

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА  
Лабораторія вікової психофізіології  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА  
Кафедра психології  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра акушерства та гінекології

# ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я

Матеріали  
V Всеукраїнської науково-практичної конференції

18 листопада 2020 року

PSYCHE

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА  
Лабораторія вікової психофізіології  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА  
Кафедра психології  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра акушерства та гінекології**

## **ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я**

**Матеріали  
V Всеукраїнської науково-практичної конференції**

**18 листопада 2020 року**

**м. Київ**

УДК 159.922:61(06)

***Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я: [Текст] :***  
*Матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 18 листопада 2020 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилєвої – Київ. 2020. 137 с.*

Збірник містить матеріали і тези доповідей учасників V Всеукраїнської науково-практичної конференції «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я», яка проводилася на базі Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України.

У представлених матеріалах висвітлено широке коло актуальних проблем дослідження феномену здоров'я в сучасній психологічній науці та інших наукових галузях.

Збірник адресований науковцям, викладачам вищої школи, аспірантам, студентам, спеціалістам у галузі психології здоров'я, а також усім тим, хто цікавиться сучасними науковими дослідженнями у галузі психології здоров'я.

***Редакційна колегія***

*А. П. Загнітко, д-р філол. наук, професор, член-кор. НАН України*

*О. М. Кокун, д-р психол. наук, професор, член-кор. НАПН України*

*В. М. Астахов, д-р мед. наук, професор*

*О. В. Бацилєва, д-р психол. наук, професор*

*О. М. Корніяка, д-р психол. наук, професор*

*І. В. Пузь, канд. психол. наук, доцент*

***Рекомендовано до друку на засіданні вченої ради Інституту психології  
імені Г. С. Костюка НАПН України  
(протокол № 12 від 30.10.2020 року)***

**© Інститут психології імені Г. С. Костюка  
НАПН України, 2020**

**© Донецький національний університет  
імені Василя Стуса, 2020**

## **ЗМІСТ**

<b>Абрамов В. В.</b> УЯВЛЕННЯ ПРО ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ТРЕТІЙ ХВИЛІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ	7
<b>Астахов В. М.</b> ПСИХОГЕННІ РОЗЛАДИ ТА ВАГІТНІСТЬ: ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТА ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ	10
<b>Бацилєва О. В.</b> ПСИХОСОМАТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ТА ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ	13
<b>Боженко В. Г.</b> КАТАТИМНО-ІМАГІНАТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСОБИСТОСТІ	16
<b>Болотнікова І. В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ТА ЧИННИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я	18
<b>Бортун Б. О.</b> КОНСТРУКТИВНА КОНФЛІКТНІСТЬ ЯК ПОКАЗНИК ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	19
<b>Васюк К. М.</b> ОСОБЛИВОСТІ НЕВЕРБАЛЬНОГО СУПРОВОДУ НЕПРАВДИВИХ ВИСЛОВЛЮВАНЬ	23
<b>Вовк М. В.</b> ПСИХОЛОГІЧНА СПЕЦИФІКА ПЕРЕЖИВАНЬ ФРУСТРАЦІЙНИХ СИТУАЦІЙ У СТУДЕНТСЬКИЙ ПЕРІОД	25
<b>Воляннюк Н. Ю., Ложкін Г. В.</b> ПРЕВЕНТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФЕСІЙНОГО ДОВГОЛІТТЯ СУБ'ЄКТА ДІЯЛЬНОСТІ	27
<b>Галак М. М.</b> ДЕТЕРМІНАНТИ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ У ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ	30

<b>Горелова Н. С.</b> ПОНЯТТЯ СИНДРОМУ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ»: ІСТОРИКО-ЕТИМОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ	34
<b>Гоцуляк О. В., Шпортун О. М.</b> Я-КОНЦЕПЦІЯ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ СТУДЕНТІВ	36
<b>Гресько І. М.</b> ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ	39
<b>Гуменюк Г. В.</b> РЕСУРСНІСТЬ УЧЕНИХ У ПРОБЛЕМАТИЦІ ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я	42
<b>Гуцол К. В.</b> ЗДАТНІСТЬ ДО САМОПРОЕКТУВАННЯ ЯК РЕСУРС РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ	45
<b>Дзвоник Г. П.</b> ЗДОРОВ'Я ТА ЖИТТЕСТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ	47
<b>Завадська Т. В., Войтович М. В.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВИХОВАТЕЛІВ ДОШКІЛЬНИКІВ ЯК СКЛАДОВОЇ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я	48
<b>Загнітко А. П.</b> МОВНІ ПСИХОТИПИ ОСОБИСТОСТІ: ТИПОЛОГІЯ ТЕКСТОВИХ ЛІНГВОПЕРСОНОЛОГІЙНИХ ВИМІРІВ	52
<b>Зацерковна Ю. С.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРАТЕГІЙ РОЗВ'ЯЗАННЯ МІЖОСОБИСТОСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ У РАННЬОМУ ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ	56
<b>Іваненко Б. Б.</b> САМОРЕГУЛЯЦІЯ ОСОБИСТОСТІ ЯК ЧИННИК ЇЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ	59
<b>Карамушка Л. М., Креденцер О. В., Терещенко К. В., Лагодзинська В. І., Івкін В. М., Ковальчук О. С.</b> ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСВІТНЬОГО ПЕРСОНАЛУ: РІВЕНЬ ВИРАЖЕНОСТІ КОМПОНЕНТІВ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРОФЕСІЙНИМИ ТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИМИ ЧИННИКАМИ	62

<b>Клевака Л. П.</b> ВПЛИВ АРОМАТІВ НА ПІДВИЩЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ	66
<b>Кокур О. М.</b> АНАЛІЗ СУЧАСНИХ НАУКОВИХ УЯВЛЕНЬ ЩОДО ЧИННИКІВ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	69
<b>Корніяка О. М., Петренко І. В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ В КОНТЕКСТІ САМОЗДІЙСНЕННЯ ВИКЛАДАЧА	73
<b>Левченко Д. О.</b> ПРОБЛЕМА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В СУЧАСНОМУ СВІТІ	81
<b>Лефтеров В. О., Цільмак О. М.</b> ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19	84
<b>Мартинець Л. А.</b> ФАСИЛІТАЦІЯ ЯК СУЧАСНА ТЕХНОЛОГІЯ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ВИКЛАДАЧА	87
<b>Миронець С. М.</b> ПРОФЕСІЙНИЙ СТРЕС ТА ЙОГО ПРОЯВИ У ДІЯЛЬНОСТІ РЯТУВАЛЬНИКІВ МІЖНАРОДНИХ ГУМАНІТАРНИХ МІСІЙ	91
<b>Мороз А. П.</b> ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДУ У МОЛОДІ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ	94
<b>Омельчук С. В.</b> ПСИХОМОТОРНА ТЕРАПІЯ: ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ	98
<b>Панасенко Н. М.</b> ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЯК ПРОФЕСІЙНО-ВАЖЛИВА ЯКІСТЬ ЖУРНАЛІСТА	101
<b>Перція Л. В.</b> ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я	103
<b>Пузь І. В.</b> ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ЖІНКАМИ СИТУАЦІЇ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ	106

