розглядається як один з видів трансформації потягу (лібідо), протилежний витісненню. У соціальній психології сублімація пов'язується з процесами соціалізації. Проблема сублімації приділяється значна увага в психології творчості, дитячій психології, психології спорту та ін. При сублімації соціально неприйнятні імпульси або ідеалізації свідомо перетворюються на соціально прийнятні дії чи поведінку, приводячи до довгострокової конверсії психічної енергії вхідного імпульсу. З. Фройд вважав, що сублімація є ознакою зрілості (та цивілізованості), що дозволяє людям нормально функціонувати в культурно прийнятний спосіб. Він визначав сублімацію як процес перенаправлення сексуальних інстинктів в акти більш високої соціальної цінності, які є «особливою прикметою культурного розвитку; це те, що дає можливість вищим формам психічної діяльності, таким як наукова, художня або ідеологічна, грати таку важливу роль у цивілізованому житті» [16].

Класифікація захисних механізмів Дж. Вайланта [40]. Чотирьох рівнева класифікація містить наступні рівні:

Рівень 1: Патологічні захисти (психотичне заперечення, маячна протекція тощо);

Рівень 2: Незрілі захисти (фантазія, проекція, пасивна агресія тощо);

Рівень 3: Невротичні захисти (інтелектуалізація, реактивне утворення, дисоціація, витіснення тощо);

Рівень 4: Зрілі захисти (гумор, сублімація, альтруїзм, антиципація тощо).

Рівень 1: Патологічні захисти. Механізми цього рівня завжди виражено патологічні. Ці шість захистів дозволяють особі ефективно реорганізувати зовнішній досвід так, аби не відчувати потребу справлятися із реальністю. Часто домінування таких захистів свідчить про психічну хворобу.

1. Конверсія – вираз інтрапсихічного конфлікту у вигляді фізичних симптомів, наприклад, сліпота, глухота, параліч або оніміння (по суті аналог істерії).

2. Маячна проекція – маячні ідеї переслідування, про небезпеку зовнішнього світу.

3. Заперечення – небажання визнати зовнішню реальність через її надмірну небезпечність, вирішення емоційних конфліктів і зниження рівня тривоги шляхом невизнання неприємних аспектів зовнішнього світу.

4. Спотворення – суттєва зміна зовнішньої реальності для задоволення внутрішніх потреб.

5. Екстремальна проекція – явне заперечення морального чи психологічного дефіциту, який сприймається як недолік у іншій людині або групі людей.

6. Розщеплення – примітивний захист, уявлення про когось як про найкращу або найгіршу людину, зі сприйняттям властивих їй якостей, що не відповідають цій оцінці, як таких, що їй не стосуються.

Рівень 2: Незрілі захисти. Ці захисти часто властиві дорослим людям, вони знижують дистрес і тривогу, захищаючи тим самим від неприємної реальності. Надмірне використання захистів цієї групи є соціально неприйнятним, оскільки

людина може втратити зв'язок із реальністю. Часто вони надмірно виражені при великій депресії та розладах особистості.

1. Відреагування назовні, розрядка – механізм захисту, що виражається в несвідомому знятті внутрішньої напруги через поведінку, що реалізує лякаючий сценарій, за рахунок зміни своєї ролі в ньому з пасивно-жертвовної на активно-ініціюючу. Іншими словами – це несвідоме провокування розвитку тривожної для людини ситуації. Тісно пов'язане із імпульсивністю.

2. Фантазії – схильність тікати у мрії, замість того аби вирішувати зовнішні чи внутрішні конфлікти.

3. Ідеалізація – схильність вважати іншу людину кращою, ніж вона є насправді.

4. Інтроекція – настільки сильна ідентифікація себе з ідеєю чи об'єктом, що вона стає частиною людини.

5. Пасивна агресія – агресія на інших виражається непрямо, часто через ухилення, відкладання важливих справ на потім.

6. Проективна ідентифікація – відбувається тоді, коли людина нав'язує комусь роль, засновану на своїй проекції.

7. Проекція – примітивна форма параної, помилкове сприйняття своїх внутрішніх процесів як таких, що відбуваються ззовні.

8. Соматизація – трансформація негативних переживань на фізичний біль, хворобу чи тривогу.

9. Прийняття бажаного за дійсне – це формування переконань та прийняття рішень відповідно до того, що є приємним, замість того, щоб звернутись до наявних доказів, раціональності або реальності. Такі дії є результатом вирішення конфліктів між переконаннями та бажаннями.

Рівень 3: Невротичні захисти. Ці механізми вважаються невротичним, але досить часто зустрічаються у дорослих людей. Такі засоби захисту мають

короткострокові переваги в спробах впоратися зі складними ситуаціями, але часто може викликати довгострокові проблеми в стосунках, роботі і у контексті задоволеності життя, особливо якщо вони використовуються в якості основного стилю подолання.

1. Заміщення – захисний механізм, що трансформує сексуальні або агресивні імпульси у більш прийнятні, скеровує емоції на більш прийнятний результат, відділяє їх від реального об'єкту. Наприклад, матір ображається на дитину, тому що посварилася з її батьком.
2. Дисоціація – тимчасова різка зміну своєї особистої ідентичності або характеру, щоб уникнути емоційного розладу.
3. Іпохондрія – надмірна стурбованість власним здоров'ям, пошук у себе симптомів хвороб.
4. Інтелектуалізація – форма ізоляція, акцент на інтелектуальних компонентах ситуації задля дистанціювання від тривожних емоцій, відокремлення емоцій від думок.
5. Ізоляція – відокремлення почуттів від думок та подій, наприклад опис вбивства з графічними деталями проте без жодних емоцій.
6. Раціоналізація – переконання себе у тому, що нічого поганого не сталося, або що всі події нашого життя визначені заздалегідь і нічого зробити не можна.
7. Реактивне утворення – перетворення неусвідомлюваних негативних бажань на їх пряму протилежність, поведінка протилежна тій, яка мала б бути в такій ситуації.
8. Регресія – тимчасовий відхід на попередню стадію розвитку. Типовим прикладом є зведення розмови на крик у дорослої людини.
9. Витіснення – активне, мотивоване усунення чого-небудь зі свідомості.

10. Анулювання (відшкодування) – несвідома спроба врівноважити певне почуття (зазвичай провину або сором) за допомогою поведінки, яка «магічним чином» знищує це почуття.

11. Соціальні порівняння – захисний механізм, що використовується як засіб самооцінки. Люди порівнюють себе з іншими задля того, аби визначити, хто є кращим.

12. Уникнення – найважча форма захисту. Втеча від болісних, травматичних подій, стимулів і стосунків.

Рівень 4: Зрілі захисти. Властиві емоційно здоровим дорослим, які знаходяться на відповідній до їх віку стадії розвитку, успішним у соціальному та сімейному житті. Використовувані захисні механізми допомагають їм інтегрувати конфліктні емоції та думки задля ефективнішого функціонування.

1. Прийняття - людина приймає реальну ситуацію, розуміє її не комфортність без спроби змінити її чи протестувати проти неї. Релігія та психологічна допомога зазвичай передбачає прийняття ситуації, якщо її реально неможливо змінити.

2. Альтруїзм – конструктивна допомога іншим, яка приносить людині задоволення.

3. Антиципація – реалістичне передбачення майбутнього дискомфорту.

4. Мужність – здатність протистояти конфліктам, страху, болі, небезпеці, невпевненості, відчаю, труднощам і залякуванню. Фізична мужність часто з роками зменшується, тоді як моральна мужність незалежно від віку зберігає ідеали чесності та справедливості.

5. Емоційна самодостатність – незалежність від думок (позитивних та негативних) інших.

6. Прощення – припинення образи, обурення або гніву, не вимагання відплати за проступки.

7. Подяка – відчуття вдячності, що зумовлює вищий рівень щастя, і більш низькі рівні депресії та стресу у людини. Протягом всієї історії, подяка посідала центральне місце в релігійних і філософських теоріях.
8. Смирення – механізм, за допомогою якого людина сприймає власні недоліки як даність, не є занадто гордовитою, втім і не схильна до самоосуду.
9. Гумор – публічний вираз думок і почуттів (особливо неприємних, про які не прийнято говорити відкрито), що приносить задоволення іншим людям.
10. Ідентифікація – несвідоме моделювання себе за характером і поведінкою інших осіб.
11. Милосердя – вираз співпереживання та співчуття людини, яка має певну перевагу.
12. Самоусвідомленість – прийняття себе такою, якою людина є. Характеризується відкритістю, допитливістю та прийняттям себе.
13. Помірність – відсутність крайнощів в емоціях та думках, певне самообмеження у бажаннях і прагненнях.
14. Терплячість – терпляче ставлення до негативних обставин, пауза перед реакцією на критику чи провокацію. Вважається основною чеснотою у багатьох релігіях.
15. Повага – бажання показати свою вдячність чи вираз захоплення людиною із позитивними якостями. Стосунки, які не базуються на повазі, завжди нетривалі. Відсутність поваги – найчастіша причина міжособистісних і міжгрупових конфліктів.
16. Сублімація – трансформація негативних емоцій у позитивні дії або почуття. Наприклад, сильний гнів може виразитися у результативній грі у футбол.
17. Супресія (придушення) – свідоме бажання відволіктися від проблем на більш приємні речі.

18. Толерантність – прийняття думок і почуттів іншого, навіть якщо людина з ним не згодна.

Збереження зв'язків із реальністю як найголовнішу функцію захисних механізмів визначила у своїх працях Н. Хаан (1977). Вона створила ієрархію механізмів адаптації, ґрунтуючись на ступені усвідомленості або неусвідомленості їх стратегій. Н. Хаан виділила три види дій: подолання (свідомі, гнучкі, цілеспрямовані дії, що допускають прояви емоцій), захист (вимушені, ригідні дії, спрямовані на подолання тривоги), уникнення (автоматизовані і ритуалізовані ірраціональні дії). Згідно з Н. Хаан, якщо людина в змозі впоратися з ситуацією, стратегії подолання характеризуються як цілеспрямовані, гнучкі, у стресових обставинах особистість зберігає цілісність за рахунок спотворення реальності, зовні обумовленою ригідними захисними стратегіями, які більше відображають прояв тривоги, ніж сприяють вирішенню проблеми.

Посттравматичне зростання – це досвід позитивних змін, що відбуваються з людиною у результаті зіткнення зі складними життєвими кризами [30]. У більшості людей є загальний набір уявлень про прогнозованість, керованість і доброзичливість світу, які вони використовують у своїй повсякденній активності. Однак сильні стресові події зумовлюють необхідність перегляду усталених переконань, поглядів на себе та своє місце в світі, що приводить до вираженого психологічного стресу [10]. Дослідники нерідко використовують метафору землетрусу задля образного визначення раптовості та сили, з якими у людини під впливом травматичних подій руйнується роками напрацьований спосіб функціонування. Посттравматичне зростання відбувається тоді, коли людина намагається змиритися з подією, що сталася, відновитися після її руйнівних наслідків. На кшталт відновлення після землетрусу, люди після стресових подій мають можливість ретельно подумати про те, як вони хочуть відновити своє життя. Поняття «посттравматичне зростання» введено у науковий обіг у 1995 р. [31] для визначення позитивних змін, що відбуваються у людини внаслідок важких життєвих криз [30]. Хоча посттравматичне зростання і споріднені із ним терміни «зростання, зумовлене стресом» [26], «змагальне

зростання» (P.A.Linley, S. Joseph, 2004) [20] є відносно новими, ідея зростання як потенційного наслідку подолання психотравми є популярною у міфах, релігії, популярній літературі та науковій психології (Дж. Каплан, 1964 [11]; В. Франкл, 1963 [5]; І. Ялом, 1980 [6]). Починаючи з 90-х рр. XX ст. з'явилися систематичні дослідження посттравматичного зростання, які базувалися на спеціально розроблених психодіагностичних методиках. Зокрема, Опитувальник посттравматичного зростання (The posttraumatic growth inventory R. G.Tedeschi, L.G.Calhoun, 1996, російськомовна адаптація М.Ш. Магомед-Емінова) [31], Шкали The perceived benefit scales (J.C. McMillen, R.H.Fisher, 1998) [22], The core beliefs inventory (A.Cann, L. G. Calhoun, R. G.Tedeschi, R.P.Kilmer, 2007) [10], Шкала базисних переконань (World assumptions scale, Р. Янов-Бульман в адаптації М. Падуна, А.Котельникової) [15]. Хоча дані дослідження тільки починають з'являтися, в число життєвих криз, що призводять до посттравматичного зростання, вже відносять: онкологію, хвороби серця, ВІЛ, невиліковні захворювання нервової системи згвалтування, злочинні напади і військові зіткнення, паралічі, безпліддя, важкі особисті втрати, втрату житла внаслідок пожеж та інших стихійних лих, землетруси, авіакатастрофи. Наукові джерела дозволяють виділити три напрямки позитивних змін, які відбуваються в результаті життєвих криз, і ці напрямки швидше можуть бути описані, як напрямку росту, а не в традиційних для кризової психології термінах само ефективності і внутрішнього локус контролю. Перший напрямок описує мобілізацію прихованих можливостей особистості, які змінюють самовідчуття і роблять людину більш стійкою перед нинішніми та майбутніми життєвими драмами. Другий напрямок змін вказує на те, що травма зміцнює значущі взаємини. Третій напрямок можна назвати екзистенційним, так як він стосується зміни в життєвій філософії людини, її пріоритетів щодо сьогодення, майбутнього тощо [24].

Посттравматичне зростання – це можливий результат після травматичної події, що стоїть на іншому полюсі ПТСР. Після травматичної події, наприклад, невиліковної хвороби онкології, нападу, або участі у бойових діях, цілком

нормально переживання виснажливих симптомів депресії і тривоги. Однак людина, яка демонструє пост стресове зростання переживає ці негативні стани протягом певного незначного стану, а потім у неї спостерігається покращення самопочуття при чому на вищій рівень ніж це було до травми [29]. Фундатор позитивної психології М. Селігман наголошував, що відновлення до вищого порівняно із до травматичним рівнем психологічного функціонування є основною ознакою посттравматичного зростання. Замість того, щоб зосередитися на травматичних переживаннях, людина повертаючись до нормального життя, демонструє психологічну пружність і стійкість. Відповідно, травма діє як відправна точка для того, аби людина стала почуватися краще. М. Селігман наголошував, що травма часто є джерелом розвитку та визначає правильні засоби задля досягнення психологічного благополуччя [4]. Слід зазначити, що посттравматичне зростання не виключає появи емоційних стресів, особливо на травматичні події, пов'язані насамперед із втратою. Люди можуть переживати дистрес і посттравматичне зростання одночасно. Для фасилітації посттравматичного зростання М. Селігман запропонував наступні кроки [4]:

- 1) зрозуміти свої реакції на травму;
- 2) знизити тривогу;
- 3) використовувати конструктивне саморозкриття;
- 4) створити травматичний наратив (детально описати свої травматичні переживання);
- 5) стати відкритішим до змін.

У результаті посттравматичного зростання переоцінюється сенс життя, покращуються стосунки з іншими людьми, людина стає більш організованою та оптимістичнішою. Посттравматичне зростання проявляється різними шляхами: через усвідомлення цінності життя, зміцнення міжособистісних стосунків, підвищення відчуття власної сили, трансформацію життєвих пріоритетів, збагачення духовної та екзистенційної складових життя. Це не просто повернення

до попереднього рівня функціонування, для деяких людей цей процес стає досвідом самовдосконалення, оскільки відбуваються якісні зміни і трансформація особистості. У цьому контексті концепція посттравматичного зростання має суттєві відмінності із іншими теоріями відновлення після психотравми, які переважно акцентують на набутті особистісної стійкості, досягненні нових смислів, формування оптимізму і витривалості. На відміну від психологічної пружності, стійкості, оптимізму та відчуття внутрішньої узгодженості, посттравматичне зростання відноситься до тих змін, що виходять за межі власне стійкості та витривалості й виявляються у всіх стресових ситуаціях, незалежно від їх травмуючої сили. Поширений вислів «прийняти ситуацію, яку неможливо змінити» прихильники концепції посттравматичного зростання назвали «копінгом прийняття» на відміну від «копінгу заперечення» [12]. Прийняття розглядається як вміння визнати, що отриманий результат не такий, до якого прагнула людина, але він є і його неможливо змінити. Прийняти – значить відпустити ситуацію та рухатися далі за обраним людиною напрямком. Крім прийняття дослідники виділяють такі стратегії посттравматичного зростання як позитивний рефреймінг та гумор. Позитивний рефреймінг – це зміна поглядів на пережиту травматичну ситуацію аби побачити її у позитивному контексті (А.Бек, 1997 [8]). Замість того, аби зосереджуватись на втратах і жалкувати про не здійснене, слід зосередитись на своїх досягненнях, знайти позитивні сторони події чи її наслідків. Фундатор когнітивної терапії А.Бек, працюючи з людьми, хворими на депресію, помітив, що якщо вони усвідомлюють свої негативні думки та можуть трансформувати їх у позитивний контекст – вони одужують. Цей процес отримав назву когнітивного переструктурування. Слід зазначити, що когнітивне переструктурування – це терапевтична техніка зміни негативних когніцій на позитивні, вона не тотожна когнітивному рефреймінгу, який може бути як позитивним, так і негативним, а є його важливою та необхідною складовою. Гумор – не завжди легко знайти комічне у травматичній ситуації, але якщо це вдається зробити – ситуацію відпустити набагато простіше. Дослідники називають гумор основним чинником задоволеності життям [27]. Він фасилітує копінг-стратегії, сприяє встановленню

гармонійних міжособистісних стосунків, допомагає людині дистанціюватися від психотравмуючої події [21]. Посттравматичне зростання розглядається у багатьох психологічних дисциплінах. Дане поняття застосовується не лише для військовослужбовців, фахівців аварійно-рятувальних служб, а також *усіх осіб, які пережили травматичні події й у повсякденному житті стикаються із численним негараздами*. Крім того, поняття посттравматичного зростання часто застосовується щодо сімей, які успішно подолали кризові етапи функціонування. Однак було б невірно розглядати зростання як безпосередній результат травми. Посттравматичне зростання відбувається в результаті опанування людиною з новою посттравматичною реальністю, і багато в чому визначається витраченими на це опанування зусиллями [14]. Останнім часом у зарубіжній психології спостерігається тенденція до мультидисциплінарності, а у питанні посттравматичного зростання психологи тісно співпрацюють із журналістами, зокрема у контексті нового напрямку – конструктивної журналістики. Основним при цьому є створення репортажів про на тему позитивного відновлення осіб, які пережили сильну стресову подію, наприклад, як військовий після повернення додому став успішним бізнесменом і створив сім'ю, або як жінка після онкології народила здорову дитину. Подібні тенденції спостерігаються й у нашій країні, зокрема це стосується фото та відео репортажів на телебаченні та у соцмережах.

Висновки до Розділу 1:

Невиліковна хвороба є надзвичайною екстремальною ситуацією, яка об'єднує у собі такі травмуючі фактори як раптовість, тривалість, масштаб руйнувань звичайного життя, постійні зміни фізичного стану та настрою, горе та втрати, нестача контролю та моральна невпевненість. З початку повномасштабного вторгнення велика кількість українців постійно знаходиться під впливом сильного психоемоційного стресу, що може призводити до наявних змін у фізичному та психічному стані. Для суспільства емоційне травмування такого порядку може означати насамперед втрату психоемоційного балансу

людських стосунків; загрозу сприятливому розвитку підростаючого покоління; загострення патологічних процесів як всередині людини так і у житті суспільства в цілому. Зіткнення з невиліковною хворобою, як найсильніша критична ситуація в житті особистості, з одного боку, має руйнівну дію, підвищує тривогу та депресію, почуття безпорадності й безнадійності, що призводить до кризи особистості. З іншого боку, такий досвід дає змогу особистості переосмислити свої цінності, відношення до життя, себе та свого оточення, що формує різні життєві стратегії та активізує адаптивні ресурси особистості. Переживання, пов'язані із загрозою життю, із загрозою існуванню, обмеженню свого фізіологічного та емоціонального функціонування і виклики для близьких людей, руйнування звичних життєвих стереотипів, а також нестача інформації або її непевність впливають на формування психічної реакції хворої людини. Вплив зовнішніх подій та внутрішніх переживань, спричинених невиліковною хворобою, призводить людину до стану крайнього емоційного напруження – стресу. Тривале перебування під впливом стресової ситуації призводить до виснаження резервів організму. Емоційний фон війни характеризується важким почуттям провини, страхом, нестерпним гнівом та ненавистю до ворога. Особливу небезпеку становлять гострі стресові реакції, патологічний перебіг горювання та розлади адаптації. Жінки і чоловіки, які хворіють на невиліковне захворювання, схильні до інтенсивних переживань та психологічного виснаження. Виділяють декілька основних психопатологічних синдромів, які реактивно розвиваються у невиліковних хворих :

- тривожно-депресивний стан;
- дисфоричний стан з тужливо-гнівно-похмурим забарвленням;
- тривожно-іпохондричний стан;
- obsесивно-фобічний стан;
- астено-депресивний стан;
- астено-іпохондричний стан;

- апатичний стан;
- параноїдний стан;
- деперсоналізаційно-дерелізаційний стан;
- ейфоричний стан;
- аутистичний стан.

РОЗДІЛ II. ОПИС ВИБІРКИ, МЕТОДІВ ТА ПРОЦЕДУРИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

2.1. Опис і характеристика вибірки дослідження.

В дослідженні взяли участь 64 людини віком від 35 до 86 років, які набули невиліковне захворювання, яке веде безпосередньо до летального наслідку від цього захворювання і опинились в умовах державного паліативного супроводу. Серед людей, що прийняли участь у дослідженні, одружені – 73%, неодружені – 16%, розлучені – 11%. Люди, які мають дітей, складають 75% дослідження, й не мають дітей – 25%. Згідно мети та завдань дослідження нами було сформовано три групи досліджуваних на основі результатів анкетування за місцем перебування на момент проведення опитування.

До першої групи увійшло 19 людей, які на момент проведення дослідження перебували на лікуванні в умовах паліативного стаціонару КНП «ЮЛ» ЮСР. **До другої групи увійшли люди,** які на момент проведення дослідження знаходилися вдома під супроводом мобільної паліативної бригади КНП «ЮЛ» ЮСР (виїзди для надання паліативної допомоги вдома), 21 особа.

До третьої групи увійшли 24 людини, які на момент проведення дослідження знаходилися в інших відділеннях (терапевтичне, хірургічне, неврологічне) КНП «ЮЛ» ЮСР з метою лікування та підтвердження паліативного діагнозу (з подальшим продовженням лікування в умовах паліативного стаціонару, після підтвердження цього діагнозу).

На підготовчому етапі було проведено аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з проблеми дослідження, визначені актуальність, об'єкт, предмет та мета дослідження, сформовано план дослідження, підібрано відповідний психодіагностичний інструментарій. На основному етапі було здійснено опитування (липень – серпень - вересень 2024 року), розподіл на групи дослідження учасників, збір, обробка та аналіз отриманих даних. Учасникам дослідження було запропоновано пройти опитування за наступними методиками:

методика діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна; шкала психологічного стресу Лемура-Тесьє-Філіон PSM-25 (в адаптації Н. Є. Водоп'янової); методика діагностики самооцінки психічних станів за Г. Айзенком; шкала депресії А. Бека; шкала диференціальних емоцій К. Ізарда (в адаптації Г. Б. Леонової); методика подолання важких життєвих ситуацій (SVF120) В. Янке, Г. Ердманна (в адаптації Н. Є. Водоп'янової).

Було застосовано колоди МАК в якості практичного інструментарію для роботи використано колоди карт: Oh-card – класична колода МАК; «Стоп-стрес» автор Блінов О.А.; «Струни душі» О.Блінов, додатково використано модель BASIC rh авторства О.Лаада та О.Аялон. Детальний опис методик розміщено в підрозділі 2.2. Час проходження опитування респондентів складав від 30 до 40 хвилин. На основі отриманих даних був здійснений кількісний та якісний аналіз результатів дослідження, які наведено в Розділі 3.

2.2. Опис і характеристика методів дослідження

Організація дослідження

У роботі були використані теоретичний метод дослідження, опитування і математико-статистичні методи.

Емпірична вибірка дослідження: люди з Дніпропетровської області, які внаслідок отримання невиліковного захворювання потрапили у складну життєву ситуацію – отримали статус паліативного пацієнта, у кількості 64 людини віком 35-86 років (середній вік – 66 років).

Дослідження змін у особистісного осіб, які переживають складну життєву обставину проводилося у три етапи:

Таблиця 2.0

Кількість обстежених людей, які потрапили у складну життєву обставину та основні завдання етапів дослідження.

№ п/п	Етапи та завдання дослідження	Кількість учасників емпіричного дослідження
1.	Аналіз теоретичних основ вивчення системи особистісного ресурсу особистості та переживання тяжкої життєвої ситуації. Характеристика шляхів роботи з переживанням тяжкої життєвої ситуації.	64
2.	Вивчення змін особистісних змін осіб, які переживають тяжку життєву ситуацію, аналіз ціннісних орієнтацій, визначення рівня психологічного благополуччя.	64
3.	Організовано вивчення принципів психологічної підтримки та корекції змін у системі цінностей та особистісної підтримки у зв'язку з переживанням тяжкої життєвої ситуації за допомогою одного з методів глибинної арт – терапії – метафоричних асоціативних карт. Проведений аналіз результатів впливу психотерапевтичних методів роботи з застосуванням метафоричних асоціативних карт - переживанням складної життєвої ситуації, програми психологічної допомоги.	64
	Усього обстежено людей	64

Для діагностики емоційної сфери були обрані наступні методики:

- 1) авторська анкета суб'єктивної оцінки емоційного реагування на набуття важкого невиліковного захворювання, як психотравмуючу подію;
- 2) шкала оцінки рівня якості життя Чабан О.С., була застосована в якості діагностичного інструментарію до проведення роботи з МАК та після проведення дослідження;
- 3) Техніки роботи з МАК «Привіт хвороба», «Хвороба, навіщо ти до мене прийшла», «Я вільний»;

- 4) методика діагностики самооцінки тривожності (Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна) для визначення рівня реактивної тривоги, як стану в даний момент часу, та рівня особистісної тривожності, як особистісної характеристики;
- 5) шкала психологічного стресу (PSM-25) в адаптації Н. Є. Водоп'янової для визначення рівня психологічного напруження;
- 6) методика діагностики самооцінки психічних станів (Г. Айзенка) для визначення рівня тривожності, фрустрації, агресії та ригідності;
- 7) шкала депресії А. Бека для виявлення проявів симптомів депресії;
- 8) шкала диференціальних емоцій за К. Ізардом в адаптації Г. Б. Леонової для створення моделі емоційного профілю;
- 9) методика «Подолання важких життєвих ситуацій (SVF120)» В. Янке, Г. Ердманна в адаптації Н. Є. Водоп'янової для діагностики типових способів подолання стресових ситуацій (копінг-стратегій).
- 10) використано модель BASIC ph авторства О.Лаада та О.Аялон.

Таблиця 2.01

Методики і обсяг проведених досліджень

№ п/п	Назва методики	Кількість досліджень з етапів роботи			Примітки
		1	2	3	
1.	Анкетування	64	64	64	
2.	Методика діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна	64	64	64	
3.	шкала психологічного стресу (PSM-25) в адаптації Н. Є. Водоп'янової для визначення рівня психологічного напруження;	64	64	64	
4.	шкала психологічного стресу (PSM-25) в адаптації Н. Є. Водоп'янової для визначення рівня	64	64	64	

	психологічного напруження				
5.	методика діагностики самооцінки психічних станів (Г. Айзенка) для визначення рівня тривожності, фрустрації, агресії та ригідності;	64	64	64	
6.	шкала депресії А. Бека для виявлення проявів симптомів депресії;	64	64	64	
7.	шкала диференціальних емоцій за К. Ізардом в адаптації Г. Б. Леонової для створення моделі емоційного профілю;	64	64	64	
8.	методика «Подолання важких життєвих ситуацій (SVF120)» В. Янке, Г. Ердманна в адаптації Н. Є. Водоп'янової для діагностики типових способів подолання стресових ситуацій (копінг-стратегій).	64	64	64	
9.	модель BASIC ph авторства О.Лаада та О.Аялон.	64	64	64	
	Загальна кількість досліджень	574			

Авторська анкета суб'єктивної оцінки емоційного реагування на наявність невиліковного захворювання, як психотравмуючу подію. Для коректного розподілу учасниць дослідження по групах, була запропонована авторська анкета суб'єктивної оцінки емоційного реагування на потрапляння в складну життєву ситуацію. Дана анкета містить 8 питань, стосовно особистісних даних, емоційного стану і думок у перші моменти отримання інформації про невиліковний діагноз, досвід зіткнення з подіями та способів адаптації до нових умов життя. Методика діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна. Дана

методика є надійним та інформативним способом самооцінки рівня тривоги як стану на даний момент (реактивна тривога) та рівня особистісної тривожності, як стійкої характеристики людини. Розроблений Ч. Д. Спілбергером (США) та адаптований Ю. Л. Ханіним. Реактивна тривога, як стан, характеризується напругою, занепокоєнням, нервозністю. Особистісна тривожність характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій загрозливими та реагувати на такі ситуації станом тривоги. Тест самооцінки складається з 2 частин, що окремо оцінюють реактивну (РТ, висловлювання 1-20) та особистісну (ЛТ, висловлювання 21-40) тривожності. При інтерпретації рівень реактивної тривоги та особистісної тривожності оцінюють так: до 30 – низький рівень; 31 - 45 – помірний рівень; 46 і більше – високий рівень. Зіставлення результатів з обох підшкал (РТ та ОТ) дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для респондента.

Для 1 групи людей було застосовано МАК «Стрес-стоп» автор Блінов О.А., з вправою «стрес як ресурс і генератор інвестицій». В основному 19 людей перебуваючи в умовах паліативного стаціонару мали невиліковні онкологічні захворювання. До початку проведення дослідження в цій групі за допомогою шкали оцінки рівня якості життя (автор Чабан О.С.) було виявлено вкрай низький рівень незадоволеності своїм життям (82% опитаних): є проблеми які неможливо вирішити, немає радості від життя, яке сприймається як важка боротьба з невизначеним негативним майбутнім.

Для 2 групи людей були застосовані МАК «Струни душі» автор Блінов О.А., з вправою з авторською вправою «Дорогу здолає той, хто йде». Люди з цієї групи перебували на мобільній паліативній допомозі вдома і мали змішаний тип невиліковних захворювань – від тяжких форм гіпертонічної хвороби до дегенеративних захворювань НС, таких як розсіяний склероз, хвороба Паркінсона та інші. До початку проведення дослідження в цій групі за допомогою шкали оцінки рівня якості життя (автор Чабан О.С.) було виявлено вкрай низький рівень незадоволеності своїм життям (91%): є проблеми які неможливо вирішити, немає радості від життя, яке сприймається як важка боротьба з невизначеним

негативним майбутнім, а також відчуття порожнечі, глухого кута, безперспективності та гнітючості, власна безпорадність, непотрібність та крах.

Для 3 групи людей були застосовані МАК «ОН» з вправами «Привіт хвороба», до початку проведення дослідження за допомогою шкали оцінки рівня якості життя (автор Чабан О.С.) було виявлено середній рівень незадоволеності життям (75% опитаних): посереднє ставлення до життя, є значні проблеми, які впливають на якість життя, деяка невпевненість у майбутньому.

Шкала оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.- додаток Б).

Шкала психологічного стресу Лемура-Тесьє-Філіона (PSM-25).

Методика призначена для вимірювання стресу як природного стану психічної напруженості. При обробці результатів визначається інтегральний показник психічної напруженості (ППН). Інтерпретація результатів виглядає наступним чином: ППН більше 155 балів – високий рівень стресу, свідчить про стан дезадаптації та психічного дискомфорту, необхідність застосування широкого спектру засобів та методів для зниження нервово-психічної напруженості, психологічного розвантаження, зміни стилю мислення та життя. ППН в інтервалі 100 - 154 балів – середній рівень стресу. ППН менше 100 балів – низький рівень стресу, свідчить про стан психологічної адаптованості до робочих навантажень.

Методика діагностики самооцінки психічних станів за Г. Айзенком.

Методика діагностики самооцінки психічних станів за Г. Айзенком складається з чотирьох груп питань, що відповідають чотирьом психічним станам, таким як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Інтерпретація результатів виглядає наступним чином.

I Тривожність: 0 - 7 балів – тривожності не виявлено; 8 - 14 балів – тривожність середня, допустимого рівня; 15 - 20 – значна тривожність.

II Фрустрація: 0 - 7 балів – висока самооцінка, стійкість до невдач і труднощі не викликають страху; 8 - 14 балів – середній рівень, фрустрація має місце; 15 - 20 – низька самооцінка, уникнення труднощів, страх невдач.

III Агресивність: 0 - 7 балів – спокійний, витриманий стан; 8 - 14 балів – середній рівень; 15 - 20 – агресивний, невитриманий стан; є складнощі в роботі з людьми.

IV Ригідність: 0 - 7 балів – ригідності немає, легке перемикання; 8 – 14 балів – середній рівень; 15 - 20 – сильна виражена ригідність, протипоказані зміна місця роботи, зміни у сім'ї.

Шкала депресії А. Бека

Шкала депресії А. Бека була розроблена у 1961 р. на основі клінічних спостережень, що дали можливість виявити обмежений набір значущих симптомів депресії та скарг, що найбільш часто пред'являються пацієнтами. Опитувальник включає 21 категорію симптомів, кожна з яких складається з 4-5 тверджень, відповідних специфічним проявам / симптомам депресії. При інтерпретації даних визначається сумарний бал за всіма категоріями. Отримані результати ранжуються наступним чином: 0 - 9 балів – відсутність симптомів депресії; 10 - 15 балів – легкі прояви депресії; 16 - 19 балів – помірні прояви симптомів депресії; 20 - 29 балів – виражені симптоми депресії; 30 - 63 бала – важкі прояви симптомів депресії.

Шкала диференціальних емоцій за К. Ізардом.

Дана методика розроблена відомим американським психологом К. Ізардом згідно його теоретичної концепції про існування 10 базових емоцій, що становлять основу всього емоційного життя людини. До них відносяться емоції інтересу, радості, здивування, горя, гніву, зневаги, огиди, страху, сорому та вини. Запропонована методика включає 30 монополярних шкал, представлених прикметниками, що відповідають різним відтінкам емоційних переживань. Процедура обробки даних за шкалою диференціальних емоцій складається з двох

етапів. На першому етапі обробки результатів підраховують оцінки щодо кожної з 10 базових емоцій, шляхом підсумовування балів за трьома шкалами, що описують прояви відповідних емоцій. Прийнятою формою представлення результатів є побудова так званого «профілю емоцій». На другому етапі підраховують узагальнені показники щодо укрупнених груп емоцій: індекс позитивних емоцій, індекс негативних емоцій та індекс тривожно-депресивних емоцій. Індекс позитивних емоцій (ПЕМ) характеризує ступінь позитивного емоційного ставлення суб'єкта до ситуації, визначається як сума балів за блоками базових емоцій інтересу, радості, здивування. Індекс гостри негативних емоцій (НЕМ) відображає загальний рівень негативного емоційного ставлення суб'єкта до ситуації. Даний індекс визначається як сума балів за блоками емоцій горя, гніву, огиди, зневаги. Індекс тривожно-депресивних емоцій (ТДЕМ) відображає рівень щодо стійких індивідуальних переживань тривожно-депресивного комплексу емоцій, що опосередковують суб'єктивне ставлення до ситуації. Визначається як сума балів за блоками базових емоцій страху, сорому, вини. Для інтерпретації даних за узагальненими показниками шкали диференціальних емоцій використовують градації щодо кожного з названих індексів, наведені у табл. 2.1. Окрім загальної характеристики ступеня виразності основних типів емоційних переживань проводиться якісний аналіз конкретних видів емоцій, що визначає емоційне забарвлення поточної діяльності. Для цього на профілі емоцій виділяються основні піки та співвідносяться з рівнем представленості інших емоцій.

Таблиця 2.1

Інтерпретація результатів за узагальненими показниками

Ступінь емоційних переживань	ПЕМ	НЕМ	ТДЕМ
слабкий	менше 19 балів	менше 14	менше 11
виразний	від 20 до 28	від 15 до 24	від 12 до 20
помірний	від 29 до 36	від 25 до 32	від 21 до 30
сильний	більше 36 балів	більше 32 балів	більше 30 балів

П. Левін, американський вчений, запропонував цікавий підхід до сучасних теорій психічної травми. Автор визначає травму як прорив бар'єру, який захищає людину від впливу, що супроводжується сильним почуттям безпорадності. Відсутність індивідуальних ресурсів, необхідних для подолання травмуючої події, часто є причиною психологічної травми. П. Левін стверджує, що руйнівна сила психічної травми залежить від індивідуальної важливості травмуючої події, рівня психологічної захищеності людини та здатності до саморегуляції [2]. Травматичний стрес, який призводить до перевантаження фізіологічних, психологічних і адаптаційних можливостей людини, є основою психологічної травми. Дослідники вважають, що травматичний стрес має такі характеристики: 1) подія усвідомлюється (людина розуміє, що з нею сталося і з якої причини її психологічний стан погіршився); 2) існують зовнішні фактори, які викликають цей стан; 3) подія викликає жах і почуття безпорадності [3]. Різноманітність стресогенних ситуацій і факторів, а також індивідуально-психологічні особливості індивідів зумовили різні підходи до подолання стресових ситуацій. Для підтримки психічного та фізичного здоров'я важливим є вивчення ресурсів людини, які дозволяють їй використовувати адаптаційні можливості організму [4]. Здатність до подолання складних життєвих обставин, здатність до позитивної адаптації після стресових подій і здатність повертатися до попереднього рівня функціонування (резильєнтність) залежить від розуміння індивідом власних ресурсів і вміння їх виявляти. Особистісні ресурси характеризуються різноманітністю, характером, мірою використання, наявністю і доступністю [5]. На думку дослідників, доцільним у роботі з терапії травми є використання мультимодальних моделей, зокрема моделі BASIC PH, розробленої М. Лаада й О. Аялон з метою розвитку стресостійкості та подолання негативних психоемоційних станів клієнта, зумовлених психотравмуючими ситуаціями та подіями життя [6]. До ресурсних модальностей BASIC PH відносять:

- «В» Віра – це філософія життя, вірування та моральні цінності. Це походить від слова «віра»;

- «А» Афект – це почуття, емоції;
- «S» Соціальна підтримка – це суспільство, належність і соціальна організація;
- «I» Уява – це творчість, фантазія;
- «C» Пізнання, або розуміння, означає свідомість, реальність і думку;
- «PH» Фізіологія – це те, що стосується фізичного, чутливого та діяльного [6].

Незважаючи на різні підходи до розуміння і доцільності використання арт-терапії, а саме застосування метафоричних асоціативних карт як її методів, у різних ситуаціях, дослідники доходять однозначної думки про те, що мистецтво та терапія тісно пов'язані. Перше надає людині багато можливостей для того, щоб висловити свої почуття й емоції, а також дозволяє кожному знайти власний спосіб самовираження [7]. Низка вчених стверджували, що МАК-терапія може бути корисною як у психіатрії, так і в психології [7]. Одні науковці зазначали, що досягнення позитивних результатів можна досягти насамперед шляхом «зцілення» потенціалу самого процесу художньої творчості, який дозволяє висловити та заново пережити внутрішні конфлікти, що дає змогу вирішити їх. Інші пов'язували цілющість образотворчої діяльності з можливістю відволікання пацієнта від власних переживань [7]. Деякі дослідники писали про те, що заняття МАК-терапією призводять до того, що людина занурюється у свою підсвідомість і «розмовляє» з нею символічною мовою образів [7]. Це призводить до того, що людина сумнівається у своїй здатності вільно висловлювати свої страхи. Ж. Сидоренко та Ю. Короцінська зазначають, що сьогодні МАК-терапія, і саме МАК є окремою сферою, яка включає теоретичні знання та практичні дії. Авторки наголошують на тому, що МАК-терапія є дуже пластичним напрямком психотерапії, який активно розвивається та розширює сферу застосування. Психотерапія, освіта та соціальна робота використовують методи та техніки МАК-терапії. Основною метою МАК-терапії є відновлення внутрішнього стану клієнта та його здатності досягти ідеального стану, що сприяє активному продовженню життя та досягненню рівноваги. Ми погоджуємося з

вищезазначеними авторами щодо того, що на особливу увагу в різноманітні МАК-терапевтичних технік слід приділити увагу саме роботі з МАК-картами. Перевірка ефективності описаних вище психотехнологій арт-терапії у роботі з клієнтами, що переживають стрес в умовах воєнного стану, здійснювалася через порівняння показників життєстійкості за методикою С. Мадді в адаптації Д. Леонтьєва, стресостійкості за методикою «Тест самооцінки стресостійкості» С. Коухен і Г. Вілліансона, нервово-психічної стійкості за методикою «Прогноз». Експериментальний план дослідження передбачав порівняння трьох експериментальних груп ($n_1 = 15$, $n_2 = 16$, $n_3 = 16$) із контрольною групою ($n_4 = 15$), з якою не було впроваджено корекційно-розвивальних впливів. На констатувальному етапі дослідження статистично значущих відмінностей у всіх показниках виявлено не було.

Методика «Подолання важких життєвих ситуацій SVF120» В. Янке, Г.

Ердманна, адаптація Н. Є. Водоп'янової.

Методика «Подолання важких життєвих ситуацій» SVF120 служить для діагностики типових способів подолання стресових ситуацій (копінг-стратегій). Копінг-стратегії визначені 20 шкалами та 6 твердженнями у кожній. Для обробки та інтерпретації результатів підраховується сума балів за кожною шкалою відповідно до «ключа». «Ключ» та характеристика шкал (копінг-стратегій) наведено у табл 2.2.

№	Назва стратегії	Значення стратегії
1.	Зниження значення стресової ситуації	Знижувати значення сили, тривалості або тяжкості напруги
2.	Самосхвалення	Приписувати собі менший стрес у порівнянні з іншими
3.	Самовиправдання	Наголошувати на відсутності особистої відповідальності
4.	Відволікання	Відмовлятися від пов'язаної зі стресами активності, відволікатися від ситуацій
5.	Заміщення	Звертатися до позитивних ситуацій, до

		активності, робити собі щось приємне
6.	Самоствердження	Забезпечувати собі успіх, визнання та самоствердження
7.	Психом'язова релаксація	Розслаблення повне чи окремих частин тіла, відпочинок
8.	Контроль ситуації	Аналізувати ситуацію, планувати та виконувати дії з контролю (вирішення проблеми)
9.	Самоконтроль/самовладання	Контролювати власні реакції, свою поведінку, зберігати самовладання
10.	Позитивна самомотивація	Приписувати собі компетенцію та здатність контролю
11.	Пошук соціальної підтримки	Шукати бесіду (дискусію), соціальну підтримку та допомогу
12.	Антиципуюче уникнення	Мати намір запобігати подібним стресовим ситуаціям у майбутньому або уникати їх
13.	Втеча від стресової ситуації	Покірлива тенденція уникнення напруженої ситуації
14.	Соціальна замкнутість	Усамітнюватися від інших
15.	«Заїжджена платівка»	Не вміти відволікатися подумки, постійно думати над ситуацією («ламати голову»)
16.	Безпорадність	Здаватися з почуттям безпорадності, безнадійності, розчарованості
17.	Жаль до себе	Співчувати самому собі, заздрити іншим
18.	Самозвинувачення	Приписувати напругу власним помилковим діям, звинувачувати у всьому тому, що відбулося
19.	Агресія	Реагувати роздратовано, сердито, агресивно
20.	Прийом ліків	Приймати психотропні засоби (ліки, алкоголь, тютюнопаління)

Аналіз результатів проводиться, з одного боку, за окремими шкалами (сума набраних балів), з іншого – за вторинними оцінками (встановлення загальної суми конструктивних та деструктивних стратегій, а також оцінок, що відносяться до груп Позитивний 1, Позитивний 2, Позитивний 3. Копінг-стратегії 1–10 стосуються дій, спрямованих на зменшення (зниження) стресу та принципово придатні для цього, коротко «конструктивні стратегії». Копінг-стратегії 13–18 стосуються шляхів подолання стресу, які можуть посилити стрес, коротко «деструктивні стратегії». Копінг-стратегії 11 - «соціальна необхідність підтримки», 12 - «уникнення», 19 - «агресія», 20 - «прийом ліків» не можуть бути однозначно віднесені до однієї з цих категорій. Серед конструктивних стратегій виділяють три групи. Група «Позитивний 1» (охоплює шкали 1–3) стосується когнітивних стратегій подолання стресу у сенсі зниження його значущості (захист). Група стратегій «Позитивний 2» (шкали 4–7) відображає тенденцію до відволікання від стресу, тобто звернення до позитивних ситуацій, станів, що виключають стрес. Група стратегій «Позитивний 3» (шкали 8–10) стосується дій з контролю стресової ситуації, викликаних нею власних реакцій та необхідного у цьому разі приписування собі його визначення.

Методи математико-статистичної обробки даних.

Для виявлення закономірностей та характеру зв'язку між досліджуваними параметрами було використано наступні методи статистичної обробки: факторний аналіз (метод головних компонент, обертання Varimax), ϕ -критерій Фішера та H -критерій Краскела-Уолліса. Факторний аналіз – метод статистично-математичної обробки даних, який використовується при обробці великих масивів експериментальних даних для пошуку взаємозв'язку між результативними даними.

Φ -критерій кутового перетворення Фішера використовується для оцінювання наявності (відсутності) розбіжності між групами за частотою зустрічаємості ознаки.

Н-критерій Краскела-Уолліса – непараметричний статистичний критерій, що використовується для оцінки відмінностей між трьома або більше вибірками за рівнем будь-якої ознаки, вимірюваної якісно. Дозволяє виявити відмінності в значенні параметра між малими вибірками. Н-критерій Краскела-Уолліса є багатомірним узагальненням U-критерію Манна-Уїтні. Статистична обробка даних дослідження проводилася комп'ютерним методом з використанням SPSS Statistics 22.0.

Висновки до розділу 2.