<b>Резніченко О. О.</b>	109
КЛАСИФІКАЦІЯ ТА ТИПОЛОГІЯ СТРАХІВ ЯК ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТТЯ ДЛЯ ПОШУКУ ЕФЕКТИВНИХ НАПРЯМКВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	
<b>Рудницькая С. Ю.</b>	113
СТАГНУЮЧІ СТРАТЕГІЇ ДИСКУРСИВНОГО КОНСТРУЮВАННЯ ДОСВІДУ ЯК БАР'ЄРИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	
<b>Савченко Т. Л.</b>	117
ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ, МОТИВАЦІЇ, САМОЗДІЙСНЕННЯ ТА ВИГОРАННЯ ВИКЛАДАЧІВ	
<b>Смольсон М. Л., Коваленко-Кобилянська І. Г.</b>	121
СПРИЙНЯТТЯ Й ОЦІНКА ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ В ПЕРІОД ГЕРОНТОГЕНЕЗУ	
<b>Урсані Н.М.</b>	124
ХУДОЖНЯ РЕЦЕПЦІЯ ДЕПРЕСИВНОГО НАСТРОЮ У ЛІРИЦІ БАРОКО	
<b>Шевченко Є. О.</b>	127
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ НА ТЛІ ШТУЧНОГО ТА ПРИРОДНОГО КЛІМАКТЕРІЮ	
<b>Шудрікова Н. В.</b>	129
ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ	
<b>Яланська С. П., Атаманчук Н. М.</b>	132
УМІННЯ ДОЛАТИ СТРЕСИ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЗДОРОВ'Я: РЕСУРС АЕРОАПІФІТОТЕРАПІЇ	
<b>Яремійчук О. В.</b>	134
КРИТИЧНЕ МИСЛЕННЯ В УМОВАХ ПОСТПРАВДИ ЯК РЕСУРС ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАПОЛУЧЧЯ ОСОБИСТОСТІ	

## УЯВЛЕННЯ ПРО ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ У ТРЕТІЙ ХВИЛІ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

**В. В. Абрамов,**

*кандидат психологічних наук, асистент,  
Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка*

Швидкоплинність соціально-політичних та економічних змін, трансформацій у сучасному суспільстві вимагає від особи потужних адаптаційних можливостей, які не завжди в повній мірі забезпечені системами охорони здоров'я та освіти у формі превентивних заходів та освітніх програм з навичок стресостійкості. Мультипарадигмальність сучасного суспільства зумовлює відсутність метанаративу, що може призводити до кризи ідентичності і інтеріоризації зовнішніх конфліктів у площину внутрішнього конфлікту цінностей особи.

Перелічені ознаки сучасного суспільства висувають певні вимоги до психологічного консультування та психотерапевтичної практики. Їх вирішення в межах різних психотерапевтичних підходів імпліцитно містить уявлення про критерії психологічного благополуччя особи. Розвиток психотерапевтичних підходів з одного боку відображає відповіді на суспільні запити, з іншого – логіку розвитку власних ідей в межах теоретичних положень певних шкіл.

Одним з найбільш поширених сучасних методів психологічного консультування та психотерапевтичної допомоги є когнітивно-поведінкова психотерапія. Вона включає підходи, пов'язані загальними принципами. Разом з тим, в її межах вирізняються окремі напрями підходів, об'єднані С. Хейсом у три «хвилі» когнітивно-поведінкової терапії (Hayes S. C., 2004). В їх межах відбувається зміна поглядів на психологічне благополуччя особи.

Метою даної роботи є проаналізувати основні теоретичні положення та практичні принципи підходів третьої хвилі когнітивно-поведінкової психотерапії щодо досягнення психологічного благополуччя особи та порівняти їх з критеріями психологічного благополуччя, сформульованими в підходах другої хвилі когнітивно-поведінкової психотерапії.

До третьої хвилі фахівці відносять ряд підходів, які так чи інакше використовують концепт майндфулнес (mindfulness). Цей термін важко однозначно перекласти українською. Найбільш на даний момент вживаним є переклад «усвідомлюваність», також можливим перекладом може бути «уважність». Майндфулнес – здійснена Дж. Кабат-Зінн адаптація медитативних технік східної філософії, що пропонують тренувати увагу задля безоціночного споглядання за дійсністю, що відбувається тут-і-зараз (Kabat-Zinn J., 2005).



На сьогоднішній день можна виділити три підходи до концептуалізації майндфулнес (Холмогорова А. Б., 2016):

- медитативний майндфулнес (meditative mindfulness) – усвідомленість, що виникає в результаті безоціночної концентрації уваги на поточний момент;
- соціо-когнітивний майндфулнес (socio-cognitive mindfulness) – процес відкриття (усвідомлення) нових і нових деталей в результаті концентрації уваги на теперішній момент і чутливості до контексту;
- відсторонений майндфулнес (detached mindfulness) – відсторонене усвідомлення внутрішнього життя, яке супроводжується повною зупинкою переробки внутрішнього досвіду, передбачає припинення занепокоєння, румінації, спроб придушення думок, контролю, моніторингу загрози, уникнення або інших спроб контролю думок.

Основними ознаками, що об'єднують ці підходи, є уявлення про думки та емоції як об'єкти внутрішнього світу людини та дистанціювання від них. При цьому медитативний майндфулнес наголошує на необхідності концентрації на моменті тут-і-зараз та якнайглибшому усвідомленні дійсності, а відсторонений майндфулнес – ні.

Варто зазначити певне протиріччя: терапії другої «хвилі», а саме – класична когнітивна терапія А. Бека та раціонально-емоційно-поведінкова терапія А. Елліса пропонують активну конфронтацію з негативними думками, їх спростування та зміну на ті, що відповідають реальності; терапії третьої хвилі навпаки – дистанціювання від негативних думок та спостереження за ними. Попри це протиріччя, варто зазначити, що позиція «спостерігача» за власними думками описана А. Беком у формі необхідності вміння ідентифікації власних автоматичних думок, якому навчають клієнта на початках терапії, тому можна говорити про деяку зміну акцентів та розвиток імпліцитно закладених ідей (Бек Д., 2017).

Теоретичні моделі, які містять концепт майндфулнес, відрізняються в різних підходах третьої хвилі.

Так, в терапії прийняття і відповідальності (Acceptance and commitment therapy) С. Хейса використовується концепт психологічної гнучкості, що на противагу негнучкості призводить до психологічного благополуччя особи (Harris R., 2019). Складовими психологічної гнучкості є контакт з моментом теперішнього замість концентрування лише на минулому чи майбутньому; прийняття важких емоцій та станів замість спроб боротьби з ними чи їх уникання; дистанціювання від думок замість злиття з ними; розуміння власних внутрішніх подій – думок, емоцій як контексту, в якому відбувається життєдіяльність; усвідомлення власних цінностей та, як наслідок, вчинки у відповідності до них.

Філософською основою терапії прийняття і відповідальності є функціональний контекстуалізм. Її теоретичною основою – Теорія реляційних фреймів (relational frame theory) – поведінкова теорія мови і когніцій. В рамках цієї теорії мова розглядається як вивчена поведінка, спрямована на побудову і

реагування на відносини між об'єктами і подіями, заснованими на соціальних контекстах.

В Метакогнітивній терапії А. Веллса, іншого представника третьої хвилі, ключовим чинником процесу переживання є метакогніції – переконання про процес мислення та цінність окремих думок (Wells A., 2011). Метакогніції є «диригентом» мислення - моніторять, контролюють і оцінюють його процес.