Наразі дедалі актуальним є підхід, що відображає багатоаспектний розгляд психічної патології із залученням не тільки клініко-психопатологічних, а й соціально-середовищних показників, які активно залучаються як діагностичні критерії. Поняття якості життя істотно ґрунтується на психосоматичному розумінні хвороби. На тому, як людина переживає патологічний процес, що це означає для неї, і як це значення впливає на її поведінку та взаємодію з навколишнім середовищем. Оцінка якості життя стає ще більш актуальною в контексті зростання хронічної соматичної та психічної патології, а особливо в умовах життя з паліативними діагнозом. Якість життя – це інтегральний показник, який відображає, наскільки людина задоволена своїм фізичним, психічним та соціальним статусом. Дослідження якості життя у опитуваних за допомогою шкали оцінки рівня якості життя (Чабан О.С) допомогло отримати інформацію, необхідну для ширшого розуміння клінічних проявів захворювання на загальний соматичний і психологічний стан паліативних хворих, а також дав можливість оцінити ефективність застосування МАК в динаміці.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

3.1. Аналіз ефективності застосування МАК у людей, що потрапили у складну життєву ситуацію є пацієнтами відділення стаціонарної паліативної допомоги.

До групи людей, що на момент проведення дослідження перебували у відділенні стаціонарної паліативної допомоги, увійшли 19 учасників (далі –група 1). Серед них одружені 14 учасників, що складає 74%; без сім'ї – 3 учасники (16%), розлучені – 2 учасника (10%). Мають дітей 13 з 19 учасників дослідження, що складає 68%; не мають дітей 6 учасників (32%). На момент початку дослідження всі учасники знаходилися на лікування у відділенні стаціонарної паліативної допомоги з невиліковними захворюваннями, які безпосередньо призводять до смерті. Типові думки учасників даної групи 1 були пов'язані з запереченням отримання важкого невилікового захворювання («Цього не може бути. Це страшний сон. За що це мені?»); з розгубленістю й пошуком рішення («Що робити? Куди їхати, щоб отримати можливе лікування ?»). Найбільш поширеними емоційними станами учасників групи 1 – СТРАХ СМЕРТІ (швидкого її наближення) (84%), шок (68%), паніка (42%). Найменш поширеними були такі емоції, як спокій (10%) та байдужість (5%). Учасники, які мали тяжку онкологію, складають 16% (3 учасника) групи 1, тяжкі неврологічні захворювання - 5 осіб (26%); ВІЛ з набуттям статусу СНІД - 1 особа (5%); наслідки серцево-судинних хвороб - 10 осіб (53%).

На момент проведення дослідження власний досвід зіткнення з тяжкою життєвою ситуацією групи 1 описують наступним чином:

- мають тяжке захворювання - 19 осіб (100%);
- люди пенсійного віку - 12 осіб (63%);
- втратили роботу через тяжке захворювання - 5 осіб (26%);
- не мають близьких людей - 4 особи (21%).

Способи пошуку ресурсів й форми поведінкових реакцій у досліджуваних даної групи були зв'язані з:

- у матеріальних пошуках коштів - 11 осіб (58%);
- потребою та наданням допомоги й турботою о людях з найближчого соціального оточення - 10 осіб (53%);
- повністю залежні від сторонньої допомоги - 6 осіб (32%).

Для 1 групи людей було застосовано МАК «Стрес-стоп» автор Блінов О.А., з вправою «стрес як ресурс і генератор інвестицій». В основному 19 людей перебуваючи в умовах паліативного стаціонару мали невеличкі онкологічні захворювання. Після проведення дослідження в цій групі за допомогою шкали оцінки рівня якості життя (автор Чабан О.С.) було виявлено вкрай середній рівень незадоволеності своїм життям (73% опитаних): є проблеми які неможливо вирішити, яке сприймається як важка боротьба з невизначеним негативним майбутнім – але змінилися парадигми стосунків з близькими прийняття свого стану і пошук вирішення питання як покращити свій стан, що для цього треба зробити, щоб певною мірою зберегти свій теперішній фізичний стан і відтермінувати паліативний стан.

В ході проведення дослідження за допомогою методики діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Л. Ханіна було визначено рівень реактивної тривоги та особистісної тривожності у людей, що знаходяться у безпосередньо на стаціонарному паліативному лікуванні.

Результати дослідження рівня вираженості реактивної тривоги у людей, що потрапили у складну життєву ситуацію, наведені на рис 3.1.

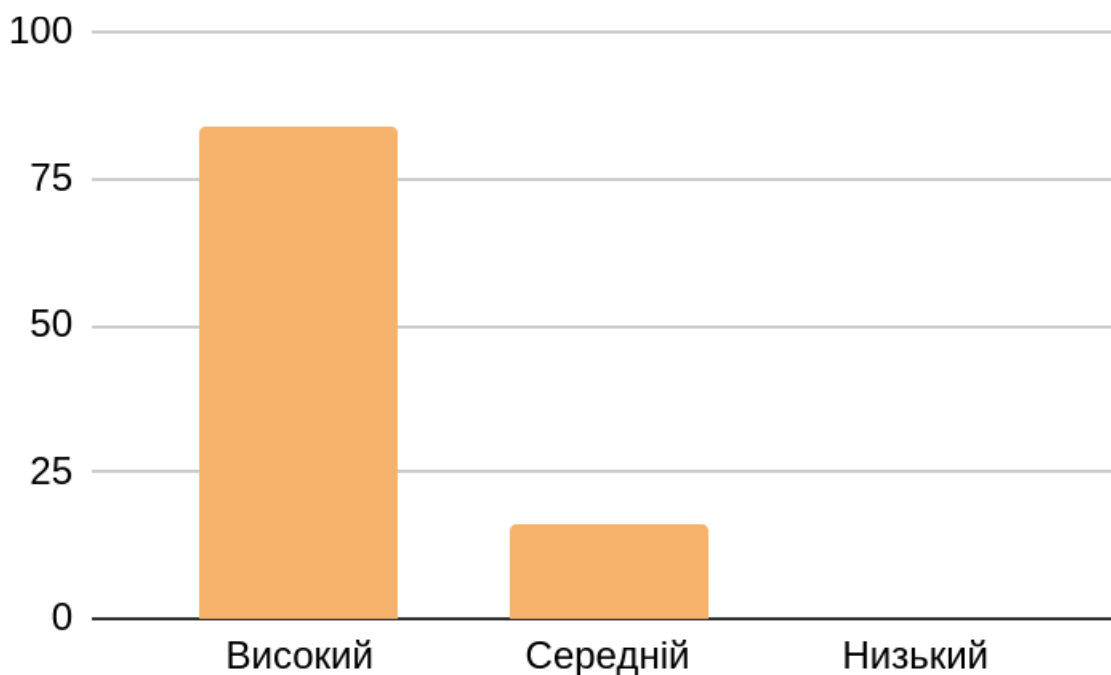


Рис 3.1. Результати дослідження рівня реактивної тривоги у людей, які опинилися у складній життєвій ситуації - знаходяться з тяжким невиліковним захворюванням у відділенні паліативної допомоги. Отримані дані свідчать про те, що найбільш поширеним серед людей групи 1 є високий рівень реактивної тривоги – 84%, (у 16 з 19 учасників дослідження). Цей рівень припускає схильність до прояву стану тривоги, який характеризується напругою, занепокоєнням, знервованістю, іноді порушенням тонкої координації, та потребує особливої уваги. Середній рівень, що є, так званою, «нормою», складає 16% (у 3 з 19 учасників). Результати дослідження за низьким рівнем реактивної тривоги, що свідчить про потребу підвищення уваги до мотивів та почуттів, склали 0%. Отримані результати є цілком закономірними, оскільки підвищення рівня тривоги відбувається внаслідок перебування у тяжкій життєвій ситуації.

Результати дослідження рівня вираженості особистісної тривожності у людей, які потрапили у складні життєві обставини, наведені на рис. 3.2.

Рис. 3.2. Результати дослідження рівня особистісної тривожності у людей, які знаходяться у тяжкій життєвій ситуації. Згідно отриманих результатів, 11 з 19 учасників групи 1, що складає 58%, мають високий показник особистісної

тривожності, для якого є характерною стійка схильність сприймати ситуацію як загрозову для життя, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Середній рівень особистісної тривожності мають 7 з 19 учасників, що становить 37%, вважається природною й обов'язковою особливістю активної особистості. Низький рівень особистісної тривожності має 1 учасник (5%), для якого є потрібним пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів життєдіяльності, збудження, зацікавленості життям, висвітленням почуття особистісної значимості у вирішенні тих чи інших життєвих питань.

За результатами методики «Шкала психологічного стресу PSM-25» були отримані дані, наведені на рис. 3.3.

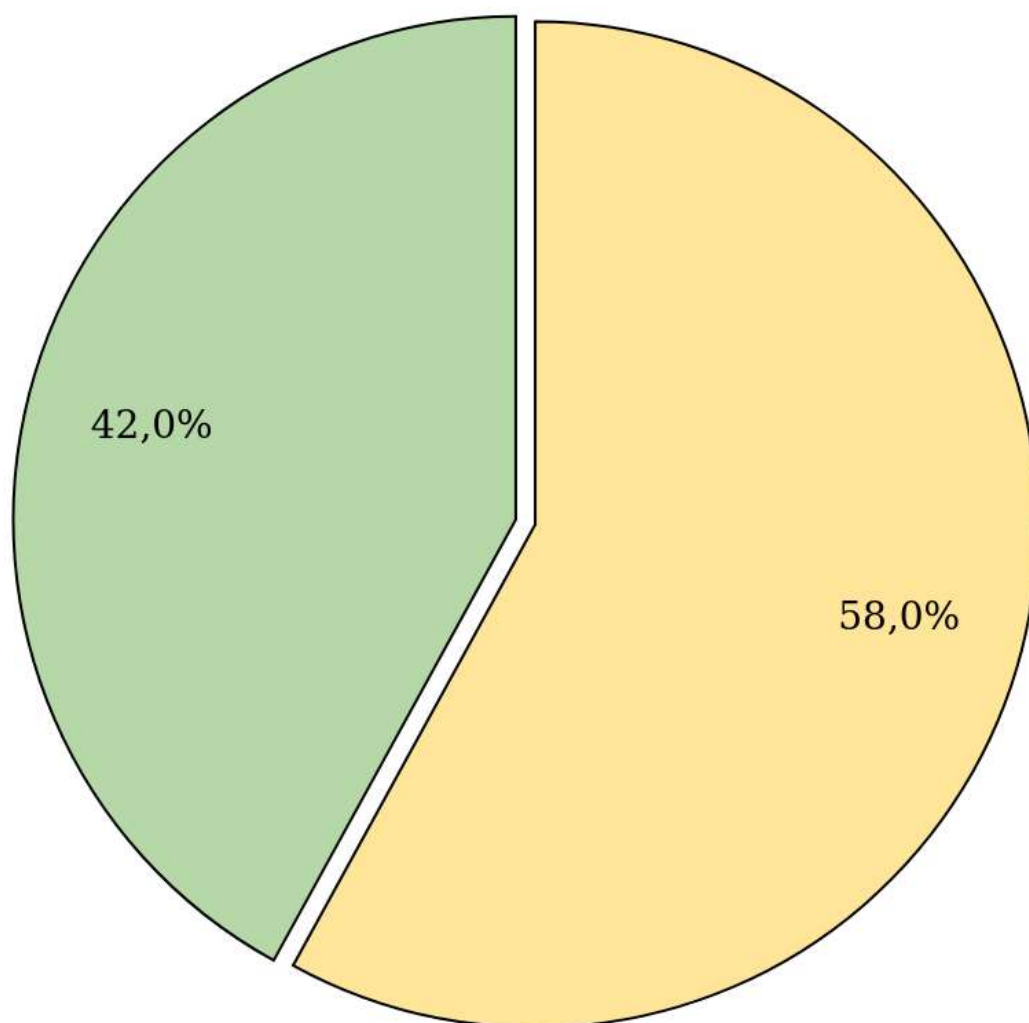


Рис. 3.3. Рівень психологічного стресу людей, які потрапили у складні життєві обставини: мають тяжкий невиліковний діагноз і є пацієнтами відділення стаціонарної паліативної допомоги. Примітка: - середній рівень; - низький.

Згідно результатів опитування 42% учасників мають низький рівень психологічного стресу, що свідчить про стан психологічної адаптованості до своєї складної життєвої ситуації. Середній рівень психологічного стресу виявлено у 58% учасників. Високого рівня психологічного стресу, що свідчить про стан дезадаптації та психічного дискомфорту, серед учасників групи 1 виявлено не було. Результати дослідження за методикою діагностики самооцінки психічних станів (тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності) за Г. Ю. Айзенком наведені на рис. 3. 4.

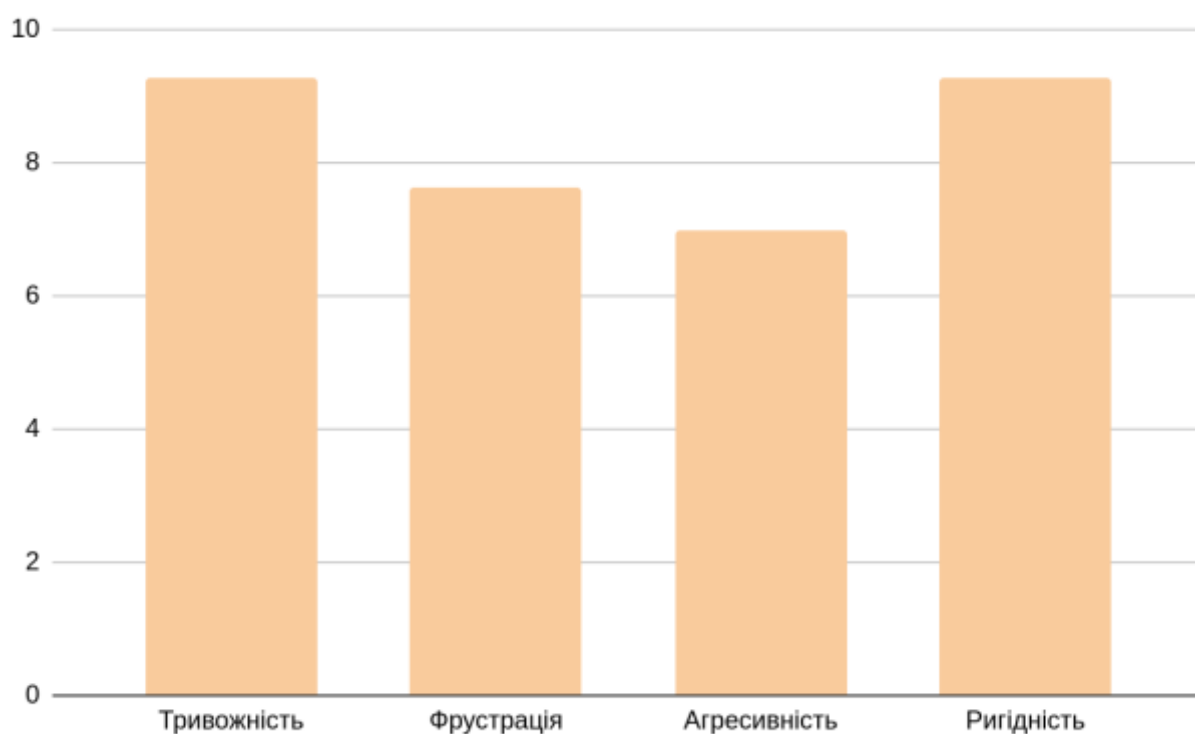


Рис. 3.4. Середнє значення показників психічних станів в групі учасників, які знаходяться безпосередньо близькості у відділенні стаціонарної паліативної допомоги.

Середнє значення тривожності у групі 1 становить 9,26, що відповідає середньому, допустимому рівню тривожності.

Середнє значення фрустрації у групі 1 - 7,63 – фрустрація має місце.

Середнє значення агресивності у групі 1 становить 7,10, що співпадає з верхньою межею норми і відповідає спокійному, витриманому стану.

Середнє значення ригідності у групі становить 9,26, що відповідає середньому ступеню виразності ригідності.

Далі розглянемо результати методики «Шкала диференціальних емоцій» К. Ізарда, в адаптації Г. Леонової. На рис. 3.5 представлена модель емоційного профілю групи учасників, які перебувають безпосередньо у стаціонарному відділенні паліативної допомоги.

Згідно моделі емоційного профілю групи можна зробити висновок, що на момент проведення дослідження найбільший прояв мають емоції інтересу, радості, страху та горя, тоді як гнів, огида, зневага та вина мають найменший прояв. Аналізуючи окремо індекси різних груп емоцій, можна зробити висновок, що індекс негативних емоцій переважає над індексом позитивних емоцій та індексом тривожно-депресивних емоцій.

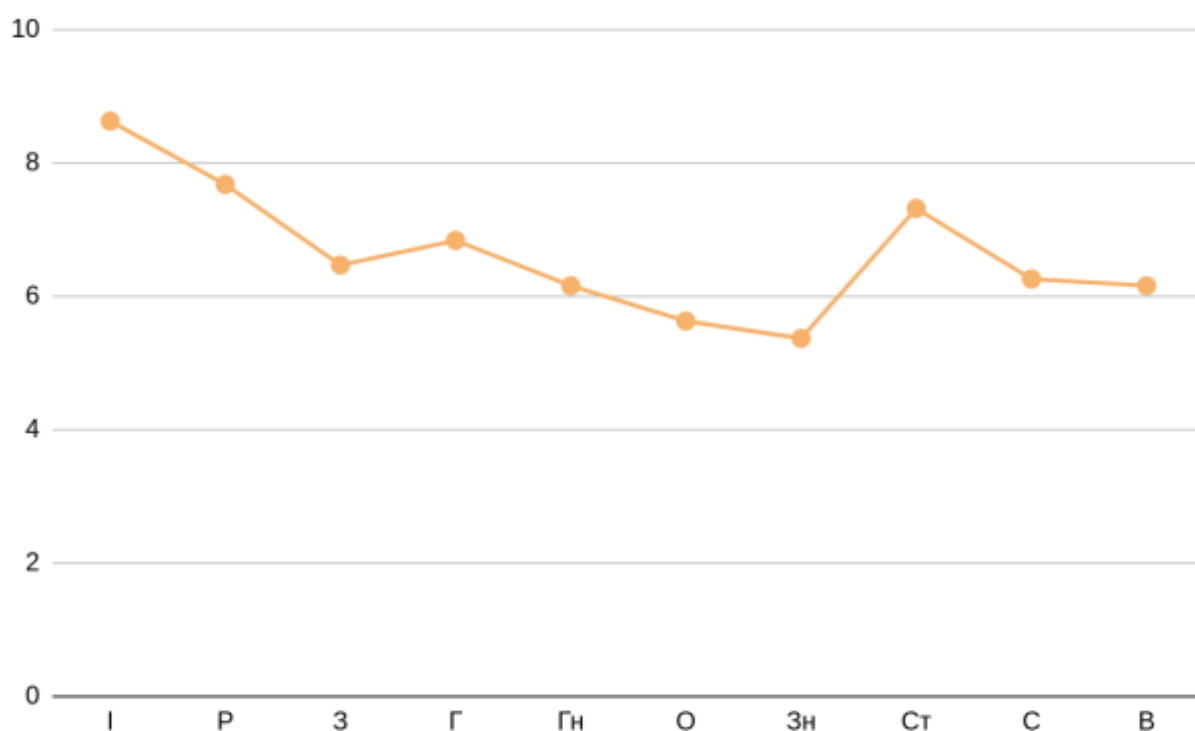


Рис. 3.5. Усереднений емоційний профіль групи учасників, що знаходяться безпосередньо у відділенні стаціонарної паліативної допомоги.

Примітка: І - інтерес, Р - радість, З - здивування, Г- горе, Гн - гнів, О - огида, Зн - зневага, Ст - страх, С - сором, В – вина.

Окремо розглянемо індекси груп емоцій, а саме індекс позитивних емоцій, індекс негативних емоцій та індекс тривожно-депресивних емоцій (див. рис. 3.6). Згідно отриманих даних можна зробити висновок, що в досліджуваній групі середнє значення індексу позитивних емоцій дорівнює 22,8 й відповідає помірному ступеню виразності. Середнє значення індексу негативних емоцій в групі дорівнює 24, співпадає з верхньою межею помірного ступеню виразності. Середнє значення індексу тривожно-депресивних емоцій в групі дорівнює 19,7, наближається до верхньої межі помірного ступеню виразності. Індекс негативних емоцій має перевагу над індексом позитивних емоцій та індексом тривожно-депресивних емоцій.



Рис. 3.6. Середні значення індексів груп емоцій учасників групи 1.

Примітка: ПЕМ - індекса позитивних емоцій, НЕМ - індекс негативних емоцій, ТДЕМ - індекс тривожно-депресивних емоцій, $-x-$ - нижня межа помірного ступеню виразності індексу емоцій, $+x+$ - верхня межа помірного ступеню виразності індексу емоцій. За допомогою Шкали депресії А. Бека були досліджені прояви симптомів депресії серед учасниць опитування. Отримані результати наведені на рис. 3.7 нижче. Отримані результати дають можливість зробити висновок, що у групі 1 найбільш поширені виражені прояви симптомів депресії та легкі (так звана субдепресія), відсоткова частка кожного складає 32 %. Найменший відсоток (5 %) мають помірні прояви симптомів депресії серед учасників даної групи. Високі прояви депресії мають 15,5 % учасників даної групи, що передбачає застосування методів психо-корекційної допомоги. Прояви депресії відсутні у 15,5 % учасників.

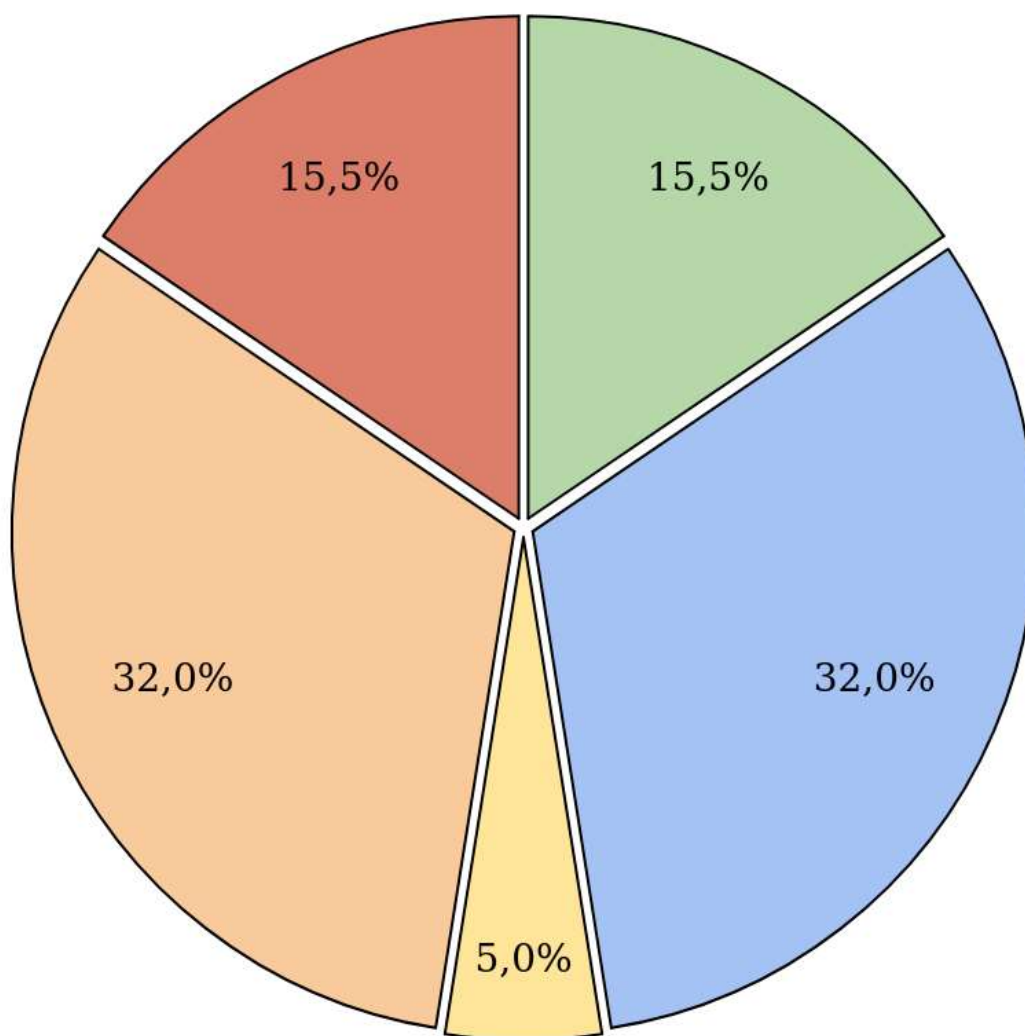


Рис. 3.7. Результати дослідження за допомогою шкали депресії А. Бека в групі 1

Примітка: - прояви симптомів депресії відсутні; - легкі прояви симптомів депресії; - помірні прояви; - виражені прояви симптомів; - високі прояви симптомів депресії.