Метакогніції поділяються на позитивні та негативні. Позитивні стверджують про цінність певного стилю мислення або переживання, наприклад: «звертати увагу на загрозу корисно», «хвилюючись про майбутнє, я можу позбутися небезпеки», «якщо я хвилююсь про когось, значить я його люблю». Негативні метакогніції стверджують про небезпеку, неконтрольованість думок тощо, наприклад: «я не контролюю свої думки, тривогу», «я можу пошкодитися розумом від тривоги», «якщо я буду думати про щось, то зроблю це поза своєю волею», «неможливість щось згадати свідчить про травму голови».

Неадаптивні метакогніції призводять до «когнітивного синдрому уваги» - тривоги, румінації, фіксуванню уваги на думках та переживанні та дисфункціонального копінгу, метою якого є посилити, придушити, або змінити певні думки. Адаптивними метакогніціями є розуміння, що думки це лише думки, автоматизми мозку, ідеалом сприйняття яких є відсторонений майндфулнес.

На відміну від підходів другої хвилі, в яких постулюється необхідність зміни змісту когніцій та максимального приведення їх у відповідність до реальності, в третій хвилі відбувається відмова від роботи зі змістом переконань особи.

Ідеалом психологічно благополучної особи в терапіях другої хвилі вважалося постійне тестування реальністю власних припущень, особливо катастрофічних, негативно емоційно забарвлених. Згідно з поглядами представників другої хвилі людина має бути дослідником в розумінні позитивних наук, тобто ставити гіпотези та перевіряти їх. Відповідно, чим більше думки людини позбавлені інтерпретацій та відповідають реальності – тим щасливішою має бути людина.

Ідеалом психологічного благополуччя особи в терапіях третьої хвилі є зайняття нею позиції спостерігача за подіями власного внутрішнього світу і не реагування на них. Це збагачує різноманіття технік роботи практичного психолога та психотерапевта і дозволяє працювати не тільки зі змістом переживання, а також і з його процесом. Доречно навести цитату С. Хейса, який говорить, що біль не дорівнює стражданню. Емоції, почуття, думки, фізичний біль стає стражданням тоді, коли ми починаємо румінувати щодо нього. Відповідно особа з депресивними переживаннями відрізняється від людини без таких тим, що вона звертає увагу на негативно забарвлені думки і надає їм появи певного сенсу, мовою метакогнітивної терапії – формує про них позитивну або негативну метакогніцію.

В цьому аспекті третя хвиля когнітивно-поведінкової терапії в більшій мірі відповідає парадигмі постструктуралізму та постмодерністському мисленню – відсутності метанаративу та рівноправності різних уявлень про реальність. Критерій реальності замінюється критерієм корисності – в різних контекстах одна і та сама думка може бути адаптивною або ні. Особі пропонується перейти у метапозицію, дистанціюватись від власних «подій внутрішнього світу» і обрати адаптивний в даний момент зміст мислення.

Займання даної позиції вимагає від особи розвинутої «здорової дорослої частки (субособистості)» в термінах схема-терапії Д. Янга. Така частка має бути в контакті з часткою «вразливої дитини» – емоціями особи, дбати про неї та здійснювати доцільні дії з турботи про неї. В терапії прийняття і відповідальності С. Хейса це відображено у необхідності усвідомлення особою власних цінностей та слідуванню ним у повсякденних вчинках попри контекст «подій внутрішнього світу» особи – її страхів, думок тощо.

Отже попри деяке протиріччя погляди на психологічне благополуччя у підходах третьої хвилі є еволюцією поглядів другої хвилі та доповнюють і збагачують їх.

## **ПСИХОГЕННІ РОЗЛАДИ ТА ВАГІТНІСТЬ: ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ ТА ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ**

**В. М. Астахов,**  
*доктор медичних наук, професор,  
завідувач кафедри акушерства та гінекології,  
Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Період вагітності і післяпологовий період вважається часом підвищеного ризику розвитку різного роду психогенних розладів, оскільки є кризовим, переломним, а значить потенційно стресогенним, періодом в житті жінки, який висуває підвищені вимоги до її функціонування не тільки на фізіологічному, але й на психологічному і соціальному рівнях. У цей період організм жінки піддається глобальній перебудові, що може привести до порушення нейроендокринної регуляції, зниження рівня передачі нервових імпульсів в центральній нервовій системі, і, як наслідок, до переживання різних форм психогенних розладів, при цьому психоемоційний стан жінок відображає працездатність і адаптивні можливості функціональних систем, не тільки під час вагітності, але і під час пологів і в післяпологовому періоді.

В етіопатогенезі розвитку психогенних розладів провідна роль належить хроніостресу, як стану, що виникає внаслідок тривалого впливу стресогених факторів і характеризується різким зниженням функціональних можливостей систем організму, аж до їх дезорганізації. Наявність хроніостресу під час вагітності також негативно впливає на процес розвитку плоду та призводить

до затримки його внутрішньоутробного розвитку, народженню плоду з низькою масою тіла, загрози переривання вагітності та передчасних пологів. Основним чинником порушення розвитку плоду в умовах хроніостресу матері є надмірна активація її гіпоталамо-гіпофізрно-надниркової системи (ГГНС) зі стійким підвищенням рівня глюкокортикоїдів, що призводить до пригнічення проліферації нейронів гіпокампу та порушення ГГНС плода. Враховуючи, що умови існування плода у пренатальному періоді визначають його стрес-резистентність у подальшому житті, а також той факт, що гіпокамп та префронтальна кора головного мозку є структурами, критично важливими для контролю емоцій та розвитку когнітивних функцій (Резніков О. Г., Пишак В. П. та ін., 2004; Резніков О. Г., 2016), цілком очікуваним є негативний вплив хроніостресу вагітної на подальший розвиток дитини вже у постнатальному періоді, що позначається проявом у неї депресії, аутизму, порушення фізичного і психічного розвитку, гіперактивності, агресивної поведінки та насильства (Астахов В. М., Бацилєва О. В., Пузь І. В., 2013).

Хроніострес під час вагітності може передувати розвитку депресії (допологової депресії) як психічного розладу, характерними ознаками якого є погіршення настрою, втрата здатності до переживання позитивних емоцій, порушення когнітивних процесів, а також зниження рухової активності на тлі втрати інтересу до звичної діяльності і життя в цілому. Аналіз результатів досліджень показує, що різні прояви депресії у вагітних спостерігається у 14-23% випадках вагітностей (Бюлетень WHEC, 2020).

Факторами, що сприяють розвитку депресії під час вагітності та у післяпологовому періоді є лабільність нервової системи; наявність хроніостресу у прегравідарному періоді; генетична схильність до депресії; перенесена в минулому депресія; вік жінки; ускладнення під час попередньої вагітності, перинатальні втрати в анамнезі; патологічний перебіг вагітності і пологів; відсутність підтримки з боку батька дитини і сім'ї в цілому; нераціональне застосування фармакологічних препаратів; небажана, випадкова вагітність.

Переживання депресивних станів під час вагітності на фізіологічному рівні обумовлює активацію симпатoadреналової системи, що призводить до підвищення тону судин, зміни їх проникності, підвищення артеріального тиску, посилення маткових скорочень, появі больових відчуттів, часто призводить до розвитку пізнього гестозу, загрози передчасних пологів, порушення динаміки родової діяльності та атоничним кровотечам. На психологічному рівні допологова депресія підвищує ризик виникнення депресії в післяпологовому періоді, а також розвитку девіантної материнської поведінки.