Результати методики «Подолання важких життєвих ситуацій SVF120» наведені на рис. 3.8. Аналіз результатів проведено за окремими шкалам стратегій подолання важких життєвих ситуацій.

Згідно отриманих результатів можна зробити висновок, що в учасників 1 групи перевагу мають наступні копінг-стратегії:

- «Позитивна самомотивація» (середнє значення 13,73);

- «Контроль за ситуацією» (середнє значення 13,58);
- «Самоконтроль/самовладання» (середнє значення 12,58);
- «Заїжджена платівка» (середнє значення 12,53);
- «Антиципуюче уникання» (середнє значення 12,37).

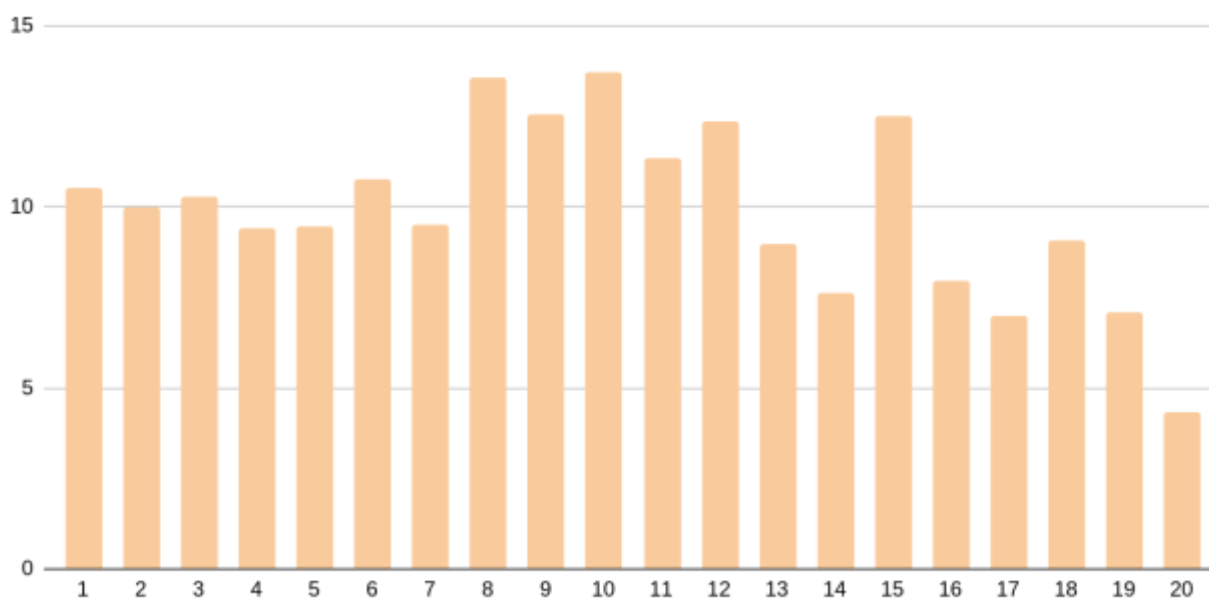


Рис. 3.8. Модель використання стратегій подолання важких життєвих ситуацій серед учасників групи 1.

Примітка: 1 – «Зниження значення стресової ситуації», 2 – «Самосхвалення», 3 – «Самовиправдання», 4 – «Відволікання», 5 – «Заміщення», 6 – «Самоствердження», 7 – «Психом'язова релаксація», 8 – «Контроль над ситуацією», 9 – «Самоконтроль/самовладання», 10 – «Позитивна самомотивація», 11 – «Пошук соціальної підтримки», 12 – «Антиципуюче уникання», 13 – «Втеча від стресової ситуації», 14 – «Психологічна замкнутість», 15 – «Заїжджена платівка», 16 – «Безпорадність», 17 – «Жаль до себе», 18 – «Самозвинувачення», 19 – «Агресія», 20 – «Прийом ліків». Стратегії «Позитивна самомотивація», «Контроль за ситуацією», «Самоконтроль/самовладання» стосуються дій щодо контролю стресової ситуації, викликаних нею власних реакцій, тобто дій, спрямованих на зменшення (зниження) стресу та принципово придатних для цього, відносяться до конструктивних стратегій. Стратегія «Заїжджена платівка»

відображає невміння відволікатися подумки, постійно роздумувати над ситуацією («ламати голову»), тобто стосується шляхів подолання стресу, які можуть посилити стрес, коротко – «деструктивні стратегії».

Стратегія «Антиципуюче уникання» передбачає мати намір запобігати подібним стресовим ситуаціям у майбутньому або уникати їх. Дані дії не можна віднести а ні до конструктивних, а ні до деструктивних.

Найменше середнє значення у групі 1 мають стратегії:

- «Безпорадність» (середнє значення 7,95);
- «Соціальна замкнутість» (середнє значення 7,63);
- «Агресія» (середнє значення 7,11);
- «Жаль до себе» (середнє значення 7);
- «Постійний прийом ліків» (середнє значення 4,32).

Стратегії «Безпорадність» (здаватися з почуттям безпорадності, безнадійності, зневіри), «Соціальна замкнутість» (усамітнюватися від інших), «Жаль до себе» (співчувати самому собі, заздрити іншим) відносять до деструктивних стратегій, тому що дані стратегії стосуються шляхів подолання стресу, які можуть посилити стрес.

Стратегії «Агресія» (реагувати роздратовано, сердито, агресивно) та «Постійний прийом ліків» (приймати психотропні засоби: ліки, алкоголь, тютюнопаління) не можуть бути однозначно віднесені до категорій конструктивних і деструктивних стратегій. З метою визначення структурної організації емоційної сфери учасників групи 1, був здійснений факторний аналіз, результати якого наведені в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Факторна структура емоційної сфери та стратегій опанування в учасників групи 1, що знаходяться безпосередньо у відділенні паліативної допомоги.

Statistics 22.0	Коефіцієнт завантаження Varimax		
Factor	Вибірка основні компоненти		
Показники: емоційний стан та копінг-стратегії	Відзначені завантажувальні дані > 0,5		
Показники: емоційний стан та копінг-стратегії	Фактор 1 «Безпорадність» 21,2%	Фактор 2 «Емоції негативного спектру» 19,9%	Фактор 3 «Опанування стресу» 14,7%
Деструктивні копінг-стратегії	0,937		
Безпорадність	0,885		
Жаль до себе	0,870		
Втеча від стресової ситуації	0,817		
Агресія	0,805		
«Заїжджена платівка»	0,764		
Особистісна тривожність	0,684	0,566	
Рівень психічної напруги	0,666		
Самозвинувачення	0,652		
Перші емоції: дезорієнтація	0,648		
Відволікання	-0,642		
Спосіб адаптації: турбота про себе	0,608		
Перші емоції: шок й заціпеніння	0,583		
Психом'язова релаксація	-0,572		
НЕМ (горе, гнів, огида, зневага)		0,922	
Огида		0,877	
ТДЕМ (страх, сором, вина)		0,867	
Гнів		0,860	
Горе		0,832	
Реактивна тривога		0,823	
Страх		0,811	
Зневага		0,756	
Вина			0,683
Фрустрація			0,667
Прояви симптомів депресії			0,659
Прийом ліків			0,624

Тривожність	0,578	0,578	
Перші емоції: страх		0,552	-0,534
Психологічна замкнутість		-0,527	
Сором		0,508	
Самоствердження			0,833
Конструктивні копінг-стратегії	-0,568		0,771
Позитивна самотивація	-0,547		0,758
Зниження значення стресової ситуації			0,751
ПЕМ			-0,699
Самовиправдання			0,667
Антиципуюче уникнення			0,653
Самосхвалення	-0,630		0,644
Контроль над ситуацією			0,631
Самоконтроль / самоовладання	-0,556		0,625
Радість			-0,607
Досвід: тяжке невиліковне захворювання			0,566

Фактор 1 «Безпорадність», який пояснює 21,2% дисперсії, є біполярним, та об'єднує на одному полюсі шкали: «деструктивні копінг-стратегії», «Безпорадність», «Жаль до себе», «Втеча від стресової ситуації», «Агресія», «Заїжджена платівка», «особистісна тривожність», «рівень психічної напруги», «Самозвинувачення», «перші емоції: дезорієнтація», «перші емоції: шок та заціпеніння», «тривожність», тоді як на іншому полюсі опинились «конструктивні копінг-стратегії», «Відволікання», «Самосхвалення», «Психом'язова релаксація», «Самоконтроль/самовладання», «Позитивне самосхвалення», «спосіб адаптації: турбота про себе». При вираженому рівні використання деструктивних копінг-стратегій спостерігається підвищення показників особистісної тривожності, рівня психічної напруги та вираженості стану тривожності й зниження рівня використання конструктивних копінг-стратегій, таких як «Відволікання», «Самосхвалення», «Психом'язова релаксація», «Самоконтроль/ самовладання», «Позитивне самосхвалення».

Фактор 1 свідчить про те, що вдавання до копінг-стратегій «Безпорадність», «Жаль до себе», «Втеча від стресової ситуації», «Заїжджена платівка»,

«Самозвинувачення», «Агресія» може підвищувати показники психічної напруги й стану тривоги. Разом із тим підвищення частоти використання деструктивних стратегій знижує частоту використання конструктивних стратегій. Підвищення показників психічної напруги та рівня тривоги (для яких є характерними занепокоєння й знервованість) у людей групи 1, може ускладнювати використання копінг-стратегій, спрямованих на зниження значущості (самосхвалення), на звернення до позитивних ситуацій (відволікання, психом'язова релаксація), пов'язаних з контролем стресової ситуації, викликаних нею власних реакцій (самоконтроль/самовладання, позитивна самомотивація). Разом із тим знижується спроможність турбуватися про себе. Можливо припустити, що існує зв'язок між рівнем особистісної тривожності учасників групи 1 та емоційною реакцією шоку, заціпеніння та дезорієнтації в перші моменти отримання паліативного діагнозу.

Фактор 2 «Емоції негативного спектру», який пояснює 19,9% дисперсії, є біполярним, та об'єднує на одному полюсі шкали: «НЕМ», «огида», «ТДЕМ», «гнів», «горе», «реактивна тривога», «страх», «зневага», «вина», «фрустрація», «прояви симптомів депресії», «постійний прийом ліків», «тривожність», «особистісна тривожність», «перші емоції: страх», «сором» та на іншому полюсі «психологічна замкнутість». При вираженому рівні реактивної тривоги спостерігається підвищення виразності таких емоцій, як огида, гнів, горе, страх, зневага, вина; підвищення рівня фрустрації та прояв симптомів депресії; й разом із тим спостерігається зменшення частоти використання копінг-стратегії «Соціальна замкнутість». Це можна пояснити наступним чином: у групи 1, збільшення виразності негативних емоцій, тривожно-депресивних емоцій, реактивної тривоги, фрустрації на тлі спільних умов проживання і зіткнення з війною сприяють соціальному об'єднанню людей. Збільшення виразності негативних, тривожно-депресивних емоцій, проявів симптомів депресії супроводжується збільшенням показника копінг-стратегії «постійний прийом ліків». Можливо припустити, що існує зв'язок між емоційною реакцією страху в

перші встановлення паліативного діагнозу й рівнем виразності негативних й тривожно-депресивних емоцій на момент проведення опитування.

Фактор 3 «Опанування стресу», який пояснює 14,7% дисперсії, є біполярним, та об'єднує на одному полюсі шкали: «Самоствердження», «Конструктивні стратегії», «Позитивна самомотивація», «Зниження значення стресової ситуації», «Самовиправдання», «Антиципуюче уникнення», «Самосхвалення», «Контроль над ситуацією», «Самоконтроль/самовладання», «досвід: близькі на фронті», тоді як на іншому полюсі знаходяться показники: «радість», «перші емоції: страх».

Фактор 3 відображає, що в тяжких життєвих обставинах учасники даної групи звертаються до конструктивних копінг-стратегій, які допомагають знизити рівень тривоги та стресу, викликані умовами невиліковного діагнозу, однак при цьому також спостерігається зниження індексу позитивних емоцій, зокрема переживання радості. Тобто конструктивні копінг-стратегії спрямовані на більш активне подолання стресових чинників, у той же час спостерігається їх уникнення (як фізичне, так і психологічне). Результати факторного аналізу підтверджують опосередковану залежність обраних способів подолання важких життєвих ситуацій від рівню особистісної тривоги; залежність виразності негативних емоцій (гніву, горя, огиди, зневаги) від психічних станів тривоги та фрустрації; вплив перебування у потенційному стресі учасників групи 1.

3.2. Особливості застосування МАК у людей, які потрапили у складну життєву ситуацію, але знаходяться під мобільним паліативним супроводом вдома.

До групи учасників, що на момент проведення дослідження перебували під мобільним паліативним наглядом вдома (далі – група 2). Серед них одружені 15 учасників, що складає 71%; не одружені – 5 учасників (24%), розлучені – 1 учасник (5%). Мають дітей 15 з 21 учасника, що складає 71%; не мають дітей 6 учасників, тобто 29%. На момент початку дослідження 21 учасник даної групи знаходилися у вдома, під мобільним паліативним наглядом 81%. Учасники даної

групи, які на момент початку проведення дослідження, були типові думки в групі 2 в перші етапи взяття на мобільну паліативну допомогу, були пов'язані з запереченням власної безпомічності та безпорадності («Цього не може бути !, Чого це сталося саме зі мною ?»); з пошуком рішення («Що робити?, треба шукати ліки? »). Найбільш поширеними емоційними станами учасників групи 2 в перші моменти встановлення паліативного діагнозу був страх (86%), паніка (57%), шок та дезорієнтація (38%). Емоції спокою і байдужості не мали прояву (0%) учасників групи 2.

Учасники дослідження групи 2, в даній групі, на момент проведення дослідження власний досвід зіткнення з тяжкою життєвою ситуацією, описують наступним чином:

- почули про свій невиліковний діагноз вперше - 19 осіб (90%);
- отримали паліативний діагноз як наслідок тяжкого соматичного захворювання повторно - 13 осіб (62%);
- частково втрачені важливі функції організму - 7 осіб (33%);
- близькі люди знаходяться далеко і не можуть допомогти - 4 особи (19%);
- втратили роботу внаслідок захворювання - 4 особи (19%);
- знаходилися вдома самі - 1 особа (5%).

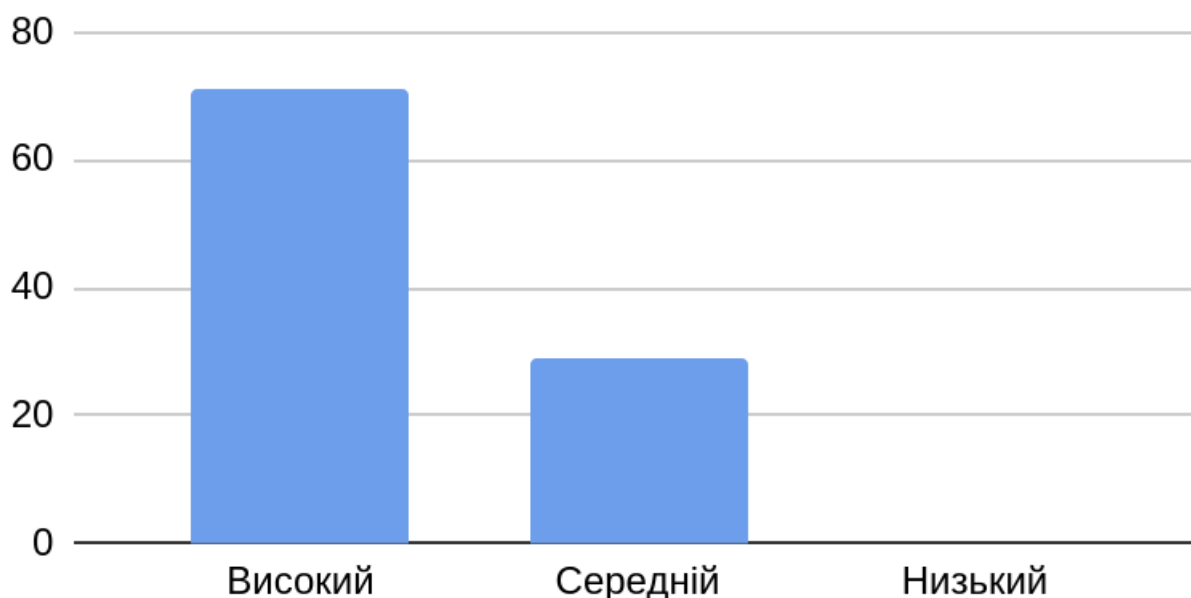
Способи пошуку ресурсів й форми поведінкових реакцій учасників даної групи були зв'язані з:

- пошук коштів на лікування - 18 осіб (86%);
- участю у гуманітарних проектах - 12 осіб (57%);
- наданням допомоги й турботою про них в тому числі соціальним працівником - 11 осіб (52%).

В ході проведення дослідження за допомогою методики діагностики самооцінки тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Л. Ханіна було визначено рівень реактивної тривоги та особистісної тривожності учасників, що знаходяться під мобільним паліативним наглядом вдома.

Результати дослідження рівня вираженості реактивної тривоги учасників, що знаходяться під мобільним паліативним наглядом вдома, наведені на рис. 3.9.

Рис. 3.9. Результати дослідження рівня реактивної тривожності учасників групи 2, що знаходяться під мобільним паліативним наглядом вдома.



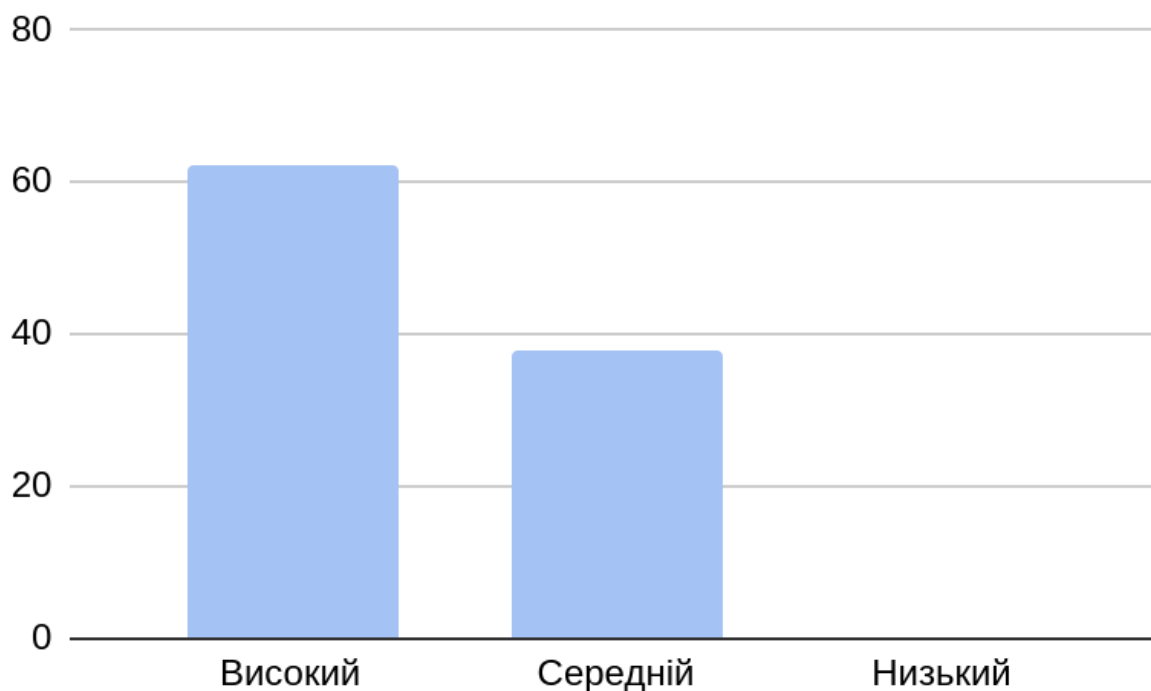
Отримані дані свідчать про те, що найбільш поширеним серед людей групи 2 є високий рівень реактивної тривоги – 71% (у 15 з 21 учасників). Цей рівень припускає схильність до прояву стану тривоги, який характеризується напругою, занепокоєнням, знервованістю, іноді порушенням тонкої координації, та потребує особливої уваги. Середній рівень, що є, так званою, «нормою», складає 29% (6 з 21 учасників).

Результати дослідження за низьким рівнем реактивної тривоги, що свідчить про потребу підвищення уваги до мотивів діяльності та почуття відповідальності, склали 0%. Отримані результати є цілком закономірними, оскільки підвищення рівня тривоги відбувається внаслідок перебування у складних життєвих

обставинах. Результати дослідження рівня вираженості особистісної тривожності у людей, що знаходяться під мобільним паліативним наглядом вдома, наведені на рис. 3.10.

За результатами опитувальника рівня якості життя (Чабан О.С.) групи 2 після роботи з МАК «Струни душі» автор Блінов О.А., з вправою з авторською вправою «Дорогу здолає той, хто йде». Люди з цієї групи перебували на мобільній паліативній допомозі вдома і мали змішаний тип невиліковних захворювань – від тяжких форм гіпертонічної хвороби до дегенеративних захворювань НС, таких як розсіяний склероз, хвороба Паркінсона та інші. Після проведення дослідження в цій групі за допомогою шкали оцінки рівня якості життя (автор Чабан О.С.) було виявлено середній рівень незадоволеності своїм життям (75 %): проблеми які неможливо вирішити, немає радості від життя, яке сприймається як важка боротьба з невизначеним негативним майбутнім, а також відчуття порожнечі, глухого кута, безперспективності та гнітючості, власна безпорадність, непотрібність та крах – змінилося ставлення людей до них. Є усвідомлення свого стану, але підвищилися показники прийняття свого стану і ставлення до своєї важкої життєвої ситуації.

Рис. 3.10. Результати дослідження рівня особистісної тривожності у людей, які потрапили у складні життєві обставини і знаходяться під мобільним паліативним наглядом вдома.



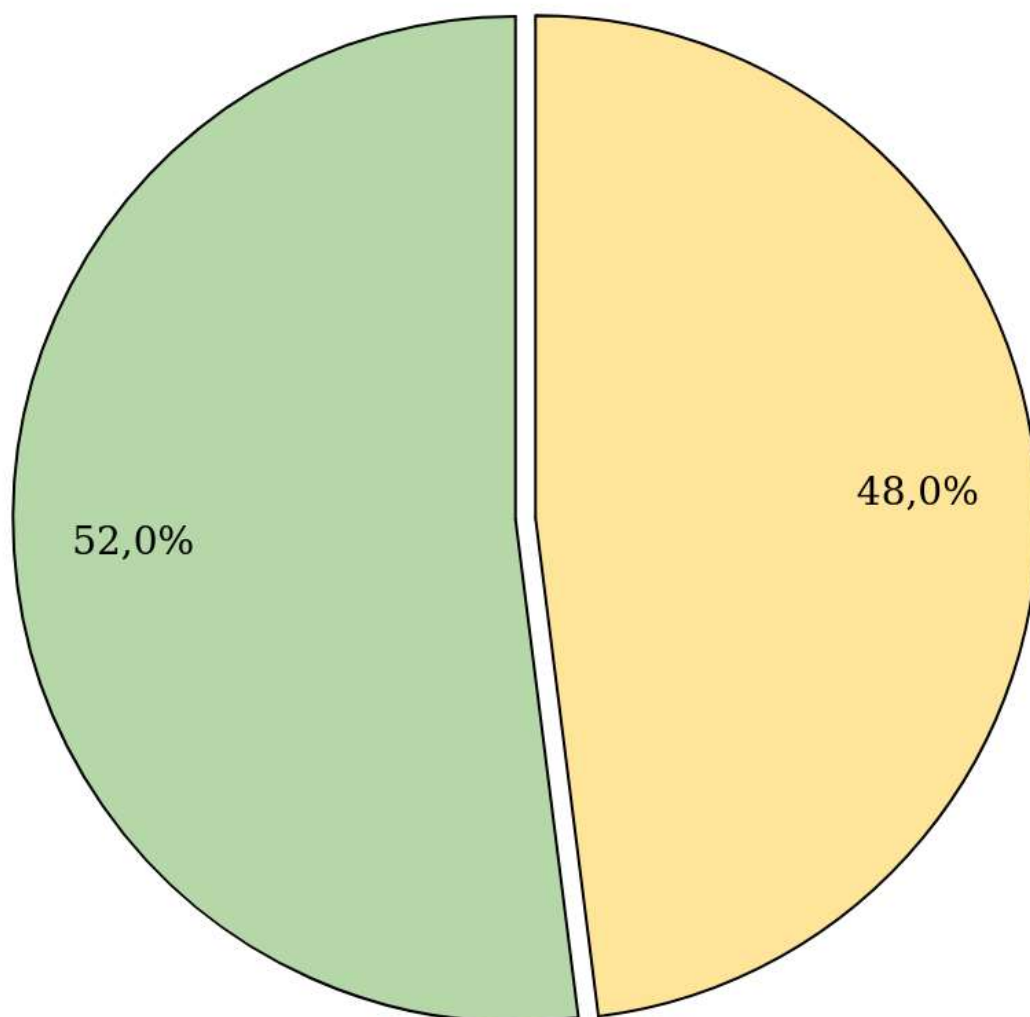
Згідно результатів методики 13 з 21 учасника групи 2, що складає 62%, мають високий показник особистісної тривожності, для якого є характерною стійка схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозові, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Середній рівень особистісної тривожності мають 8 з 21 учасників, що становить 38%, вважається природною нормою й обов'язковою особливістю активної особистості. Низький рівень особистісної тривожності, для якого є потрібним пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, висвітлення почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань, серед учасників даної групи не виявлено.

Результати дослідження за методикою «Шкала психологічного стресу PSM-25» наведені на рис. 3.11.

Згідно результатів опитування 11 з 21 учасників (52%) мають низький рівень психологічного стресу, що свідчить про стан психологічної адаптованості до свого стану. Середній рівень психологічного стресу виявлено у 10 учасників групи (48%). Високого рівня психологічного стресу, що свідчить про стан дезадаптації та психічного дискомфорту, учасників групи 2 виявлено не було.

Рис. 3.11. Рівень психологічного стресу учасників групи 2, які перебувають під мобільним паліативним наглядом вдома.

Примітка: 48 % - середній рівень; 52 % - низький.



Результати дослідження за методикою діагностики самооцінки психічних станів (тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності) за Г. Ю. Айзенком наведені на рис. 3.12.

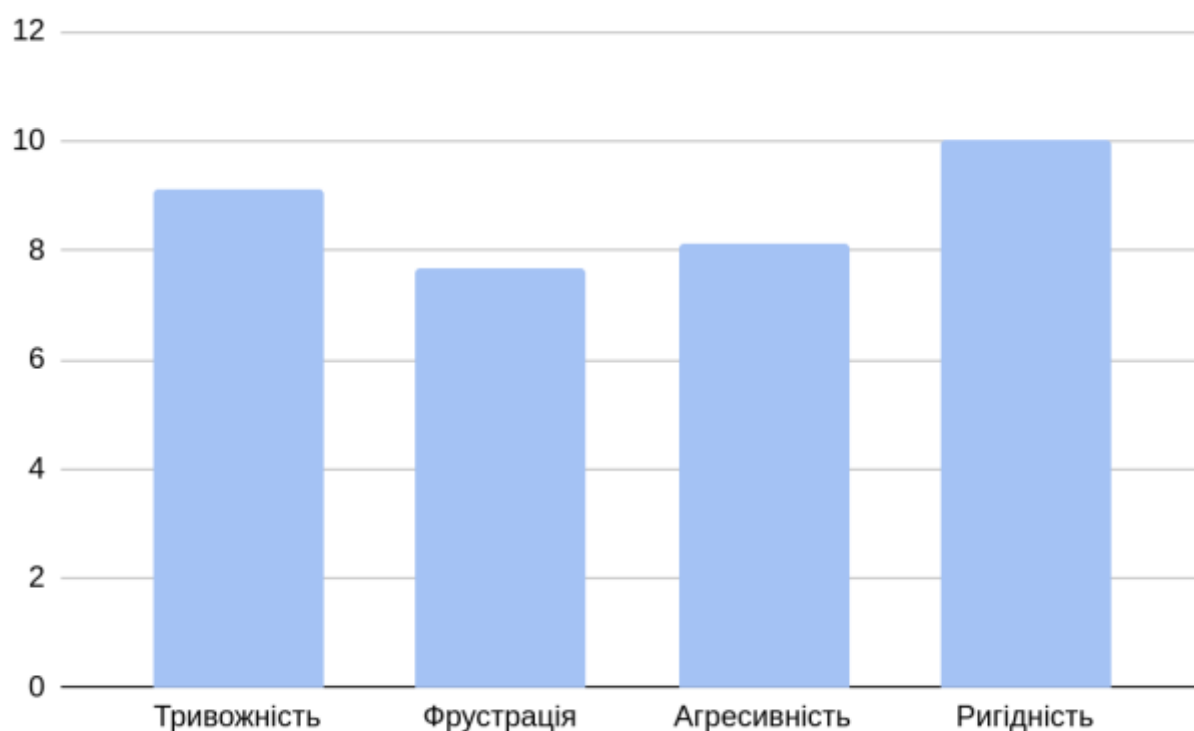
Середнє значення тривожності учасників групи 2 становить 9,13, що відповідає середньому, допустимому рівню тривожності.

Середнє значення фрустрації у групі 2 - 7,66 - фрустрація має місце.

Середнє значення агресивності у групі становить 8,14, що відповідає середньому рівню агресивності.

Середнє значення ригідності у групі становить 10,04, що відповідає середньому рівню виразності ригідності.

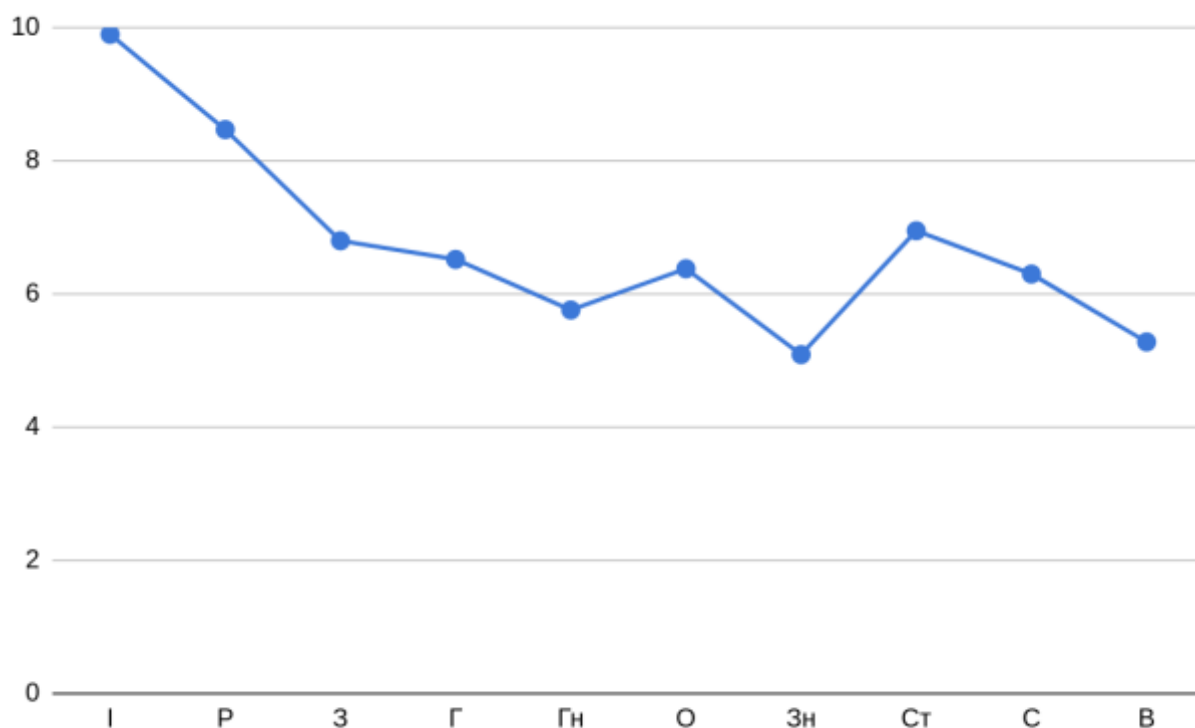
Рис. 3.12. Середні значення показників психічних станів учасників в групі 2, які знаходяться під державним паліативним наглядом



Розглянемо результати методики «Шкала диференціальних емоцій» К. Ізарда, в адаптації Г. Леонової. На рис. 3.13 представлено усереднений емоційний профіль учасників групи 2, що перебувають під мобільним паліативним наглядом вдома.

Згідно моделі емоційного профілю групи можна зробити висновок, що на момент проведення дослідження найбільший прояв мають емоції інтересу та страху, тоді як гнів, вина та зневага мають найменший прояв.

Рис. 3.13. Усереднений емоційний профіль учасників групи 2, які знаходяться під мобільним паліативним наглядом вдома



Примітка: І - інтерес, Р - роздратування, З - здивування, Г- горе, Гн - гнів, О - огида, Зн - зневага, Ст - страх, С - сором, В – вина.

Окремо розглянемо індекси груп емоцій, а саме індекс позитивних емоцій, індекс негативних емоцій та індекс тривожно-депресивних емоцій (див. рис. 3.14).

Згідно отриманих даних можна зробити висновок, що в досліджуваній групі середнє значення індексу позитивних емоцій дорівнює 25,19 й відповідає помірному ступеню виразності. Середнє значення індексу негативних емоцій в групі дорівнює 23,76, наближається до верхньої межі помірного ступеню виразності. Середнє значення індексу тривожно-депресивних емоцій в групі дорівнює 18,57, відповідає помірному ступеню виразності. Індекс позитивних емоцій має перевагу над індексом негативних емоцій та індексом тривожно-депресивних емоцій.

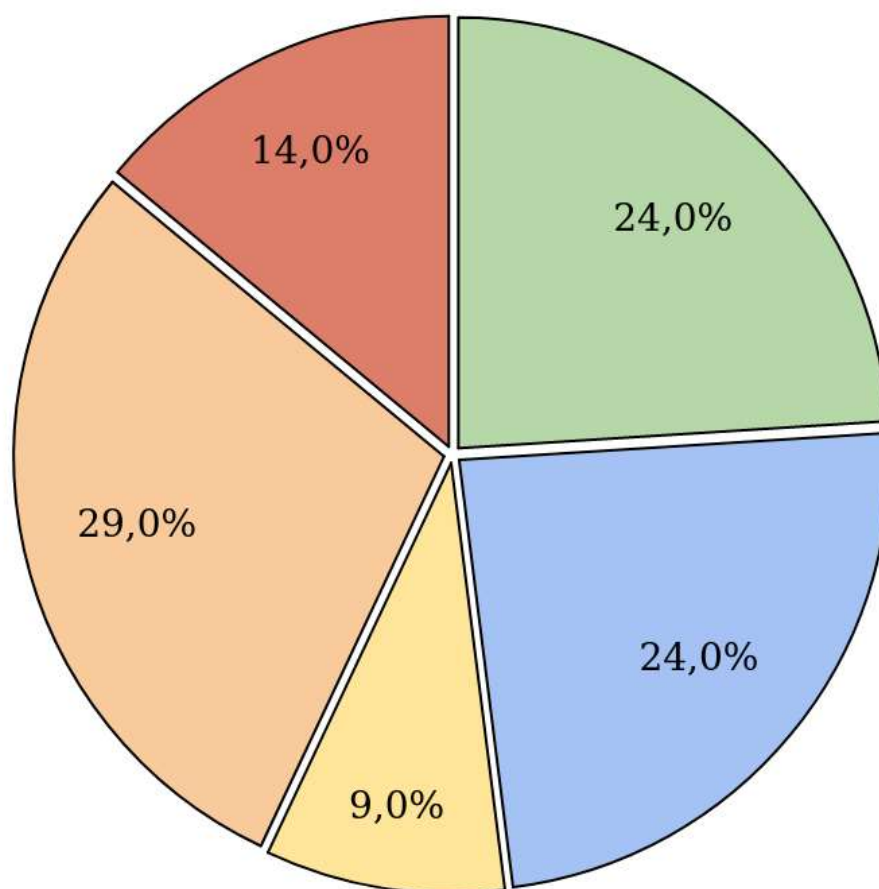
Рис. 3.14. Середні значення індексів груп емоцій учасників групи 2

Примітка: ПЕМ - індекса позитивних емоцій, НЕМ - індекс негативних емоцій, ТДЕМ - індекс тривожно-депресивних емоцій, -х- - нижня межа помірного ступеню виразності індексу емоцій, -х- - верхня межа помірного ступеню виразності індексу емоцій.

За допомогою Шкали депресії А. Бека були досліджені прояви симптомів депресії серед учасників групи 2.

Рис. 3.15. Результати дослідження за шкалою депресії А.Бека в групі 2

Примітка: 24,0% - прояви симптомів депресії відсутні; 24,0 % - легкі прояви симптомів депресії; 9 % - помірні прояви; 29,0 % - виражені прояви; 14 % - високі прояви депресії



Отримані результати свідчать про те, що більшість учасників групи 2, а саме 6 учасників з 21, тобто 29%, мають виражені прояви симптомів депресії.

Не мають проявів симптомів депресії 5 учасників групи 2, що становить 24%. Мають легкі прояви симптомів депресії також 5 учасників групи 2, тобто 24%. Помірні прояви симптомів депресії виявлено у 2 учасників даної групи, що становить 9% учасників. Високі прояви симптомів депресії, які передбачають звернення до спеціаліста та спостереження за своїм емоційним станом, виявлено у 3 учасників, що складає 14% учасників даної групи.

Результати методики «Подолання важких життєвих ситуацій SVF120» наведені на рис. 3.16.

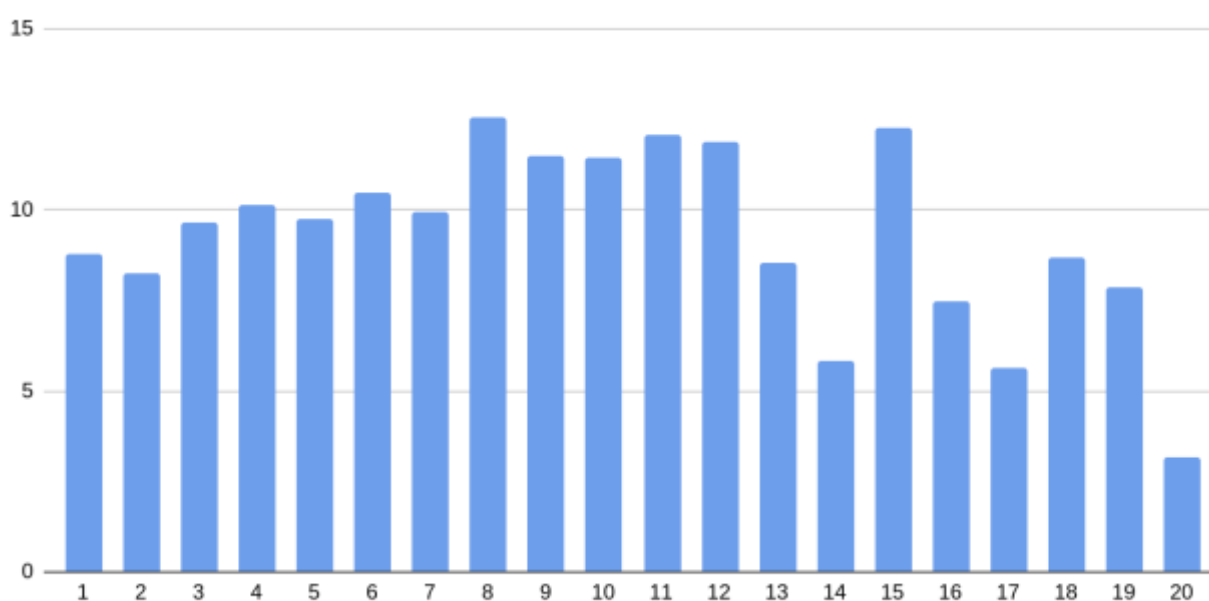


Рис. 3.16. Модель використання стратегій подолання важких життєвих ситуацій серед учасників групи 2

Примітка: 1 – «Зниження значення стресової ситуації», 2 – «Самосхвалення», 3 – «Самовиправдання», 4 – «Відволікання», 5 – «Заміщення», 6 – «Самоствердження», 7 – «Психом'язова релаксація», 8 – «Контроль за ситуацією», 9 – «Самоконтроль / самоовладання», 10 – «Позитивна самомотивація», 11 – «Пошук соціальної підтримки», 12 – «Антицупуюче

уникання», 13 – «Втеча від стресової ситуації», 14 – «Соціальна замкнутість», 15 – «Заїжджена платівка», 16 – «Безпорадність», 17 – «Жаль до себе», 18 – «Самозвинувачення», 19 – «Агресія», 20 – «Постійний прийом ліків».

Згідно отриманих результатів можна зробити висновок, що учасників групи 2 перевагу мають наступні копінг-стратегії:

- «Контроль за ситуацією» (середнє значення 12,57);
- «Заїжджена платівка» (середнє значення 12,28);
- «Пошук соціальної підтримки» (середнє значення 12,05);
- «Антиципуюче уникнення» (середнє значення 11,86);
- «Самоконтроль/самовладання» (середнє значення 11,48);
- «Позитивна самомотивація» (середнє значення 11,43).

Вдавання до стратегії «Контроль за ситуацією» передбачає аналіз ситуації, планування та виконання дій з контролю (вирішення проблеми).

Використання стратегії «Заїжджена платівка» відображає невміння відволікатися подумки, про постійні роздуми над ситуацією («ламати голову»), тобто стосується шляхів подолання стресу, які можуть посилити стрес, коротко – «деструктивні стратегії».

Стратегія «Пошук психологічної і соціальної підтримки» передбачає дії, спрямовані на пошук бесіди (дискусій), соціальної підтримки та допомоги.

Вдавання до стратегії «Антиципуюче уникнення» передбачає намір запобігати подібним стресовим ситуаціям у майбутньому або уникати їх.

Стратегія «Самоконтроль/самовладання» передбачає контроль власних реакцій, своєї поведінки, зберігання самовладання.

Стратегія «Позитивна самомотивація» означає схильність приписувати собі компетенцію та здатність контролю.

Копінг-стратегії «Контроль за ситуацією», «Самоконтроль/ самовладання», «Позитивна самомотивація» стосуються дій, спрямованих на зменшення (зниження) стресу і принципово придатні для цього. Дані стратегії можна позначити як конструктивні.

Шкали «Пошук соціальної підтримки», «Антиципуюче уникнення» не можуть бути однозначно віднесені до категорій конструктивних або деструктивних стратегій.

Найменше середнє значення у групі 2 мають наступні копінг-стратегії:

- «Агресія» (середнє значення 7,85);
- «Безпорадність» (середнє значення 7,48);
- «Соціальна замкнутість» (середнє значення 5,81);
- «Жаль до себе» (середнє значення 5,62);
- «Постійний прийом ліків» (середнє значення 3,19).

Шкала «Агресія» передбачає роздратовані, сердиті, агресивні реакції.

Стратегія «Безпорадність» означає здаватися з почуттям безпорадності, безнадійності, розчарованості.

Стратегія «Соціальна замкнутість» означає усамітнюватися від інших.

Стратегія «Жаль до себе» передбачає співчуття самому собі, заздрість іншим фізично більш здоровим людям.

Перелічені стратегії (а саме «Соціальна замкнутість», «Безпорадність» та «Жаль до себе») стосуються шляхів подолання стресу, які можуть посилити стрес, тому їх відносять до категорії деструктивних.

Стратегія «Постійний прийом ліків» передбачає прийом психотропних засобів (ліків, алкоголю, тютюнопаління).

Стратегії «Агресія» та «Постійний прийом ліків» не можуть бути віднесені однозначно до категорії конструктивних або деструктивних шляхів подолання важких життєвих ситуацій.

З метою визначення структурної організації емоційної сфери учасників групи 2, був здійснений факторний аналіз, результати якого наведені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Факторна структура емоційної сфери та стратегій опанування учасників групи 2, які знаходяться під мобільним паліативним наглядом вдома.

Statistics 22.0	Коефіцієнт завантаження Varimax	
Factor	Вибірка основні компоненти	
ANALYSIS	Відзначені завантажувальні дані > 0,5	
Показники: емоційний стан та копінг-стратегії	Фактор 1 «Тривожно- депресивні реакції» 27%	Фактор 2 «Соціальна залученість» 8,86%
Деструктивні копінг-стратегії	0,936	
Безпорадність	0,903	
Особистісна тривожність	0,892	
Фрустрація	0,866	
Самозвинувачення	0,810	
«Заїжджена платівка»	0,808	
ТДЕМ (страх, сором, вина)	0,805	
Жаль до себе	0,787	
Страх	0,778	
НЕМ	0,776	
Горе	0,762	
Втеча від стресової ситуації	0,755	
Тривожність	0,753	
Рівень психічної напруги	0,749	
Ригідність	0,696	
Прояв симптомів депресії	0,684	
Агресія	0,673	
Реактивна тривога	0,666	
Сором	0,642	
Гнів	0,638	
Огида	0,629	

Вина	0,625	
Перша емоція: страх	0,528	
Конструктивні копінг-стратегії		
Самоствердження		
Заміщення		
Контроль за ситуацією		
Самосхвалення		
Самоконтроль / самовладання		
Самовиправдання		
Пошук соціальної підтримки		
Психом'язова релаксація	-0,525	
Позитивна самомотивація		
Досвід: втрата роботи		-0,842
Зниження значення стресової ситуації		0,639
Відволікання		0,633
Спосіб адаптації: турбота про близьке соц. коло		-0,560
Спосіб адаптації: участь у матеріальних зборах		0,553
ПЕМ (радість, здивування, інтерес)		0,535
Спосіб адаптації: участь у волонтерських проектах		-0,513

Фактор 1 «Тривожно-депресивні реакції», який пояснює 27% дисперсії, є біполярним, та об'єднує на одному полюсі шкали: «деструктивні копінг-стратегії», «Безпорадність», «особистісна тривожність», «фрустрація», «Самозвинувачення», «Заїжджена платівка», «ТДЕМ», «Жаль до себе», «страх», «НЕМ», «горе», «Втеча від стресової ситуації», «тривожність», «рівень психічної напруги», «ригідність», «прояв симптомів депресії», «Агресія», «реактивна тривога», «сором», «гнів», «огода», «вина», «перша емоція: страх»; а на іншому – шкалу «Психом'язова релаксація».