Слід зазначити, що різні варіанти прояву післяпологових психогенних розладів, відзначаються до 85% загальної кількості пологів і характеризуються різкою зміною настрою, від ейфорії до вираженої смутку, які зазвичай самостійно зникають протягом 2-3 днів післяпологового періоду, або потребують виключно психологічного супроводу (так званий baby blues);

власне післяпологові депресії зустрічаються у 12-15% породіль, є більш тривалими, до 3-6 місяців, та потребують відповідного медико-психологічного супроводу (власне післяпологові депресії). Окремо слід відмітити, що до 70% випадків допологових депресій трансформуються у післяпологові депресивні розлади (Влох С. Р., Білобрівка Р. І. та ін., 2015).

Серед основних симптомів післяпологової депресії спостерігаються тривога; роздратування; печаль; пригніченість; плаксивість; порушення апетиту і сну; почуття провини; замкнутість; втрата інтересу до життя, аж до суїцидальної поведінки. Чинниками таких провів є: почуття втоми після пологів; збільшення навантаження у зв'язку з народженням дитини; відчуття пригніченості у зв'язку з необхідністю догляду за дитиною і сумніви у власній материнській компетенції; проблеми із здоров'ям дитини, зміна звичного режиму життєдіяльності; виникнення почуття втрати індивідуальності та привабливості; дефіцит спілкування з близькими людьми.

Післяпологовий психоз як психічний розлад, що супроводжується порушенням вищої нервової діяльності, зустрічається у 0,1-0,2% випадків всіх пологів та потребує відповідного лікування (Анчева І. А., 2017). Причинами розвитку післяпологового психозу можуть стати обтяжений анамнез та патологічні пологи, в першу чергу антенатальна загибель плоду, смертю дитини в ранньому неонатальному періоді, оперативне розродження, важкі пологові травми, велика крововтрата, септичні процеси після пологів.

Не можна не відмітити, що післяпологові психогенні розлади спостерігаються не тільки у породіль, а можуть розвиватися й у новонароджених та їх батьків. Так, серед депресивних проявів у новонароджених виокремлюють: зниження апетиту, розлади харчування, затримку прибавки ваги, моторну загальмованість, плаксивість, затримку психоемоційного і загального розвитку. Провідними чинниками таких розладів вважаються спадковість, розрив емоційних зв'язків з матір'ю, неблагополучні обставини в сім'ї. Депресивні розлади у чоловіків після народження дитини розвиваються у 3-10% випадків та можуть спостерігатися протягом року. Серед основних проявів – зниження самооцінки, дратівливість, зниження настрою, пригнічення, розгублення, роздратованість, агресія; чинниками таких проявів вважаються побоювання чоловіків щодо власної батьківської некомпетентності, хвилювання через недостатньо розвинуті батьківські почуття на ранніх стадіях; виникнення ревностей через відчуття втрати уваги до себе з боку дружини, підвищення вимог щодо відповідальності, у тому числі фінансової.

На нашу думку, ефективним методом вирішення окресленої проблеми є впровадження у роботу медичних закладів, у першу чергу жіночих консультацій, комплексної програми медико-психологічного супроводу, спрямованої на роботу з майбутніми батьками, починаючи з ранніх етапів вагітності і навіть з догравідарного періоду (Астахов В. М., Базилиева О. В., Пузь І. В., 2018). Слід зазначити, що у такій роботі провідне місце займає програма психодіагностики, яка включає до себе діагностику індивідуально-

психологічних особливостей та психоемоційної сфери особистості, ставлення до ситуації вагітності, майбутньої дитини та батьківства у цілому, а також особливості внутрішньосімейних взаємин. Така психодіагностична робота дозволяє виокремлювати групи ризику та реалізовувати індивідуальний підхід задля попередження та ранньої корекції психогенних розладів. Отже, виходячи з вищевикладеного, стає зрозумілим, що попередження психогенних розладів під час вагітності та післяпологовому періоді є актуальною не тільки медичною, а й психосоціальною проблемою, оскільки дозволяє знизити ризик розвитку різноманітних ускладнень, особистісних та внутрішньосімейних розладів, що, безумовно, сприятиме подальшому благополучному особистісному функціонуванню майбутніх батьків та новонародженої дитини.

## **ПСИХОСОМАТИКА БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ: ОСОБЛИВОСТІ ЕТІОПАТОГЕНЕЗУ ТА ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ**

**О. В. Бацилєва,**  
*доктор психологічних наук, професор,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

Проблема вивчення особливостей функціонування особистості в умовах різних соматичних змін сьогодні не тільки не втратила своєї актуальності, а й набула нового забарвлення у світлі сучасних уявлень про психологічний та соціальний аспекти здоров'я, шляхи його збереження та оптимізації. Здоров'я взагалі, і репродуктивне здоров'я зокрема, сьогодні розглядається як вагома складова не тільки соматичного, а й психологічного та соціального благополуччя особистості.

Відомо, що реакціями на будь-які фізіологічні чи патологічні зміни в організмі є певні суб'єктивні відчуття, розуміння й оцінка процесів, що відбуваються, а також ставлення індивіда до них. Одним з найбільш яскравих прикладів розвитку таких змін є реакція на біль, який майже завжди супроводжує захворювання жіночої репродуктивної системи (запальні захворювання, спайкова хвороба, патологія менструальної функції, ендометріоз, новоутворювання тощо) (Венцківський Б. М., 2015; Яроцька О. Л., 2016; Graziottin A., Gambini D., 2015). З іншого боку, слід зазначити, що більшість патологічних процесів у жіночій репродуктивній системі, які супроводжуються болем, не є суто медичною проблемою, маючи виразне психосоціальне забарвлення, оскільки призводять до таких проблем, як безпліддя, сексуальна дисфункція, зниження загального самопочуття, втрата працездатності, що, в свою чергу, може сприяти розладу

міжособистісних взаємин, появи внутрішньосімейних дисфункцій, загостренню демографічні проблеми.

Дослідженню болі, як складного психосоматичного процесу при порушеннях життєдіяльності організму на соматичному та психічному рівнях присвячено цілий ряд досліджень в різних галузях, оскільки вчення про біль є мультидисциплінарною проблемою та посідає одне з провідних місць у медицині, психології, біології, фізіології та інших науках. З точки зору психосоматики, біль є своєрідним психічним станом людини, який обумовлений сукупністю фізіологічних процесів центральної нервової системи, що викликані будь-яким надмірним чи руйнівним подразником; при цьому загальнобіологічне значення болю – попередження про загрозу небезпеки, сигнал патологічних процесів, що мають місце в різних частинах організму. Зміни, які відбуваються на рівні всіх систем організму при виникненні болю різних видів, підпорядковуються однаковим закономірностям та характеризуються схожими об'єктивними якісними і кількісними показниками, але суб'єктивна реакція на наявність больових відчуттів є дуже різною, що відіграє значну роль не тільки в особливостях їх переживання, а й перебігу патологічного процесу в цілому. Етіопатогенетично біль є складним феноменом, яке завжди має емоційне забарвлення і може формуватися навіть при відсутності аферентного больового подразнення з периферії. На будь-яке больове подразнення організм відповідає миттєвою реакцією, яка реалізується на рівні, насамперед, спинного мозку з участю у цьому процесі низки церебральних систем стовбура мозку, таламуса, лімбіко-ретікулярного комплексу, кори великих півкуль. Будучи найбільш розповсюдженою скаргою серед жінок з патологією репродуктивної системи, біль є дуже неспецифічним симптомом, оскільки анатомічно в ділянці малого тазу концентрація чутливих гангліїв вегетативної нервової системи є досить малою і сенсорні імпульси одразу від декількох органів поступають в один і той же сегмент спинного мозку та погано диференціюються у центральній нервовій системі (Бацилєва О. В., 2011).