Фактор 1 свідчить про те, що підвищення виразності копінг-стратегій «Безпорадність», «Самозвинувачення», «Заїжджена платівка», «Жаль до себе», «Втеча від стресової ситуації», пов'язано із збільшенням виразності особистісної тривожності; із виразністю показників психічних станів фрустрації, тривожності та ригідності; з підвищенням рівня психічної напруги, проявів симптомів депресії,

рівнем реактивної тривоги; а також з виразністю емоцій страху, горя, сорому, гніву, огиди, вини та із зменшенням виразності копінг-стратегії «Психом'язова релаксація». Це можна пояснити наступним чином: люди групи 2, намагаючись уникнути напруженої ситуації (копінг-стратегія «Втеча від стресової ситуації»), стикаються з почуттям безпорадності й безнадійності (копінг-стратегія «Безпорадність»), з неможливістю відволіктися подумки (копінг-стратегія «Заїжджена платівка»), із співчуттям собі та заздрістю іншим (копінг-стратегія «Жаль до себе»), що може посилювати фрустрацію, тривожність та ригідність. Вдавання до стратегії «Самозвинувачення» призводить до виразності почуття вини. Переживання емоцій страху, горя, гніву може посилювати агресивні реакції у поведінки людей групи 2 (копінг-стратегія «Агресія»), що призводить до посилення переживання сорому. Підвищення рівня психічної напруги, реактивної тривоги та прояв симптомів депресії ускладнює розслаблення тіла й відпочинок (копінг-стратегія «Психом'язова релаксація») – залежність від тяжкої хвороби.

Фактор 2 «Соціальна залученість», який пояснює 8,86% дисперсії, є біполярним, та об'єднує на одному полюсі шкали «Зниження значення стресової ситуації», «Відволікання», «спосіб адаптації: участь у матеріальних зборах», «ПЕМ», а на іншому – шкали «досвід: втрата роботи», «спосіб адаптації: турбота про близьке соціальне коло», «спосіб адаптації: участь у волонтерських проектах». Фактор 2 свідчить про те, що підвищення виразності копінг-стратегій «Зниження значення стресової ситуації», «Відволікання» може підвищувати виразність позитивного спектру емоцій й «способу адаптації: участь у матеріальних зборах», та зменшувати виразність показників «досвід: втрата роботи», «способу адаптації: участь у волонтерських проектах» й «способу адаптації: турбота про близьке соціальне коло». Це можна пояснити наступним чином: наявність у людей групи 2 робота може сприяти можливості відволіктися від стресової ситуації, знизити її значення для себе та, в якості способу адаптації до умов хвороби, приймати участь у матеріальних зборах. Тоді як люди, що знаходяться на мобільному паліативному нагляді вдома, втратили роботу, частіше зайняті турботою про близьке соціальне коло, залучені до участі в волонтерських

проектах й менше приймають участь у матеріальних зборах. Результати факторного аналізу підтверджують опосередкований вплив особистісної тривожності на вибір способів подолання важких життєвих ситуацій; опосередковану залежність між емоційним спектром та виразністю психічних станів тривоги та фрустрації; сам фактор впливу наявності роботи на вибір способу адаптації до нових умов життєдіяльності.

3.3. Аналіз ефективності застосування МАК у людей, що знаходяться на лікуванні в терапевтичному, неврологічному та хірургічному відділеннях та за зниженням життєвих функцій є потенціальними паліативними пацієнтами.

До групи учасників, що на момент проведення дослідження перебували в цих відділеннях увійшли 24 учасника (далі – група 3). Серед них одружені 18 учасників, що складає 75%; не одружені – 2 учасника (8%), розлучені – 4 учасника (17%). Мають дітей 20 з 24 учасників, що складає 83%; не мають дітей 4 учасника (17%).

Типові думки учасників групи 3 були пов'язані з запереченням подій щодо власного здоров'я та втрати важливих функцій організму («Цього не може бути. Маячня якась»); з розгубленістю («Що робити? Куди бігти?») й пошуком рішення («Треба збирати гроші і їхати на дообстеження. Як вилікуватися?»). Найбільш поширеними емоційними станами учасників групи 3 в перші хвилини визначення такого діагнозу були страх (83%), паніка (63%), шок (58%) й дезорієнтація (54%). Емоції спокою й байдужості не мали прояву (0%) серед групи 3 в перші моменти встановлення діагнозу.

На момент проведення дослідження власний досвід зіткнення з невиліковною хворобою учасники групи 3 описують наступним чином:

- чули/оповіщені/знають про остаточний діагноз - 19 осіб (79%);
- здогадувалися про фатальність - 12 осіб (50%);

- втратили роботу - 8 осіб (33%);
- втрата життєвих функцій частково - 6 осіб (25%);
- близькі люди знаходяться постійно поруч - 4 осіб (17%)
- знаходяться в значних фінансових труднощах - 1 особа (4%);
- втратили допомогу близьких - 1 особа (4%);
- втратили дім - 1 особа (4%).

Способи пошуку ресурсів й форми поведінкових реакцій учасників групи 3, які на момент проведення дослідження знаходились в непаліативних відділеннях , були зв'язані з:

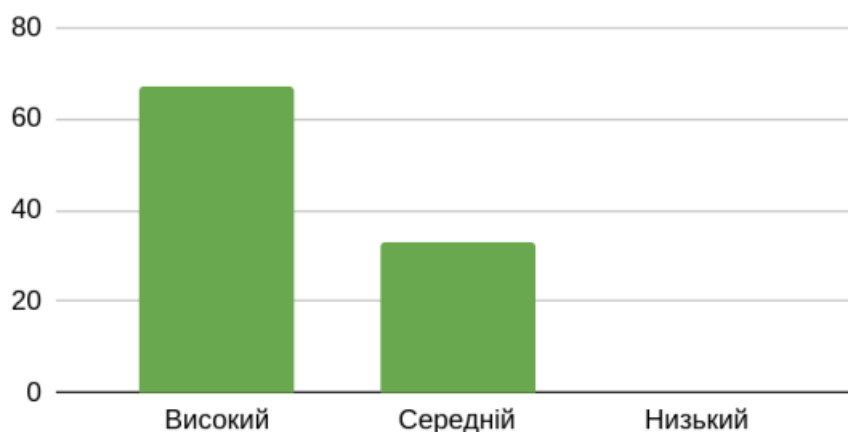
- участю у матеріальних зборах коштів - 19 осіб (79%);
- отриманням допомоги від найближчого соціального оточення - 14 осіб (58%);
- участю у волонтерських проектах - 9 осіб (37%).

Для 3 групи людей були застосовані в роботі МАК «Персона» з вправами «Привіт хвороба», після проведення дослідження за допомогою шкали оцінки рівня якості життя (автор Чабан О.С.) було виявлено середній рівень незадоволеності життям (73% опитаних): посереднє ставлення до життя, є значні проблеми, які впливають на якість життя, деяка невпевненість у майбутньому, але змінюється загальна незадоволеність, дещо підвищилася адаптація до стресу, відбулося налагодження стосунків у сімейному середовищі.

В ході проведення дослідження за допомогою методики діагностики самооцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера та Ю.Л. Ханіна було визначено рівень реактивної тривоги та особистісної тривожності учасників групи 3, що знаходяться в непаліативних відділеннях.

Результати дослідження рівня реактивної тривоги учасників групи 3, наведені на рис. 3.17.

Рис. 3.17. Результати дослідження рівня реактивної тривоги учасників групи



3.

Згідно з отриманими даними найбільш поширеним серед учасників групи 3 є високий рівень реактивної тривоги – 67% (у 16 учасниць з 24). Цей рівень припускає схильність до прояву стану тривоги, який характеризується напругою, занепокоєнням, знервованістю, іноді порушенням тонкої координації, та потребує особливої уваги. Середній рівень, що є, так званою, «нормою», складає 33% (у 8 з 24 учасниць). Результати дослідження за низьким рівнем реактивної тривоги, що свідчить про потребу підвищення уваги до мотивів життєдіяльності та почуття відповідальності, склали 0%. Отримані результати є цілком закономірними, оскільки підвищення рівня тривоги відбувається внаслідок перебування у небезпечних і складних для життя умовах.

Результати дослідження рівня особистісної тривожності наведені на рис. 3.18.

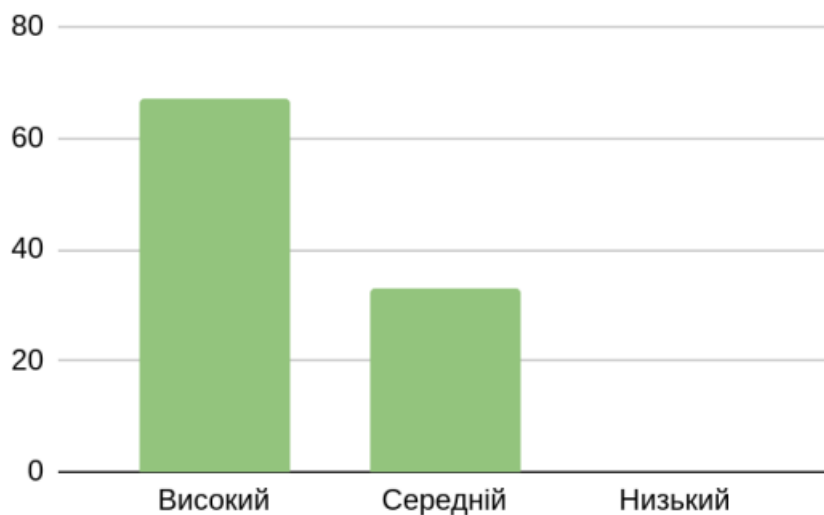


Рис. 3.18. Результати дослідження рівня особистісної тривожності учасників групи 3

Згідно отриманих результатів, 16 з 24 учасники групи 3, що складає 67%, мають високий показник особистісної тривожності, для якого характерною є стійка схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозові, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Середній рівень особистісної тривожності мають 8 з 24 учасників, що становить 33%, вважається природною й обов'язковою особливістю активної особистості. Низький рівень особистісної тривожності, для якого є потрібним пробудження активності, підкреслення мотиваційних компонентів діяльності, збудження зацікавленості, висвічування почуття відповідальності у вирішенні тих чи інших завдань, не виявлено в даній групі. За результатами методики «Шкала психологічного стресу PSM-25» були отримані дані, наведені на рис 3.19.

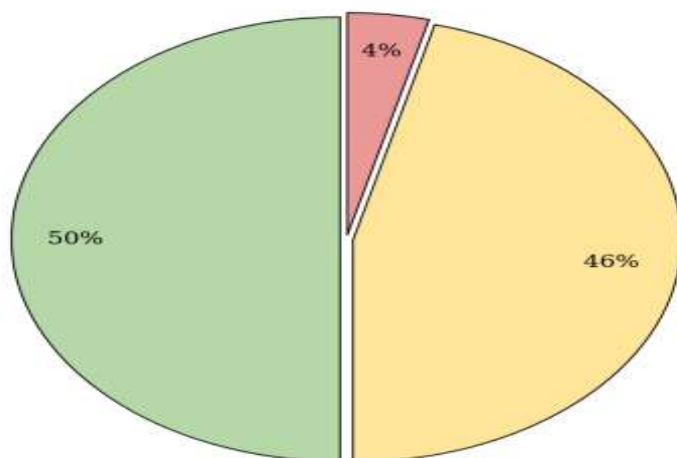


Рис. 3.19. Рівень психологічного стресу учасників групи 3 Примітка: 4 % - високий; 46 % - середній рівень; 50% - низький.

Згідно результатів, 50% учасників групи 3 (12 з 24 учасниць) даної групи мають низький рівень психологічного стресу, що свідчить про стан психологічної адаптованості до навантажень. Середній рівень психологічного стресу виявлено у 46% (у 11 учасниць з 24) учасників. Високий рівень психологічного стресу, що свідчить про стан дезадаптації й психічного дискомфорту, виявлено у 4% (1 учасниця з 24) учасників групи 3. Результати дослідження за методикою діагностики самооцінки психічних станів (тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності) за Г. Ю. Айзенком наведені на рис. 3.20

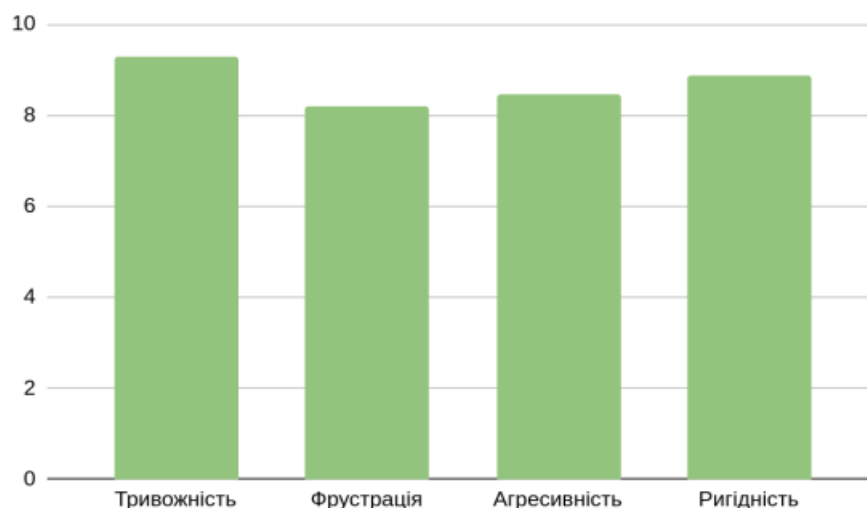


Рис. 3.20. Середні значення показників психічних станів в групі учасників 3

Середнє значення тривожності учасників групи 3 становить 9,29, що відповідає середньому, допустимому рівню тривожності.

Середнє значення фрустрації у групі 3 – 8,21 – фрустрація має місце.

Середнє значення агресивності у групі становить 8,46, що відповідає середньому рівню агресивності.

Середнє значення ригідності у групі становить 8,87, що відповідає середньому рівню виразності ригідності. За допомогою шкали диференціальних емоцій К. Ізарда, в адаптації Г. Б. Леонової було складено модель емоційного профілю учасників (див. рис. 3.21).

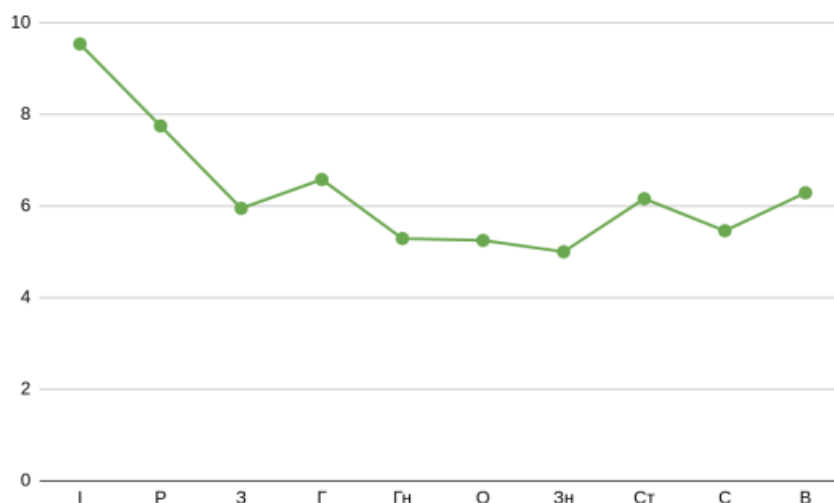


Рис. 3.21. Усереднений емоційний профіль учасників групи 3

Примітка: І - інтерес, Р - радість, З - здивування, Г- горе, Гн - гнів, О - огида, Зн - зневага, Ст - страх, С - сором, В – вина

Згідно моделі емоційного профілю групи можна зробити висновок, що на момент проведення дослідження найбільший прояв серед учасників даної групи мають емоції інтересу, радості, горю та вини, тоді як здивування, сором, гнів,

огида та зневага мають найменший прояв. Окремо розглянемо індекси груп емоцій, а саме індекс позитивних емоцій, індекс негативних емоцій та індекс тривожно-депресивних емоцій (див. рис. 3.22). Згідно отриманих даних можна зробити висновок, що в досліджуваній групі середнє значення індексу позитивних емоцій дорівнює 23,25 й відповідає помірному ступеню виразності. Середнє значення індексу негативних емоцій в групі дорівнює 22,13, відповідає помірного ступеню виразності. Середнє значення індексу тривожно-депресивних емоцій в групі дорівнює 17,92, що відповідає помірному ступеню виразності.

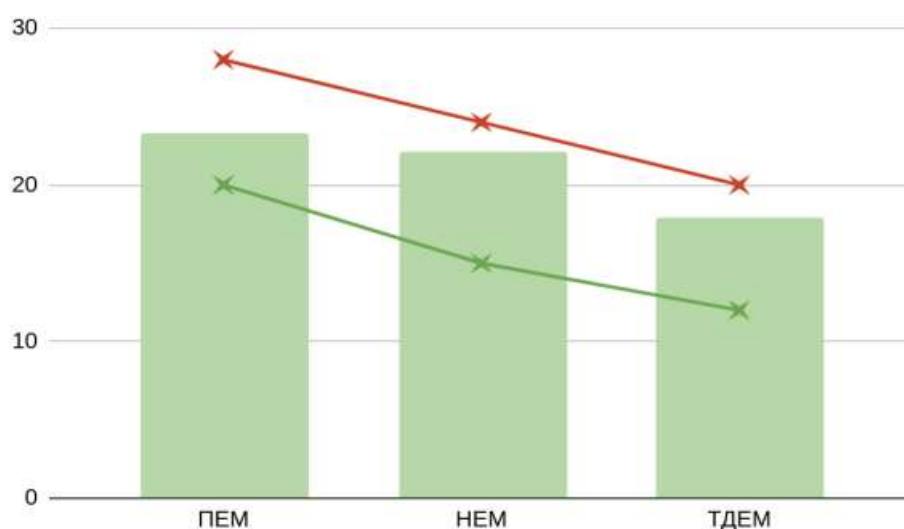


Рис. 3.22. Середні значення індексів груп емоцій учасників групи 3

Примітка: ПЕМ - індекс позитивних емоцій, НЕМ - індекс негативних емоцій, ТДЕМ - індекс тривожно-депресивних емоцій, —х— - нижня межа помірного ступеню виразності індексу емоцій, —х— - верхня межа помірного ступеню виразності індексу емоцій. З отриманих результатів можна зробити висновок, що в даній групі індекс позитивних емоцій переважає над індексом негативних емоцій та індексом тривожно-депресивних емоцій. За допомогою Шкали депресії А. Бека були досліджені прояви симптомів депресії серед учасників, групи 3 (див. рис.3.23).

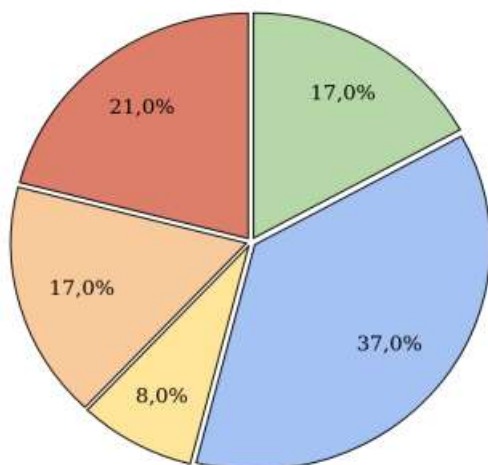


Рис. 3.23. Результати дослідження за шкалою депресії А. Бека в групі 3

Примітка: 17 % - прояви симптомів депресії відсутні; 37 % - легкі прояви симптомів; 8 % - помірні прояви; 17 % - виражені прояви; 21 % - високі прояви.

Отримані результати свідчать про те, що високі прояви симптомів депресії, що передбачають звернення до спеціаліста та спостереження за своїм емоційним станом, мають 5 з 24 учасниць, що складає 21%. Виражені прояви симптомів депресії виявлено у 4 учасниць групи 3, що складає 17%. Помірні прояви симптомів депресії виявлено у 2 даної групи, що становить 8% учасниць. Легкі прояви симптомів депресії мають 9 з 24 учасниць, що складає 37% і становить більшу частку у групі. Не мають проявів симптомів депресії 4 учасниці групи 3, що становить 17%. Результати методики «Подолання важких життєвих ситуацій SVF120» наведені на рис. 3.24.

Аналіз результатів проведено за окремими шкалам стратегій подолання важких життєвих ситуацій. Згідно отриманих результатів можна зробити висновок, що учасників групи 3 перевагу мають стратегії:

- «Контроль за ситуацією» (середнє значення 12,21);
- ««Заїжджена платівка»» (середнє значення 11,87);
- «Позитивна самомотивація» (середнє значення 11,54);
- «Пошук підтримки» (середнє значення 11,54);

- «Самоконтроль/самовладання» (середнє значення 10,92).

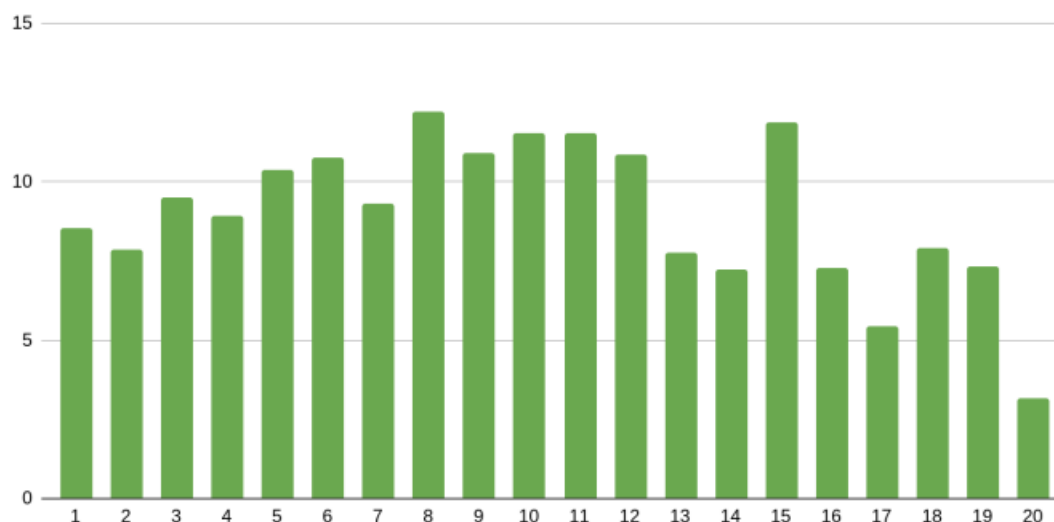


Рис. 3.24. Модель використання стратегій подолання важких життєвих ситуацій серед учасників групи 3

Примітка: 1 – «Зниження значення стресової ситуації», 2 – «Самосхвалення», 3 – «Самовиправдання», 4 – «Відволікання», 5 – «Заміщення», 6 – «Самоствердження», 7 – «Психом'язова релаксація», 8 – «Контроль за ситуацією», 9 – «Самоконтроль / самовладання», 10 – «Позитивна самомотивація», 11 – «Пошук соціальної підтримки», 12 – «Антицупуюче уникнення», 13 – «Втеча від стресової ситуації», 14 – «Соціальна замкнутість», 15 – «Заїжджена платівка», 16 – Безпорадність, 17 – Жаль до себе, 18 – Самозвинувачення, 19 – Агресія, 20 – постійний прийом ліків.

Стратегії «Контроль за ситуацією», «Позитивна самомотивація», «Самоконтроль/самовладання» стосуються дій щодо контролю стресової ситуації, викликаних нею власних реакцій, тобто дій, спрямованих на зменшення (зниження) стресу та принципово придатних для цього, відносяться до конструктивних стратегій.

Стратегія «Заїжджена платівка» відображає невміння відволікатися подумки, постійно роздумувати над ситуацією («ламати голову»), тобто

стосується шляхів подолання стресу, які можуть посилити стрес, такі стратегії називають деструктивними.

Стратегія «Пошук соціальної підтримки» передбачає пошук бесіди (дискусії), соціальної підтримки та допомоги. Дані дії можуть призвести як до посилення стресу, так і до його зниження, тому віднести стратегію однозначно до конструктивних або до деструктивних стратегій не можна.

Найменше середнє значення у групі мають стратегії:

- «Втеча від стресової ситуації» (середнє значення 7,75);
- «Агресія» (середнє значення 7,33);
- «Безпорадність» (середнє значення 7,29);
- «Соціальна замкнутість» - 14 (середнє значення 7,21);
- «Постійний прийом ліків» (середнє значення 3,16).

Стратегії «Втеча від стресової ситуації» (уникати напруженої ситуації), «Безпорадність» (здаватися з почуттям безпорадності, безнадійності, зневіри), «Соціальна замкнутість» (усамітнюватися від інших), відносять до деструктивних стратегій, тому що дані стратегії стосуються шляхів подолання стресу, які можуть посилити стрес.

Стратегії «Агресія» (реагувати роздратовано, сердито, агресивно) та «Постійний прийом ліків» (приймати психотропні засоби: ліки, алкоголь, тютюнопаління) не можуть бути однозначно віднесені до категорій конструктивних і деструктивних стратегій. З метою визначення, був здійснений факторний аналіз, результати якого наведені в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Факторна структура емоційної сфери та стратегій опанування в групі 3

Statistics 22.0	Коефіцієнт завантаження Varimax
Factor	Вибірка основні компоненти

ANALYSIS	Відзначені завантажувальні дані > 0,5		
Показники: емоційний стан та стратегії опанування	Фактор 1 «Самозвинувачення» 17,12%	Фактор 2 «Гнів та спротив» 15,38%	Фактор 3 «Позитивне переоцінювання» 14,17%
Деструктивні копінг-стратегії	0,895		
Безпорадність	0,874		
Фрустрація	0,845		
Особистісна тривожність	0,827		
Самозвинувачення	0,729		
Тривожність	0,723		
«Заїжджена платівка»	0,720		
Рівень психічної напруги	0,711		
Втеча від стресової ситуації	0,647		
Жаль до себе	0,644		
Прояв симптомів депресії	0,631		
ТДЕМ (вина, сором, страх)	0,618		
Вина	0,546		
Ригідність	0,519		
Гнів		0,917	
НЕМ (гнів, горе, огида, зневага)		0,896	
Огида		0,802	
Зневага		0,800	
Здивування		0,736	
Перша емоція: спустошення		0,722	
Горе		0,715	
Перша емоція: гнів		0,661	
Реактивна тривога		0,605	
Страх	0,565	0,566	
Конструктивні копінг-стратегії			0,944
Самовиправдання			0,847
Самоствердження			0,793
Психом'язова			0,786

релаксація			
Позитивна самомотивація			0,712
Радість			0,664
Зниження значення стресової ситуації			0,661
Самоконтроль / самовладання			0,644
Заміщення			0,610
ПЕМ (радість, інтерес, здивування)			0,607
Контроль за ситуацією			0,584
Відволікання			0,575
Антицупуюче уникнення			0,574
Самосхвалення			0,534

Фактор 1 «Самозвинувачення», який пояснює 17,12% дисперсії, є монополярним, та об'єднує наступні шкали: «деструктивні копінг-стратегії», копінг-стратегія «Безпорадність», фрустрація, особистісна тривожність, копінг-стратегія «Самозвинувачення», тривожність, копінг-стратегія «Заїжджена платівка», рівень психічної напруги, копінг-стратегія «Втеча від стресової ситуації», копінг-стратегія «Жаль до себе», прояв симптомів депресії, ТДЕМ, страх, вина, ригідність.

Фактор 1 свідчить про те, що підвищення виразності копінг-стратегій «Безпорадність», «Самозвинувачення», «Заїжджена платівка», «Втеча від стресової ситуації», «Жаль до себе» пов'язано із збільшенням виразності показників психічних станів фрустрації, тривожності та ригідності; з підвищенням рівня психічної напруги й проявів симптомів депресії; а також з виразністю емоцій страху та вини. Це можна пояснити наступним чином: учасники групи 3, які з одного боку знаходяться ще поза межами потенційної загрози, а з іншого боку – в нових для себе умовах життя, вдаються до копінг-

стратегій «Безпорадність», в якій проявляються почуття безпорадності й безнадійності, «Жаль до себе» - співчуття собі і задрість іншим, що може підсилювати стан фрустрації, тривожність й прояви симптомів депресії. Підвищення виразності почуттів вини й страху може призводити до звинувачення себе у всьому (копінг-стратегія «Самозвинувачення»), що може посилювати рівень психічної напруги. Неможливість відволіктися подумки (копінг-стратегія «Заїжджена платівка») може бути пов'язана з підвищенням виразності фрустрації та ригідності.

Фактор 2 «Гнів та спротив», який пояснює 15,38% дисперсії, є монополярним, та об'єднує наступні шкали: «гнів», «НЕМ (гнів, горе, огида, зневага)», «огида», «зневага», «здивування», «перші емоції: спустошення», «горе», «перша емоція: гнів», «реактивна тривога», «страх».

Фактор 2 свідчить про те, що підвищення виразності емоції гніву пов'язано із збільшенням виразності емоцій огиди, зневаги, здивування, горя, страху; із підвищенням рівня реактивної тривоги; із збільшенням виразності спустошення й гніву у перші хвилини війни. Це можна пояснити наступним чином: учасники групи 3, що стикаються із негативним спектром емоцій, а саме гнівом, огидою, зневагою, горем, що може призводити до підвищення рівня реактивної тривоги як стану. Цікаво, що виразність емоції гніву має зв'язок з виразністю гніву й спустошення у перші хвилини встановлення паліативного діагнозу.

Фактор 3 «Позитивне переоцінювання», який пояснює 14,17% дисперсії, є монополярним, та об'єднує наступні шкали: «Самовиправдання», «Самоствердження», «Психом'язова релаксація», «Позитивна самотивація», «радість», «Зниження значення стресової ситуації», «Самоконтроль/самовладання», «Заміщення», «Контроль за ситуацією», «Відволікання», «Антиципуюче уникнення», «Самосхвалення».

Фактор 3 відображає, що вдавання до таких копінг-стратегій, як «Самовиправдання», «Самоствердження», «Психом'язова релаксація», «Позитивна самотивація», «Зниження значення стресової ситуації»,

«Самоконтроль / самовладання», «Заміщення», «Контроль за ситуацією», «Відволікання», «Антиципуюче уникнення», «Самосхвалення» може призводити до підвищення виразності емоції радості. Наведені копінг-стратегії, окрім стратегії «Антиципуюче уникнення», відносять до конструктивних стратегій, які спрямовані на зниження рівня стресу й підходять для цього, що Фактор 3 підтверджує. Результати факторного аналізу підтверджують опосередкований вплив особистісної тривожності на рівень психічної напруги та вибір копінг-стратегій, які здатні посилювати стрес; залежність між проживанням емоцій гніву, горя, огиди, зневаги, страху й реактивним рівнем тривоги; вплив використання конструктивних копінг-стратегій на емоцію радості.

3.4. Порівняльний аналіз особливостей відновлення емоційної сфери учасників 3 груп дослідження з допомогою роботи з МАК картами.

Далі представлено порівняльний аналіз результатів психодіагностичних методик щодо особливостей відновлення емоційної сфери учасників дослідження з застосуванням у роботі з ними МАК карт, в залежності від місця перебування на момент проведення дослідження. З метою виявлення статистично значущих відмінностей у рівнях реактивної тривоги та особистісної тривожності учасників в досліджуваних групах був здійснений порівняльний аналіз результатів методики самооцінки тривожності Спілбергера - Ханіна за допомогою ϕ -критерія Фішера, результати якого наведені в табл. 3.4 та табл. 3.5.

Таблиця 3.4

Порівняльний аналіз рівня реактивної тривоги в досліджуваних групах

Рівень реактивної тривоги	Частота зустрічаємості ознаки в групі 1 (у %)	Частота зустрічаємості ознаки в групі 2 (у %)	Частота зустрічаємості ознаки в групі 3 (у %)	Значення ϕ -критерію (групи 1-2)	Значення ϕ -критерію (групи 2-3)	Значення ϕ -критерію (групи 1-3)
Високий	84	71	67	0,981	0,345	1,347

Середній	16	29	33	0,981	0,345	1,347
Низький	0	0	0	0	0	0

Примітка 1: група 1 - учасники, що на момент проведення дослідження знаходилися під мобільним паліативним наглядом вдома; група 2 - учасники, що знаходилися у відносно безпосередньо в паліативному стаціонарі; група 3 – учасники, що на момент опитування знаходилися на лікуванні в інших відділеннях, але є потенційними паліативними пацієнтами.

Примітка 2: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Як бачимо з табл. 3. 4, статистично значущих відмінностей за рівнями вираженості реактивної тривоги між групами не виявлено.

Нижче наводимо результати дослідження.

Як бачимо з табл. 3.5 (представлена у додатку), статистично значущих відмінностей за рівнем особистісної тривожності між групами не виявлено. Це може свідчити про те, що рівні вираженості тривоги, як стану, та особистісної тривожності учасників досліджуваних груп значно не відрізняються. Для порівняння вираженості психічного напруження у досліджувальних групах було використано критерій Фішера, результати якого наведені в табл. 3.6. (представлена у додатку), Згідно з результатами, наведеними в табл. 3.6, статистично значущих відмінностей у вираженості психічного напруження у респондентів досліджувальних груп не виявлено. Це свідчить про те, що в умовах тяжких життєвих обставин рівень психічного напруження значуще не змінюється в залежності від місця перебування. Результати порівняння частоти зустрічаємості проявів симптомів депресії серед учасників в залежності від їх місця перебування за допомогою критерія Фішера наведені у табл. 3.7. (представлена у додатку). Як бачимо з табл. 3. 7, статистично значущих відмінностей між проявами симптомів депресії учасників в групах 1, 2 і 3 не виявлено. Це може свідчити про те, що вираженість проявів симптомів депресії учасників досліджуваних груп

простежується на одному рівні. В таблиці 3.8 (наведена у додатку) наведений порівняльний аналіз ступеню проявів емоцій позитивного спектру в досліджуваних групах.

Згідно отриманих результатів за емоціями позитивного спектру (радість, інтерес, здивування) виявлено суттєві відмінності між досліджуваними групою 2 та групою 3 в показниках слабого та помірного ступенях вираженості емоцій. За виразним та сильними рівнями таких відмінностей не знайдено. Нижче наведено порівняльний аналіз ступеню проявів негативного спектру емоцій (горе, гнів, огида, зневага) в досліджувальних групах за допомогою критерія Фішера (див. табл. 3.9 – наведена у додатку).

За емоціями негативного спектру (горе, гнів, огида, зневага) виявлено відмінності між досліджуваними групами 1 та 2 в показниках виразного ступеню вираженості емоцій. За слабким, помірним та сильним рівнями відмінностей не знайдено. Це може свідчити про те, що виразний ступінь негативного спектру емоцій частіше зустрічається серед учасників групи 2, що знаходяться у відділенні стаціонарної паліативної допомоги (на термінальних стадіях свого життя), в порівнянні учасниками групи 1, що знаходяться у безпосередній на мобільному паліативному нагляді вдома.

Результати порівняльного аналізу за допомогою критерія Фішера ступенів прояву тривожно-депресивного спектру емоцій наведено у табл. 3.10. (наведена у додатку).

За емоціями тривожно-депресивного спектру (страх, сором, вина) виявлено відмінності між учасницями групи 1 та групи 3 в показниках помірного та вираженого рівнів вираженості емоцій. За слабким та сильним рівнями таких відмінностей не знайдено. Це може свідчити про те, що в учасників групи 1 емоції тривожно-депресивного спектру більш виражені на виразному рівні в порівнянні з учасниками групи 3. Тоді як в учасників групи 3 тривожно-депресивний спектр емоцій частіше має помірний рівень прояву, в порівнянні з учасниками групи 1.

З метою виявлення виразності показників психічних станів в досліджуваних групах був здійснений порівняльний аналіз за допомогою Н-критерію Краскела-Уоліса, результати якого наведені в таблиці 3.11. (наведена у додатку). Отримані результати статистичної обробки свідчать про те, що між групами статистично значущих відмінностей виявлено не було, тобто показники психічних станів тривожності, фрустрації, агресії та ригідності учасників всіх трьох групах знаходяться на однакових рівнях. Це може означати, що життя в умовах невиліковної хвороби надає вплив на психічні стани українських громадян, незалежно від місця їх перебування.

Далі наведені результати порівняльного аналізу усереднених емоційних профілів досліджуваних груп (див. табл. 3.12 – наведена у додатку) за допомогою Н-критерію Краскела-Уоліса. Згідно отриманих результатів, наведених у табл. 3.11 (див. у додатку), статистично значущих відмінностей між усередненими емоційними профілями досліджувальних груп не було виявлено. Це може бути пов'язано з невеликою кількістю учасників в кожній групі, а також із тим, що хвороба, як надзвичайна ситуація, що триває, впливає на емоційну сферу людей, незалежно від місця їх перебування. З метою виявлення частоти виразності стратегій подолання важких ситуацій в досліджуваних групах був здійснений порівняльний аналіз за допомогою Н-критерію Краскела – Уоліса, результати якого наведені в таблиці 3.13 (див. у додатку).

Згідно результатів математико-статистичної обробки копінг-стратегія «Соціальна замкнутість» має статистично значущу відмінність за рівнем вираженості в групі 2 в порівнянні з групами 1 і 3. Отже можна припустити, що учасники групи 2 рідше вдаються до усамітнення від інших для подолання важкої життєвої ситуації. Це може бути пов'язано з тим, що поїхавши з дому в лікарню, опинившись в новому для себе місці, вдалі від друзів й звичного укладу життя, учасники і так почувають себе усамітнено і прагнуть навпаки соціальної підтримки з боку оточуючих (медичного персоналу, соціальних працівників, психологів, волонтерів). Тоді як учасники групи 1, знаходяться під постійною увагою незнайомих людей, навпаки частіше прагнуть усамітнитися від інших.

Учасники групи 1, що знаходяться безпосередньо під мобільним паліативним наглядом, залишаються, з одного боку, у звичних для себе умовах життя, а, з іншого, під впливом постійного стресу, для подолання якого вдаються до усамітнення. Статистично значущої різниці у частоті використання інших копінг-стратегій у досліджуваних групах виявлено не було.

Показники життєстійкості, стресостійкості, стресу та нервово-психічної стійкості у контрольній групі та в експериментальних групах після впровадження арт-терапії представлені у таблиці 3.15 (додаток).

Також приводимо порівняльну характеристику ефективності застосування МАК для роботи з людьми 3 досліджуваних груп за шкалою оцінки рівня якості життя (Чабан О.С.)

Найменування МАК	Група 1		Група 2		Група 3	
	До досл.	Після досл.	До досл.	Після досл.	До досл.	Після досл.
«Стрес-стоп»	82%	73%				
«Струни душі»			91%	75%		
«ОН»					75%	73%

Модель BASIC PH була розроблена М. Лаада й О. Аялон із метою розвитку стресостійкості та подолання негативних психоемоційних станів клієнта, зумовлених психотравмуючими ситуаціями та подіями життя. Розглянута модель є придатною для реалізації методів арт-терапії у психологічному консультуванні та терапії, зокрема впровадженні метафоричних асоціативних карток. Кожен зі складників моделі BASIC PH становить ядро індивідуального стилю поведінки під час перебування у стресі, тобто копіngu, тому арт-терапевтичні засоби розвитку стресостійкості, запропоновані у цьому дослідженні, передбачають актуалізацію шести ресурсів стресостійкості. Внаслідок впровадження комплексу корекційно-розвивальних впливів було показано, що модель BASIC PH є

ефективною у подоланні стресу, викликаного наявністю невиліковної хвороби, і розвитку стресостійкості клієнтів. Застосування метафоричних асоціативні картки у клієнтів, залучених до корекційно-розвивальних впливів, зросли на статистично значущому рівні показники життєстійкості, стресостійкості, нервово-психічної стійкості.

Висновки до розділу 3

Побутує думка, що успіх у покращенні особистісного та цивілізаційного здоров'я потребує більш складних підходів до курації хворих. А особливо паліативних. Таким сучасним вимогам може відповідати психосоматичний підхід. Він включає психотерапевтичні методи, які є особливо важливими у контексті надання паліативної допомоги. Так як стрес, тривога, депресія стали домінуючими у психічному стані такого паліативного хворого. Як результат, головний мозок із його тонкими нейрональними та нейроендокринними системами не встигає адаптуватися до швидких і несприятливих змін життєвих ситуацій. Тому особливо важливо використовувати такі прості і доступні методи психологічної допомоги у складних життєвих ситуаціях – метафоричні асоціативні карти, що доведено на практичних прикладах їх застосування.

ВИСНОВКИ

1. В результаті теоретичного аналізу розглянуто психотравмуючі фактори, які об'єднує в собі невиліковна хвороба як надзвичайна ситуація. Розглянуто особливості емоційного реагування людини на стрес та травмуючі події, спричинені невиліковою хворобою. Розкрито поняття «стресу», розглянуто можливі наслідки впливу стресу (гостра стресова реакція, посттравматичний стресовий розлад) та екстремальні реакції на стрес (стани афекту, паніки, тривоги, фрустрації). Розглянуто результати попередніх досліджень емоційного стану людини в умовах тяжкої життєвої ситуації.

2. Встановлена трьохфакторна структура емоційної сфери та стратегій опанування учасників групи 1, що знаходяться під мобільним паліативним наглядом вдома. Перший фактор «безпорадність» виявляє ускладнення використання конструктивних стратегій подолання стресу в умовах підвищення показників психічної напруги та рівня тривоги, а також зниження спроможності турбуватися про близьке соціальне коло. Другий фактор «емоції негативного спектру» відображає виразність негативних, тривожно-депресивних емоцій, проявів симптомів депресії, що супроводжується збільшенням показника копінг-стратегії «постійний прийом ліків». Третій фактор «опанування стресу» відображає звернення до копінг-стратегій, спрямованих на більш активне подолання стресу, яке супроводжується фізичним та психологічним уникненням стресових чинників.

3. Встановлено двофакторну структуру емоційної сфери та стратегій опанування учасників групи 2, що знаходяться у відділенні паліативної допомоги. Фактор «тривожно-депресивні реакції» виявляє збільшення виразності почуття вини, сорому та посилення фрустрації, тривожності, ригідності у відповідь на спроби уникнення напруженої ситуації (копінг-стратегія «Втеча від стресової ситуації»), співчуття собі та заздрості іншим здоровим людям (копінг-стратегія «жаль до себе»). Фактор «соціальна залученість» виявляє збільшення виразності

позитивного спектру емоцій при наявності роботи або можливості піклування про близьке соціальне коло.

4. Встановлено трьохфакторну структуру емоційної сфери та стратегій опанування учасників групи 3, що знаходяться на лікуванні в відділеннях хірургічному, терапевтичному та неврологічному і є потенційними паліативними пацієнтами. Фактор «самозвинувачення» виявляє підвищення виразності почуттів провини й страху на тлі звинувачення себе у всьому (копінг-стратегія «самозвинувачення»), що може посилювати рівень психічної напруги, фрустрації та ригідності. Фактор «гнів та спротив» виявляє виразність емоцій негативного спектру, а саме гніву, огиди, зневаги, горя, що може супроводжуватися підвищенням рівня тривоги, як стану. Фактор «позитивне переоцінювання» виявляє підвищення виразності емоції радості на тлі вдавання до стратегій, спрямованих на зниження стресу, а саме «самовиправдання», «самоствердження», «психом'язова релаксація», «позитивна самомотивація», «зниження значення стресової ситуації», «самоконтроль / самовладання», «заміщення», «контроль за ситуацією», «відволікання» та «самосхвалення».

5. Було здійснено порівняльний аналіз емоційної сфери учасників в залежності від їх місця перебування на момент проведення опитування. Статистично значущих відмінностей в показниках рівню реактивної тривоги, рівню особистісної тривожності та вираженості прояву симптомів депресії не виявлено. У групи 3, отримано більш високі показники за «слабким ступенем емоційних переживань позитивного спектру» в порівнянні з групою учасників, що знаходяться в відділенні стаціонарної паліативної допомоги. Більш високі показники «вираженого ступеню емоційних переживань негативного спектру» отримано у групі 1, що знаходяться під мобільним паліативним наглядом, в порівнянні з групою 2. За «вираженим ступенем емоційних переживань тривожно-депресивного спектру» більш високі показники виявлені учасників групи 1, в порівнянні з учасниками групи 3.

За показниками психічних станів тривожності, фрустрації, агресії та ригідності статистично значущих відмінностей не виявлено, згідно цього можна припустити, що життя в тяжкої життєвої ситуації має вплив на психічні стани учасників дослідження, незалежно від місця їх перебування. Статистично значущу відмінність було виявлено у частоті використання копінг-стратегії «соціальна замкнутість», яка свідчить про те, що учасники групи 1, рідше вдаються до усамітнення від інших для подолання важкої життєвої ситуації в порівнянні з учасниками групи 3, та учасниками групи 1. Статистично значущої різниці у частоті використання інших копінг-стратегій у досліджувальних групах виявлено не було.

6 Практично доведено ефективність застосування МАК як методу глибинної арт-терапії у досліджуваних учасників всіх 3 груп для подолання негативних психоемоційних станів людини, яка потрапила у складну життєву ситуацію. Завдяки використанню МАК у пацієнтів, залучених до проведення дослідження зросли показники життєстійкості, стресостійкості та нервово психічної стійкості.