Отже, біль є сенсорною реакцією з наступним включенням вегетативно-ендокринних, емоційно-мотиваційних, поведінкових факторів, які виникають при порушенні цілісності організму; завжди емоційно забарвлений та залежить від характеру пошкодження та властивостей больового порогу.

З точки зору психосоматики, виокремлюють два принципово різні види болю: гострий та хронічний, які мають різне фізіологічне значення та клінічні прояви, в їх основі лежать різні патофізіологічні механізми, вони по-різному відбиваються на психічному стані та психосоціальній адаптації особистості. Так, гострий біль зазвичай безпосередньо пов'язаний з пошкодженням поверхневих та глибоких тканин; найчастіше носить локальний характер; його тривалість визначається часом дії пошкоджуючого фактору; достатньо ефективно може бути ліквідований; зазнає незначної інтрапсихічної переробки та є менш впливовим на загальне функціонування особистості. На відміну від гострого, хронічний біль продовжується більше трьох місяців; з часом

перестає залежати від основного захворювання чи дії пошкоджуючого чинника та розвивається за своїми власними особливими законами; лікування не приводить до повного позбавлення від болю та відновлення здоров'я; зазнає значної інтрапсихічної переробки та має розглядатися в рамках концепції про хворобу, а особливості психологічного реагування жінки на його наявність – з позицій соматонозогнозії, становлення та розвиток якої характеризується трьома етапами – сенсологічним, оцінним та етапом ставлення до соматичних змін, які розглядаються у взаємозв'язку з різними рівнями особистості (біологічним, індивідуально-психологічним, соціально-психологічним).

В практичній діяльності лікаря акушера-гінеколога найбільш складними є діагностика механізму болю та оцінювання його інтенсивності, без чого є неможливим формування адекватної схеми лікування та вибір ефективних методів його подолання. Окремою проблемою стає оцінювання особливостей болю, оскільки реакція на біль, як зазначалося, є завжди суб'єктивною і не може бути достовірно оціненою без допомоги та певних зусиль з боку самої пацієнтки.

Отже, сучасні наукові досягнення у галузі вивчення психосоматичних аспектів болю, а також багаторічний досвід практичної роботи у цьому напрямку дозволив запропонувати програму психодіагностики, в межах комплексного медико-психологічного супроводу гінекологічних хворих, застосування якої спрямоване на оптимізацію лікувального процесу з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей та суб'єктивного реагування пацієнток на наявність та перебіг захворювання (Астахов В. М., Бацилева О. В., Пузь І. В., 2018). До такої програми увійшли: візуальна аналогова шкала (ВАШ) та бальна система оцінювання інтенсивності болю; оцінка стану вегетативної нервової системи за О. М. Вейном; автоматизована система дослідження психоемоційної сфери з виявленням психоемоційного напруження різного ступеню; опитувальник оцінювання якості життя, адаптований для гінекологічних хворих. Впровадження апробованого комплексу методик дозволяє більш об'єктивно оцінювати характер больового синдрому у жінок з патологією репродуктивної системи, що сприятиме підвищенню ефективності його контролю та корекції.

Підсумовуючи вищевикладене, можна зробити висновок, що аналіз будь-якого больового синдрому у жінок з захворюваннями репродуктивної системи має включати до себе розуміння щодо наявності не тільки фізичного, а й психологічного та соціального його компонентів. Зневаження принципами такого комплексного підходу до обстеження та ведення жінок з проявом болю є головною причиною неправильного оцінювання характеру больового синдрому, ускладнює його контроль та корекцію, а також призводить до неможливості ефективної адаптації організму до змін, що мають місце.

Актуальним і доцільним є подальший пошук теоретично та клінічно обґрунтованих підходів до вивчення даної проблеми з метою розробки та впровадження сучасних психопрофілактичних та реабілітаційних заходів, спрямованих на профілактику порушень діяльності функціональних систем,



адекватної та своєчасної корекції змін, що відбуваються, покращення фізіологічної і психосоціальної адаптації жінки та збереженні її репродуктивного здоров'я.

## **КАТАТИМНО-ІМАГІНАТИВНА ПСИХОТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСОБИСТОСТІ**

**В. Г. Боженко,**

*завідувач навчальної лабораторії, асистент кафедри психології,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

Однією із сучасних тенденцій розвитку психологічних досліджень є прагнення вчених до забезпечення інструментального поповнення психологів-практиків методами, які дають змогу ефективно здійснювати діагностику та корекцію внутрішньої проблематики об'єкта психологічного впливу. Найважливішим завданням психології є надання допомоги людині в самоактуалізації та самореалізації її внутрішнього потенціалу, у досягненні гармонії її внутрішнього світу, поліпшенні суб'єктивного самопочуття і зміцненні психічного здоров'я. Одним зі способів за допомогою якого можна досягти особистісного зростання є застосування психокорекційних методів, зокрема методу кататимно-імагінативної психотерапії, який допомагає пропрацювати проблеми особистості та сприяє її всебічному розвитку.

Кататимно-імагінативна психотерапія (КІП, символдрама) – психодинамічний метод, який був заснований німецьким психотерапевтом Х. Льойнером в 40-50 рр. минулого століття і який, показавши високу ефективність у психотерапії неврозів, порушень, пов'язаних із невротичним розвитком особистості та психосоматичних захворювань, в 1995 році був впроваджений у психотерапію як науково обґрунтований метод. Появі символдрами як самостійного методу в психотерапії передувала тривала експериментальна робота, проведена Х. Льойнером на базі клініки нервових хвороб Марбурзького університету (Х. Льойнер, 2007).

Аналіз наукової психологічної літератури (Д. В. Винникотт, О. Кернберг, Й. Ліхтенберг, К. Г. Юнг та інші) показав, що застосування символдрами як методу корекції поведінки є поширеним у зарубіжній психологічній літературі. При цьому кататимно-імагінативна техніка розуміється як клінічно високоефективна терапія при неврозах, невротичних розладах особистості, депресивних та психосоматичних захворюваннях (Я. Л. Обухів, 2005).

Дослідженням кататимно-імагінативної техніки в зарубіжній психологічній науці займалися різні науковці, а саме: у галузі гештальтпсихології (Л. Перлз, Ф. Перлз, П. Гудман та інші), з позиції

експериментальної психології (Е. Вільке), когнітивної психології (Дж. Андерсон, Е. Нойман, Ч. Фолкер та інші). Згідно сучасних уявлень науковців, що досліджують метод, його ключовими теоретичними положеннями є наступні: у якості основної детермінанти особистісного розвитку та поведінки розглядаються неусвідомлювані психічні процеси (несвідомі фантазії, потяги, конфлікти та механізми захисту); метод базується на теоретичному фундаменті класичного психоаналізу та його сучасного розвитку; КІП відрізняється від інших напрямків психодинамічної психотерапії роботою з образною сферою людини; специфічним для цього методу є особлива форма уявлення образів – імагінації, в яких у символічному вигляді представлені інтерналізовані конфлікти людини та патерни її об'єктних стосунків (З. Г. Кісарчук, 2014).

Слід зазначити, що у фізіології та психофізіології символдрама аналізується як процес створення зорового образу, який допомагає на клітинному рівні боротися з хворобами за допомогою опрацювання конфлікту як на символічному рівні, так і в ході психотерапевтичної бесіди (З. Г. Кісарчук, Т. П. Юрченко). Символдрама застосовує особливий метод роботи з уявою, який дозволяє робити наочними несвідомі бажання людини, її фантазії, конфлікти й механізми захисту, об'єктні стосунки, особливості опорів та перенесення. Цей метод передбачає роботу з образами, малюнками, символами та їх аналітичне опрацювання (Х. Хеннинг, 1998).

Дієвими факторами КІП вважаються: дозоване самим клієнтом розкриття несвідомої проблематики; мікрокатарсис; пробні дії на фантазійному рівні; стимуляція креативних (пов'язаних із фантазією) здібностей; задоволення базових потреб на символічному рівні; актуалізація інфантильних травматичних сцен, пропрацювання конфлікту.

За ефективністю і швидкістю досягнення терапевтичного ефекту символдраму можна порівняти з сучасними методами поведінкової терапії. Зокрема, при корекційній роботі з фобіями, ефективно застосовується покрокове «декондиціонування», що нагадує методи поведінкової терапії. Проходячи психотерапію за методом символдрами, клієнт не лише позбувається симптому, а й набуває глибинного досвіду самостійного подолання своїх внутрішніх труднощів і конфліктів (Я. Л. Обухів, 2005) .

Символдрама дозволяє працювати у трьох «вимірах»: з актуальним станом клієнта, з переживаннями минулого і на перспективу – через розвиток творчого потенціалу особистості. Метод успішно використовується в індивідуальній та груповій роботі, у психотерапії та консультуванні, роботі з парами, дітьми, батьками, а також добре поєднується з іншими не директивними психотерапевтичними підходами – клієнт-центрованою, тілесно-орієнтованою, танцювально-руховою терапією, арт-терапією та ін.

Підсумовуючи, можна зробити висновок, що кататимно-імагінативна є ефективним методом психокорекції на основі роботи з уявою з метою наочної демонстрації несвідомих бажань, фантазій, конфліктів і механізмів захисту клієнта, ефективна у роботі з актуальним та кризовими станами,

внутрішньоособистісними та міжособистісними конфліктами, проблемами адаптації та соціалізації, проблемами сексуального характеру, а також стратегіями самореалізації та досягнення життєвого успіху особистості.

## ОСОБЛИВОСТІ ТА ЧИННИКИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я

**І. В. Болотнікова,**

*кандидат психологічних наук,*

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Дослідження феномену «професійного здоров'я» об'єднує проблематику двох галузей психологічної науки: психології здоров'я і психології праці. Психологія здоров'я являє собою сукупність накопиченого досвіду і наукових знань про процеси психологічного характеру, що впливають на фізичний стан особистості і сприяють його поліпшенню. Психологія праці досліджує психологічні особливості праці як специфічної людської діяльності і розглядає особистість як її суб'єкт.

Поява поняття «професійне здоров'я» обумовлена необхідністю вивчення можливостей людського організму щодо виконання певного набору та обсягу професійних дій, а також визначення певних критеріїв здатності людини ефективно здійснювати дії, що є властивими для певної професійної діяльності. Великої уваги при цьому надається збереженню як фізичного, так і психологічного здоров'я індивіда в процесі професійної діяльності, що, в свою чергу, є важливою умовою її тривалості та ефективності.

Проблему професійного здоров'я вивчали і вивчають багато вітчизняних і зарубіжних вчених, однак, досі не існує якогось одного фундаментального визначення даного поняття. Зазвичай під ним розуміють збереження фізичного та психологічного здоров'я людини, що працює за обраною професією.

Проаналізуємо основні особливості професійного здоров'я.

1. Воно характеризується взаємовідносинами індивіда з навколишнім соціальним і робочим середовищем, а також висвітлює відповідність психофізіологічних можливостей особистості вимогам певної професійної діяльності.

2. Здатність людини відновлювати пошкоджені функції власного організму під час трудової діяльності відповідно до умов і режиму її роботи є важливим чинником її професійного здоров'я.

3. Професійне здоров'я є відображенням ступеня соціальної самореалізації людини, а також є одним з важливих чинників ефективності її праці за обраною професією.

4. Поняття професійного здоров'я передбачає безпеку професійної діяльності, збереження психологічного і фізичного здоров'я, а також професійного довголіття фахівця.

Розглянемо чинники, що обумовлюють ступінь професійного здоров'я:

- Психологічний та фізичний стан здоров'я особистості і вплив на нього робочих умов;
- відповідність індивідуальних психофізіологічних особливостей та здібностей специфіці обраної професії;
- відповідні умови професійної діяльності (дотримання режиму праці та відпочинку, організація робочого місця, відповідність професійної діяльності нормам безпеки праці, тощо);
- ступінь фізичної та психологічної адаптованості особистості до фізичних умов праці, набору вимог до певної професійної діяльності та до соціального оточення;
- внутрішня позитивна мотивація у професійній діяльності, прагнення до саморозвитку;
- наявність психологічної підтримки з боку колег, рідних і практичних психологів, створення доброзичливої атмосфери в робочому колективі;
- орієнтованість на здоровий спосіб життя.

Професійне здоров'я має тісний зв'язок з якістю та ефективністю професійної діяльності, особистісними якостями, що є важливими для реалізації в професії, професійною придатністю і працездатністю, а також є важливим чинником професійного самоздійснення.

## **КОНСТРУКТИВНА КОНФЛІКТНІСТЬ ЯК ПОКАЗНИК ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ**

**Б. О. Бортун,**

*аспірант кафедри психології і педагогіки,*

*Національний технічний університет України*

*«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»*

Дослідження проблеми психологічного здоров'я передбачають індивідуально-психологічні характеристики особистості, що пов'язані зі здатністю та готовністю людини попереджати й вирішувати конфлікти. Стан психологічного здоров'я особистості безпосередньо пов'язаний із впливом оточення та має «миготливу природу», тобто здоров'я та нездоров'я одночасно присутні у вигляді суперечливих суб'єктивних тенденцій і смислових змістів, кожна з яких може бути домінуючою в окремі моменти життя. Характер ставлення до життя та до інших людей є відображенням психологічного здоров'я особистості.

Перед тим, як заглиблюватися в психологічні нюанси конструктивної конфліктності як показника психологічного здоров'я особистості, слід визначитися із вихідними позиціями.

У сучасній науці поняття «здоров'я» і дотепер не має загальноприйнятого уніфікованого тлумачення, характеризується багатозначністю та неоднорідністю складу. Згідно визначенню, що подано в преамбулі Уставу ВООЗ, здоров'я – це такий стан людини якому властиві не лише відсутність хвороби та фізичних дефектів, але й повне фізичне, душевне та соціальне благополуччя.

Теоретичний аналіз показав, що здоров'я – це одночасно стан і складний динамічний процес, що включає дозрівання та зростання фізіологічних структур і роботу організму, розвиток і функціонування психічної сфери, становлення, самовизначення й позиціонування особистості. Людина може бути здоровою лише за певних умов життя.