Список використаної літератури

1. Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : матеріали науково-практичної конференції (Київ, 3 червня 2015 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. – К. : НУОУ, 2015.
2. Андерсен-Уоррен М., Грейнджер Р. Драматерапия. СПб.: П, 2001. 288 с.
3. Арт-терапия женских проблем / под. ред. А. И. Копитина. М.: Когито Центр, 2010. 270 с.
4. Арт-терапия. Інноваційні психологічні технології / під ред. О. Тіунової, Т. Шейкіної. Випуск 5. Київ-Тернопіль: ЕЕАТА, 2018. 200 с.
5. Арт-терапия. Інноваційні психологічні технології / під ред. О. Тіунової. Випуск 6. Київ–Львів–Тернопіль: ЕЕАТА, 2019. 224 с.
6. Баер У. Терапия творчеством-творческая терапия. М.: Класс, 2013. Болен Дж. Богини в каждой женщине. Новая психология женщин. Архетипы богинь. К.: PSYLIB, 2006.
7. Балабанова Л. М. Психологічні особливості рефлексії вимушених переселенців [електронний ресурс] / Л. М. Балабанова – Режим доступу: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/bitstream/123456789/6173/1/22.pdf> // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2017. – Вип. 22. – С. 51-59
8. Бандурка, А. М. Основы психологии управления: Учебник. / А. М. Бандурка, С. П. Бочарова, Е. В. Землянская. – Х. : Ун-т внутр. дел, 1999. – 528 с.
9. Блинов О. А. Метафорические ассоциативные карты «Стресс-стоп!» и «Компас выбора профессии» / Каталог метафорических карт. Более 90 авторских техник. – К. : ООО НПП «Інтерсервіс», 2018. – 248 с. (мой – С. 43-46, С. 47-51.

10. Блінов О. А. Бойова психічна травма : монографія / О. А. Блінов. – К. : Талком, 2019. – 700 с.
11. Блінов О. А. Інноваційний психологічний інструментарій для вимірювання та корекції наслідків впливу бойового стресу та особливості його застосування. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія. Том II / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка; НУЦЗУ. – Х.: ФОП Панов А.М., 2022. – С. 328-344.
12. Блінов О. А. Іноваційний психологічний інструментарій діагностики, психотерапії та психокорекції бойового стресу: навчально-методичний посібник / О. А. Блінов. – К. : Талком, 2020. – 130 с.
13. Блінов О. А. Лікування наслідків бойового стресу в умовах військового госпіталю за допомогою метафоричних асоціативних карт. Актуальні аспекти психологічного забезпечення професійної діяльності сил безпеки та оборони України: Матеріали VII всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Харків, 29 листопада 2021 року). Харків : Національна академія Національної гвардії України, 2021. С. 121-124
14. Блінов О. А. Метафоричні асоціативні карти як сучасний метод психологічної хірургії / О. А. Блінов // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : зб. наук. пр. Київського Національного університету ім. Тараса Шевченка. – Київ. – 2015. – Вип. 4 (29). – С. 6–11.
15. Блінов О. А. Напрямки організації та психологічні технології військово-соціальної роботи. Теоретичні та практичні проблеми надання соціальних послуг в Україні: монографія / [Котикова О., Блінов О., Радченко М. та ін.]; за заг. ред. О. Котикової. – Київ: Видавець Кравченко Я.О., 2023. – С. 106-144.
16. Блінов О. А. Особливості проведення психокорекції та психологічної психотерапії в умовах військової лікувальної установи / О. А. Блінов //

- Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – 2017. – Том. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Випуск 15. – С. 30-36.
17. Блінов О. А. Поняття метафоричних асоціативних карт та їх використання в психологічній реабілітації / Актуальні проблеми вищої професійної освіти України: Матеріали III Міжнародної науково-практичної конференції 19 березня 2015 р. / За заг. ред. Е.В. Лузік, О.М. Акмалдінової. – К. : НАУ, 2015. – С. 14.
 18. Блінов О. А. Ресурси метафоричних асоціативних карт у профілактиці та подоланні конфліктів / Службово-бойова діяльність Національної гвардії України: теорія, практика, навчання: зб. наук. матеріалів / За заг. ред. к.ю.н. доцента О.М. Калюка, к.п.н., доцента А.О. Пожидаєва, начальника кафедри тактичної підготовки військ Р.С. Троцького. – К. : Університет «Україна», 2016. – С. 14-17.
 19. Блінов О.А. Використання метафоричних асоціативних карт та психологічних ігор в клінічній практиці / I міжнародна науково-практична конференція «Іноваційні методи та технології підготовки фахівців соціальної сфери, 30 листопада 2016 року НАУ. Програма конференції. – С. 4.
 20. Блінов О.А. Метафоричні асоціативні карти «Компас вибору професії». Методичні рекомендації. К.: Талком, 2024. 15 с.
 21. Блінов О.А. Метафоричні асоціативні карти «Магія відносин». Методичні рекомендації. К.: Талком, 2024. 14 с.
 22. Блінов О.А. Метафоричні асоціативні карти в профілактиці та подоланні наслідків коронавірусної інфекції COVID-19. Актуальні проблеми соціальної роботи: досвід і перспективи : матеріали Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції (м. Кам'янець-Подільський, 8

- квітня 2021 року). Кам'янець-Подільський : Видавець Ковальчук О.В., 2021. С. 9-13.
23. Блінов О.А. Метафоричні асоціативні фотокарти «Стрес-стоп!». Методичні рекомендації. К.: Талком, 2024. 24 с.
 24. Блінов О.А. Метафоричні асоціативні фотокарти «Струни душі». Методичні рекомендації. К.: Талком, 2024. 12 с.
 25. Блінов О.А. Складений твір «Колода метафорических ассоциативных карт «Компас выбора профессии» («Компас выбора профессии») // Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір. Реєстраційний №76233. Дата реєстрації 25.01.2018 року / Авторське право і суміжні права. Офіційний бюлетень №48 2018 року. – Київ, 2018.
 26. Блінов О.А. Складений твір «Колода метафорических ассоциативных фотокарт «Стресс-стоп!» («Стресс-стоп!») // Свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір. Реєстраційний №76170. Дата реєстрації 23.01.2018 року / Авторське право і суміжні права. Офіційний бюлетень №48 2018 року. – Київ, 2018.
 27. Блінов О.А., Шопіна М.О. Метафоричні асоціативні карти як творчий інтегративний ресурс стресостійкості особистості : навч. посіб. / О. А. Блінов, М. О. Шопіна. – К. : Талком, 2016. – 123 с.
 28. Блінов, О. А. Прояви посттравматичних стресових розладів / О. А. Блінов // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка», 2013. – Том VII. Екологічна психологія. – Випуск 32. – С. 15–20.
 29. Бриль М.М. Метафоричні асоціативні карти як інструмент у психології професійного визначення. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v1/i52/13.pdf>

30. В. И. Шебанова // Практична психологія та соціальна робота. – 2014. – № 6 (183). – С.
31. Васюк Ю.А. Депрессивные и тревожные расстройства в кардиологии / Ю.А. Васюк, ИВ. Довжвнко, Е.Л. Школьник, Е.Н. Ющух — М.: Анахарсис, 2009. — 200 с.
32. Верникова Н. Метафорические ассоциативные карты – универсальный инструмент для МАКсимальных результатов. Практическая психология. – Винница: ЧП «ТД «Эдельвейс и К», 2014. – 124 с.
33. Водопьянова, Н. Е. Психодиагностика стресса. / Н. Е. Водопьянова. – СПб. : 2009. – 336 с.
34. ВООЗ, Европейское региональное бюро, Европейский региональный комитет, 63 вврсия, Чешііе, ІзіІіир, Турція, 16-1g сeнтябpя. 2013.
35. Восьме Загальнонаціональне опитування: психологічні маркери війни від 6 квітня 2022 року. [електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ratinggroup.ua/research/ukraine/b29c8b7d5de3de02ef3a697573281953.html>
36. Дженнингс С., Минде А. Сны, маски и образы. Практикум по арттерапии. М.: Изд-во Эксмо, 2003. 284 с.
37. Джуэл Л. Индустриально-организационная психология / Л. Джуэл – СПб. : Питер, 2001. – 720 с.
38. Дзюба Т. М. Психотравмуюча ситуація в життєдіяльності людини: зміст, особливості, наслідки. [електронний ресурс] / Т. М. Дзюба – http://dspace.pnpu.edu.ua/bitstream/123456789/5245/1/Dzuba_T_Travm_situasio.pdf // Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. К. : «Фенікс», 2012. – Т. XII. Психологія творчості. – Вип. 15. Част. II. – С. 113-120.

39. Динаміка стану психічного здоров'я населення та організація психіатричної і наркологічної допомоги в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2009- 2013 рр. — Ітиїв, 2014. — 665 с.
40. Євсюков, О. П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму. [електронний ресурс] / О. П. Євсюков, В. П. Садковий — Режим доступу: <https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol7/015.pdf> // Проблеми екстремальної та кризової психології. — 2010. — Вип. 7. — С. 121-129.
41. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Игры с песком. Практикум по песочной терапии. СПб.: Речь, 2010. 256 с
42. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по креативной терапии. СПб., 2003. 11. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Практикум по сказкотерапии. СПб., 2016. 320 с.
43. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д., Грабенко Т. М. Чудеса на песке. Практикум по песочной терапии. СПб.: Речь, 2005. 340 с. 10.
44. І. А. Марценковський та ін. — К. : Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України, 2016. — 57 с.
45. Казкотерапія як один із методів практичної діяльності психолога: Методичний посібник із дисципліни «Практика психологічного впливу в клінічній психології» для студентів психологічного факультету денної форми навчання спеціальності 6.030102 — психологія, 6.030103 — практична психологія / Герман Н. І., Горобець Т. В. Черкаси: Вид. від. Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького, 2015. 142 с.
46. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії. Львів, 2020. 232 с. 8. Сидоренко Ж.В., Короцінська Ю.А. Мандалотерапія як метод роботи з негативними психоемоційними станами клієнтів. Особистісні та

- ситуативні детермінанти благополуччя особистості в сучасних умовах життєдіяльності : кол. монографія. ДонНУ імені Василя Стуса, 2023. С. 46–85 9.
47. Карамушка, Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати: Метод. рекомендації. [електронний ресурс] / Л. М. Карамушка – Режим доступу: <https://www.academia.edu/81342341> – К. : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. – 52 с. Коваль І. А. Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загальномедичній практиці. / І. А. Коваль // Збірник наукових праць КПНУ ім. І. Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології. – 2015. – Вип. 27. – С. 210–219.
 48. Киселева М. В. Арт-терапия в практической психологии и социальной работе. СПб.: Речь, 2007. 336 с.
 49. Кокун, О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія / О. М. Кокун. – К. : Міленіум, 2004. – 265 с.
 50. Колошина Т. Ю. Арт-терапия. Методические рекомендации. СПб.: П, 2002. 368 с. 191.
 51. Колошина Т. Ю., Трусъ А. А. Арт-терапевтические техники в тренинге: характеристики и использование. Практическое пособие для тренера. СПб.: Речь, 2010. 189 с.
 52. Копчак О.О. Особливості депресивних розладів та когнітивних порушень у хворих із дисциркуляторною енцефалопатією «Ураїнський медичний часопис —2012. 6 (92). — С.129-132.
 53. Корнацький В.М. Хвороби системи кровообігу і психічне здоров'я / В.І. Клименко — К., 2009. — 176 с.

54. Корольчук, В. М. Психологічні детермінанти стійкості особистості до дії стресогенних факторів. / В. М. Корольчук // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2013. – Вип. 14. – Ч. I. – С. 153-162
55. Корольчук, М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: Навч. посібник для студентів вищих навчальних закладів / М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк. – К.: Никацентр, 2006. – 580 с.
56. Кузьменко, К. В. Визначення гострої стресової реакції, що виникла внаслідок надзвичайної ситуації [електронний ресурс] / К. В. Кузьменко, Т. В. Чередниченко – Режим доступу: <https://nuczu.edu.ua/images/tormenu/science/konferentsii/2021/8.pdf#page=191> // Наука про цивільний захист як шлях становлення молодих вчених / Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Черкаси, 2021. – С. 191-192
57. Левін П.А. Зцілення від травми. Вид-во Ростислава Бурлаки, 2022. 156 с.
58. Макаренко, О. М. Гострі Психологічні реакції людини на стресогенні події [електронний ресурс] / О. М. Макаренко, І. В. Федосеева. – Режим доступу: http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/7753/Makarenko_Hostri_psykholohichni_reaktsiyi.pdf // Наукові записки. – Том 47.
59. Маргова М.В. Депрессивные расстройства в сети периферичной медицинской помощи: из «диагностических невидимой» на арену общемедицинской практики / М.В. Маркова // Medix. AntiAging. — 2009. — № 5 (11). — С.18-22.
60. Марута Н.О. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н.О. Марута // Архів психіатрії — 2011. — Т. 17, № 3 (66). — С. 5-8.
61. Марченко Е. Анализ заблуждений относительно метафорических ассоциативных карт как инструмента психологической помощи.

[Электронный ресурс]. – Режим доступа:
https://prap.rv.ua/index.php/prap_rv/issue/view/14/14

62. Мех П.І., Казмірчук А.П., Швець А.В., Кіх А.Ю., Ричка О.В., Чайковський А.Р., Іванцова Г.В., Блінов О.А. Клінічні рекомендації щодо застосування методів психодіагностики та медико-психологічної реабілітації у лікарняних та санаторно-курортних закладах Міністерства оборони України / Мех П.І., Казмірчук А.П., Швець А.В., Кіх А.Ю., Ричка О.В., Чайковський А.Р., Іванцова Г.В., Блінов О.А. / під заг. ред. професора, доктора медичних наук В.В. Стеблюка та доктора медичних наук А.М. Галушки. – К., 2017. – 266 с.
63. Олійник, Ю. О. Домедична психологічна допомога в умовах війни [електронний ресурс] / Ю. О. Олійник, А. С. Романів, Н. М. Параняк. – Режим доступу: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.37.32> // Габітус. Сер. Соціальна психологія. Юридична психологія. – 2022. – Вип. 37. – С. 174-179.
64. Оніщенко, Н. В. Психологічний аналіз основних типів реагування постраждалих на втрату внаслідок надзвичайної ситуації / Н. В. Оніщенко // Проблеми екстремальної та кризової психології. – 2014. – № 15. – С. 175-184.
65. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. / під заг. ред. Л. Царенко – Київ, 2018. – 240 с.
66. Оцінка впливу війни на людей. URL: <https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2023-09/undp-ua-hia-ukr-2.pdf> (дата звернення 28.04 2024).
67. Падун М. А., Удачина Е. Г., Химчян З. Г., Шаталова Н. Е., Щепина А. И. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы.

68. Пилягіна Г.Я. Медична психологія, Вінниця Нова книга, 2020
69. Погорелов, С. В. Проблема переживания личностью последствий экстремального события [электронный ресурс] / С. В. Погорелов, Л. А. Перельгина. – Режим доступа: <https://sci.ldubgd.edu.ua/bitstream/123456789/661/1/sbornikKonfer%20%D0%93%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%B%D1%8C.pdf#page=360> // Материалы Международной научно-практической конференции курсантов (студентов), магистрантов, адъюнктов (аспирантов). – Гомель. – 2015. – С. 362–364.
70. Попова Г.В., Милорадова Н.Э. Метафорические ассоциативные карты как инструмент психологического консультирования. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://docplayer.com/80442071-Metaforicheskie-associativnye-karty-kakinstrument-psiologicheskogo-konsultirovaniya.html>
71. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / за ред. З. Г. Кісарчук. – К. : ТОВ «Видавництво «Логос»», 2015. – 207 с.
72. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Царенко Л.Г.; за ред. З.Г. Кісарчук. К. : ТОВ «Видавництво «Логос»», 2015. – 207 с.
73. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів : навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська. – Луцьк : Вежа-Друк, 2021. – 236 с.
74. Пустовойт М.М., Юрценюк О.С., Іванова Н.М., Пашковський В.М. Теоретико-феноменологічні підходи до вивчення поняття трансформації особистості військовослужбовців внаслідок бойової травми. Клінічна та експериментальна патологія (науково-медичний журнал). Т. XXII. № 3 (85). 2023. С. 62–73.

75. Романовська, Д. Д. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. / Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. – Чернівці: Технодрук, 2014. – 133 с.
76. Самойлова, О. В. Сучасні погляди на проблему розладів адаптації (огляд наукової літератури) [електронний ресурс] / О. В. Самойлова. – Режим доступу: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2018-9-04> // Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2018. – № 1(9). – С. 32-37
77. Слюсаревський М. М. Соціально-психологічний стан українського суспільства в умовах повномасштабного російського вторгнення: нагальні виклики та відповіді [електронний ресурс] / Слюсаревський М. М. – Режим доступу: <https://doi.org/10.37472/v.naes.2022.41> 24 // Вісник Національної академії педагогічних наук України. – 2022. – Т. 4 – № 1.
78. Смирнов, Б. А. Психология деятельности в экстремальных ситуациях. / Б. А. Смирнов, Е. В. Долгополова. – Х. : Гуманитарный Центр, 2007. – 276 с.
79. Судаков, К. В. Индивидуальная устойчивость к эмоциональному стрессу. / К. В. Судаков. – М.: Медицина, 1998. – 344 с.
80. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб. :
81. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2. Бланки методик. – М. : Когито-Центр, 2007. – 77 с.
82. Тарабрина Н. В., Агарков В. А., Быховец Ю. В., Калмыкова Е. С., Макаrchук А. В.,
83. Тарарина Е. Практикум по арт-терапии: шкатулка мастера. К.: АСТАМИР-В, 2017. 224 с. 17. Тарарина Е. Арт-коучинг. Техника пРОСТых решений. Режим доступу: <http://maxima-library.org/mob/b/394848?format=read>

84. Терещук, А.Д. Психоемоційний стан і поведінка військовослужбовців, що повернулися із зони АТО. [електронний ресурс] / А. Д. Терещук. – Режим доступу:<https://core.ac.uk/download/pdf/162002195.pdf> // Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. – 2017. – Том XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 15. – 636 с.
85. Тимченко, А. В. Психологические аспекты состояния, поведения и деятельности людей в экстремальных условиях и методы их коррекции. / А. В. Тимченко – Х. : ХВУ, 1997. – 168 с.
86. Ткачишина О. Р. Адаптаційні ресурси особистості в умовах кризової ситуації [електронний ресурс] / О. Р. Ткачишина. – Режим доступу: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-3.20> // Теорія і практика сучасної психології: збірник наукових праць. – 2020. – № 1 – т. 3. – С. 116 - 120.
87. Ткачук, Т. А. Гендерні особливості копінг-поведінки [електронний ресурс] / Т. А. Ткачук, А. А. Мягих. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2017_4_62 // Молодий вчений. – 2017. – № 4. – С. 259 – 262.
88. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад / В. В. Кравченко, І. Я. Пінчук,
89. Хаустова О О. Сучасні уявлення про психосоматичну медицину// Психічне здоров'я. — 2017. — № 4 (53). — С. 5-11.
90. Чабан О. С. Нейропсихологія системних помилок лікування ПТСР. Слайди виступу /

91. Чабан О.С. Депресивні розлади у пацієнтів похилою віку: проблеми діагностики і терапії / О.О. Хаустова // НейроNews —2014. — Ня 2/1 — С. 14-20.
 92. Чабан О.С. Депрессия / О.О. Хаустова, О.О. Жабенко. — К., 2011. — 120 с.
 93. Чабан О.С. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології / О.О. Хаустова, Я.М. Несторович. — К.: Медхніга, 2010. — 132 с.
 94. Шебанова В. И. Применение метафорических ассоциативных карт в коррекционной работе нарушений пищевого поведения (теория и практика). /
 95. Эверли, Дж. Стресс: природа и лечение : пер. с англ. / Дж. Эверли, Р. Розенфельд. — М.: Медицина, 1985. — 223 с.
-
1. «Когито-Центр», 2007. — 208 с. (Психологический инструментарий).
 2. Ang WHD, Shorey S, Hoo MXY, Chew HSJ, Lau Y. The role of resilience in higher education: A meta-ethnographic analysis of students' experiences. J Prof Nurs. 2021 Nov-Dec;37(6):1092-1109. doi: 10.1016/j.profnurs.2021.08.010
 3. Henderson, P., Rosen, D., & Mascaro, N. Empirical study on the healing nature of mandalas. Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts. 2007. № 1 (3). P.148–154. <https://doi.org/10.1037/1931-3896.1.3.148> 11. Kirschke, W. Strawberries Beyond My Window. Germany : OH Publishing. 2008. 136 p.
 4. Khaustova O. Oepression in eldedy patients // Архів псмхіатрії — 2013. —Т. 19,
 5. Lahad M., Shacham M., Ayalon O. The “BASIC Ph” model of coping and resiliency: Theory, research and cross-cultural application. London, England : Jessica Kingsley, 2013. 288 p.

6. Pascoe, M.C., Hetrick, S.E., & Parker, A.G. The impact of stress on students in secondary school and higher education. *International Journal of Adolescence and Youth*. 2020. № 25 (1). P. 104–112. <https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1596823>

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета суб'єктивної оцінки емоційного реагування на невиліковне захворювання, як психотравмуючу подію

Вкажіть, будь ласка, дані про себе:

Ваше ім'я (псевдонім) _____

Ваш вік _____

Сімейний стан _____

Чи є у Вас діти? (так чи ні) _____

Дайте відповіді на наступні запитання:

1. Де ви дізналися про своє невиліковне захворювання:

- а) в спеціалізованій лікарні (вторинна медична допомога) на базі районного рівня;
- б) в кластерній лікарні (високоспеціалізована медична допомога);
- в) в лікувальному закладі поза межами України.

2. Ваші перші думки після того, як Ви дізналися про стан свого здоров'я

3. Ваші перші почуття / емоції після того, як Ви дізналися про невиліковне захворювання, яке безпосередньо призведе до смерті (можна обрати декілька варіантів):

- а) страх;
- б) паніка;
- в) здивування;

- г) гнів / лють;
- д) шок та заціпеніння;
- е) спустошення;
- є) дезорієнтація;
- ж) спокій та впевненість;
- з) байдужість;

4. Виберіть відповідний Вам варіант:

- а) чому ви вирішили продовжувати лікування вдома під мобільним паліативним наглядом?;
- б) чому ви вирішили продовжити лікування у паліативному стаціонарі?;
- в) чому ви вирішили не продовжувати лікування;
- г) чому саме ви вирішили лікуватися в паліативному стаціонарі?;
- д) чому ви не залишили свій дім.

5. Коли Ви вирішили залишили свій дім, Ви:

- а) поступили на лікування до паліативного стаціонару;
- б) вирішили спочатку пройти додатково дообстеження;
- в) ви вирішили не залишати свій дім.

6. Ваш досвід зіткнення з подіями внаслідок отримання невиліковного діагнозу (можна обрати декілька варіантів):

- а) безпосередню читали про хворобу та її наслідки;
- б) чули / бачили / людей з подібними станами;
- в) намагалися не думати про наслідки захворювання;

- г) знаходились вдома;
- д) зіткнулися з досвідом тяжкої життєвої ситуації вперше;
- е) були свідком проживання подібної події у когось з своїх близьких людей;
- є) втратили близьких;
- ж) близькі вам страждають від невиліковного захворювання;
- з) втратили дохід внаслідок захворювання;
- и) ваш дохід постраждав частково;
- і) втратили роботу повністю;
- й) отримали серйозні порушення здоров'я, які вимагають постійної сторонньої допомоги;
- к) нічого з вищенаведеного.

8. Що з наведеного нижче мало місце у вашому житті в період з початку настання невиліковного захворювання (вкажіть всі відповідні варіанти):

- а) участь у волонтерських проектах;
- б) отримання допомоги та піклування про людей з вашого соціального оточення;
- в) участь у громадських проектах з метою поширення інформації про надання паліативної допомоги;
- г) участь у матеріальних зборах на власні потреби;
- д) нічого з вищенаведеного.