Розгляд поняття «здоров'я» є не можливим поза вивченням самої людини. Людина – явище багатопланове й репрезентує собою складну різнорівневу систему. Здоров'я є інтегральною характеристикою функціонування та розвитку людини. Аналіз наукової літератури дозволяє виділити такі рівні здоров'я: фізичне, соціальне, психічне, психологічне. Здоров'я – явище цілісне й виділення окремих складових має умовний характер, і в концептуальному плані допустимо лише тією мірою, в якій кожен рівень виділення розуміється як випадок розгляду цілісного феномена під певним кутом зору. Щодо фізичного здоров'я розбіжностей немає, воно обумовлено морфофункційними особливостями й властивостями організму.

Соціальне здоров'я характеризує адекватність сприйняття людиною соціальної дійсності. При визначенні психічного та психологічного здоров'я існують різні точки зору. Психічне здоров'я – це такий стан психіки, що характеризується цілісністю й узгодженістю всіх психічних функцій організму. Психологічне ж здоров'я забезпечує гармонію між людиною та суспільством (Ложкін Г. В., Волянчук Н. Ю., 2019).

Поняття «психологічного здоров'я» фіксує суто людських вимір, по суті, є науковим еквівалентом здоров'я духовного. Проблема психологічного здоров'я – це питання норми та патології у духовному розвитку особистості людини. Критеріями, що визначають психологічне здоров'я є спрямованість розвитку та характер актуалізації людського в людині (Шувалов А. В., 2009).

Головна ідея (завдання) даної публікації – теоретично обґрунтувати можливість виокремлення конструктивної конфліктності в якості показника психологічного здоров'я особистості.

Професійне становлення сучасної молоді відбувається в складних соціально-економічних умовах, опинившись під різнобічним пресингом не тільки національних, але й світових тенденцій, вона несе на собі відбиток майнової диференціації та різних можливостей. Це підсилює протиріччя між об'єктивними умовами статусної ієрархії, приналежності до соціальної групи й суб'єктивною думкою молоді людини про своє місце в соціальній

структурі. Їх настрої нестійкі, маятник їх коливань має надзвичайно широку амплітуду: від палкої підтримки будь-яких трансформацій і змін у суспільстві до соціальної апатії. Сьогодні, вочевидь, у молодіжному середовищі переважають процеси диференціації. Причому фактори, що диференціюють, виявляються більш яскраво, аніж ті, що інтегрують. Це пов'язано насамперед із тим, що в умовах радикального перетворення суспільства відбуваються глибокі зміни в його соціальній стратифікації, однією з особливостей якої є соціальна поляризація, заснована на майновому розшаруванні. Наслідком такої ситуації є посилення напруженості й конфліктності в молодіжному середовищі. Насамперед це внутрішньо особистісні конфлікти, конфлікти у взаємостосунки з батьками, однолітками, у професійному та студентському середовищі.

Студентство – це не стільки специфічна соціальна або демографічна група суспільства, а особлива його частина, що знаходиться в становленні, положення якої детерміновано соціально-економічним станом суспільства. Специфіка полягає насамперед у тому, що молодь у соціальному і віковому відношенні знаходиться в перехідному стані. Період студентського віку має низку специфічних особливостей, але за своєю суттю «кризової насиченості» посідає одне із перших місць в індивідуальному розвитку людини. Типовими особливостями даної вікової групи є потреба стати внутрішньо незалежною людиною, самовизначитися в оточуючому світі, пізнати себе, свої можливості та своє покликання в житті, самоствердитися. Водночас віковою особливістю є нестійкість емоційної сфери, висока ситуативна тривожність. Найбільш важливі проблеми особистісного рівня проявляються в студентів у недостатній самостійності, неадекватності самооцінки та рівня домагань, юнацькому максималізмі й негативізмі, зайвій критичності й скептицизмі, не сформованості навичок спілкування. Все це дозволяє говорити про конфліктогенність студентського соціуму.

Узагальнення спеціальних праць, що присвячені проблемі здоров'я, дозволяє висунути важливе аксіоматичне за своєю суттю положення: конструктивна конфліктність є показником психологічного здоров'я особистості студента.

Психологічно здорова особистість інтегрована в соціум, дотримується встановлених суспільством правил поведінки, що не порушує спокою оточення, успішно пристосовується до змін у соціальній ситуації. Вона в усьому відповідає своєму соціальному оточенню.

Конструктивна конфліктність особистості як інтегративна здатність особистості до розгорнутої категоризації предмету конфлікту, рефлексії його наслідків, генерування нових сенсів у конфліктній ситуації, трансформації будь-якого протиріччя в позитивне русло, контекстуального визначення ефективної стратегії поведінки та самоконтролю, уможливорює набуття позитивної установки на успішне вирішення конфлікту та прояв активності в процесі пошуку оптимальних рішень (Бортун Б. О., 2019).

Стикаючись із новою конфліктною ситуацією, вирішуючи певні протиріччя, особистість репрезентує сукупність внутрішніх умов, які опосередковані зовнішніми вимогами. Важливим предиктором, що впливає на вибір стратегії поведінки в конфлікті є контекст, без врахування якого здійснити аналіз її адекватності і ефективності неможливо.

Динаміка трансформації протиріч у позитивне русло залежить від здатності студента йти на конструктивний компроміс, на приглушення актуальності проблем, що викликали конфлікт, розгрупування або групування проблем, зміну точок зору, зміну намірів, зміну жестів. Практика зацікавленості, зосередженості може трансформувати злість, біль, ненависть у співчутті, радість, любов. Інакше, трансформація будь-якого протиріччя в позитивному напрямі, вимагає глибокого розуміння себе та свого співіснування, своїх взаємовідносин із іншими і можлива за умови психологічного здоров'я особистості.

Дослідження конструктивної конфліктності в школі М. М. Кашапова (2013) засвідчують, що конфліктні ситуації стимулюють прояв як ретроспективної, так перспективної рефлексії. Рішення, яке людина ухвалює при виявленні надситуативного рівня проблемності, є рішенням більш високого порядку, ніж при виокремленні ситуативного рівня проблемності. Пошук подібних рішень спонукає людину до прогнозування результату, до детального уявлення можливих наслідків. На його думку, інтегративна характеристика конструктивної конфліктності найімовірніше посідає не в стратегіях поведінки, не в особистісних характеристиках, що зумовлюють вибір конкретних стратегій, а в типі мислення, що визначає загальний вектор конструктивної конфліктності.

Основу конструктивної конфліктності утворює суперечлива єдність у структурі особистості, що є передумовою творчих, надситуативних рішень.

У структурі конструктивної конфліктності здатність до самоконтролю виступає як умова адекватного психічного відображення особистістю власного внутрішнього світу і конфліктної ситуації, яка усвідомлена як об'єктивна реальність. Психологічне значення самоконтролю полягає у зіставленні ідеальної форми антиципованих результатів з реально досягнутими. Якщо вони не співпадають, то має місце сигнал неузгодженості, віддзеркалюючи ступінь їхньої розбіжності.

Важливим в процесі актуалізації конструктивної конфліктності є врахування факторів трансформації проблем, що пов'язані з позиціями сторін у ключових питаннях конфлікту, як вони змінюють оцінку або формулювання цих позицій, якщо прагнуть досягти компромісу або вирішити конфлікт.

Отже, конструктивна конфліктність є одним із видів реалізації на практиці конфліктологічної компетентності особистості та творчого підходу до вирішення конфліктів, за рахунок актуалізації здатності переконструювання проблеми в нову можливість. Конструктивна конфліктність аксіоматично виступає показником психологічного здоров'я особистості.

## ОСОБЛИВОСТІ НЕВЕРБАЛЬНОГО СУПРОВОДУ НЕПРАВДИВИХ ВИСЛОВЛЮВАНЬ

**К. М. Васюк,**

*кандидат психологічних наук, доцент,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

Поведінкові прояви є досить надійною діагностичною ознакою різноманітних психічних явищ саме через наочність і об'єктивність, легкість фіксації дослідником. У випадку з детекцією брехні, де діагностичні критерії досить складні і численні, подібні параметри набувають особливої актуальності. Ідея використання подібних критеріїв в детекції брехні не нова в психології, але підвищений інтерес практиків до цієї теми створює багато спекуляцій, коли дилетанти публікують праці, не підкріплені експериментально підтвердженими доказами, що ті чи інші ознаки є надійними діагностичними параметрами брехні.

З огляду на це метою нашого дослідження було виділення невербальних ознак брехні і експериментальне підтвердження їх надійності у питанні детекції. Був здійснений системний аналіз вже проведених досліджень з цієї тематики, в результаті чого були виділені типові ознаки брехні, які проявляються в невербальній поведінці індивіда під час мовлення. До них відносяться наступні.

1. Різні форми жестів-адапторів, тобто тих жестів, які є ознаками хвилювання. На цю тему є надзвичайно багато публікацій різного рівня професійності, починаючи від творів А. Піза (Піз А., 1997) до професійних ґрунтовних досліджень О. Фрая (Фрай О., 2006). Але спільними рисами в них є те, що ці дослідники вказують на досить типовий набір діагностичних характеристик брехні, наприклад, це збільшення маніпулятивних жестів на кшталт потирань носа, підборіддя, шиї, маніпуляція предметами, погладжування предметів або себе тощо. Ці маніпуляції мають лише одну мету – знизити емоційне напруження внаслідок намагань уникнути розкриття.

2. Мімічні характеристики, зокрема посмішка. В працях німецьких та нідерландських дослідників (Stel M., E. van Dijk, 2018) проаналізовано різні види посмішки, які можуть свідчити про нещирість суб'єкта. Зокрема, автори аналізували так звану «дюшенівську» посмішку, тобто щиру, яка задіює м'язи нижніх повік, і її відмінність від фальшивих видів посмішок – асиметричних та тих, які задіюють тільки нижні частини обличчя.

3. Захисні пози. Представляють цікавість і статичні пози, що виражають ставлення людини до предмету розмови. Традиційно вважається, що під час брехні, знаходячись у стресовому стані, людина інстинктивно приймає закриту позу, намагається робити менше відкритих рухів з демонстрацією долонь і зап'ясть. Також в цій категорії часто згадують захисні жести



прикривання грудей, живота, геніталій як ознака підвищеної тривожності. В найбільш напружені моменти може спостерігатися намагання дистанціюватися від співрозмовника (відсування корпусу назад).

У своєму дослідженні ми намагалися експериментальним шляхом перевірити припущення, що вказані вище невербальні ознаки дійсно будуть статистично достовірно частіше зустрічатися в процесі неправдивих висловлювань, ніж у правдивих.

В експеримент було залучено 68 осіб віком від 18 до 44 років обох статей. Кожен з них повідомляв правдиве і неправдиве повідомлення тривалістю 45-70 сек. Контроль за ступенем правдивості відбувався за допомогою контролю джерела інформації (наприклад, потрібно було описати картину або переповісти відомий експериментатору текст). Статистична обробка здійснювалася за допомогою G-критерію знаків, що оцінює зсув ознак в бік збільшення або зменшення у зв'язаних вибірок.

У висновку були отримані такі дані:

- Жести-адаптори в брехливих висловлюваннях проявляються по-різному, та маніпуляція з предметами статистично не відрізняється, тобто ця ознака радше звичка окремої людини, а не типовий прояв нервозності. Погладжування і постукування, тобто стереотипні рухи дійсно достовірно збільшуються на рівні статистичної значущості  $p \geq 0,01$ , що є високим показником, але в той же час майже 19% осіб не демонструють цієї ознаки.
- Серед мімічних ознак нами аналізувалась фальшива посмішка (не «дюшенівська») та асиметрична посмішка. Статистичний аналіз за тим же критерієм показав, що жодна з цих ознак не досягла рівня статистичної значущості, тобто припущення попередніх дослідників практично не підтвердилися.
- Третя категорія ознак була представлена у двох показниках: відхилення назад під час розмови та уникання демонстрації долонь при жестикуляції. Статистичний аналіз показав, що відхилення від співрозмовника також є недостовірною ознакою брехні. Так само і закриті долоні, але в цьому випадку кількість позитивних зсувів була більшою 42% проти 33 у попереднього показника.

Таким чином, гіпотеза підтверджена лише частково, і умовно надійними невербальними показниками брехні можна вважати лише жести. В перспективі подібної експериментальної перевірки потребують й інші поширені засоби детекції, а також вважаємо за доцільне попередження практиків про неоднозначність цих ознак, навіть тих, які перетнули межу достовірності.

## ПСИХОЛОГІЧНА СПЕЦИФІКА ПЕРЕЖИВАНЬ ФРУСТРАЦІЙНИХ СИТУАЦІЙ У СТУДЕНТСЬКИЙ ПЕРІОД

**М. В. Вовк,**

*кандидат психологічних наук,  
асистент кафедри загальної психології,  
Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка*

Сучасна реальність є невичерпним джерелом стресових, критичних фрустраційних ситуацій. Психічна травматизація є неминучим явищем, в якому проявляється ставлення людини до різноманітних стрес-факторів життя. Проблема психологічного напруження і необхідності постійного їх подолання стала ще більш актуальною у зв'язку із загальним загостренням соціальної кризи та особливо позначається на молоді, яка навчається і зазнає впливу численних фрустраційних факторів, як соціального та особистісного, так і інформаційного характеру. Виникненню та розвитку психологічного напруження сприяє також специфіка виконуваної діяльності, характер якої, у сполученні з особистісними властивостями, позначається на особливостях переживання. В цьому контексті вивчення специфіки деструктуючих переживань фрустрацій і фрустраційних ситуацій набувають особливого значення. Так, Г. Заремба, розглядає фрустрацію, як складне цілісне структурне утворення і виділяє такі її компоненти: фрустраційна ситуація, фрустрованість, стан тимчасової дезорганізації свідомості, психічний стан певної модальності, поведінкові реакції. При цьому складові або компоненти фрустрації характеризуються наступним чином:

1. Фрустраційна ситуація відзначається тим, що в силу об'єктивно існуючих непереборних перешкод, бар'єрів на шляху реалізації поставлених задач відбувається блокування цілей діяльності, її мотивів, або обмеження потреб.
2. Стан тимчасової дезорганізації свідомості негативно впливає на довільну регуляцію поведінки. Цей стан короточасний і сприймається людиною як почуття гострого, нестерпного психічного дискомфорту, у зв'язку з чим обов'язково потребує «виходу».
3. Психічний стан певної модальності виникає як вимушена реакція на попередній емоційний стан. При цьому, сама модальність (якість) переживання має дуже важливе значення, тому що ця характеристика не тільки дозволяє відрізнити один стан від іншого, але, в певній мірі, визначає різницю в їхній динаміці. Наприклад, агресія (виражена в гніві, люті) як стеничне переживання характеризується не тільки не прийняттям об'єкта, але й активною протидією йому, в той час, як негативне ставлення до об'єкта у стані депресії приводить до безініціативності та апатії.
4. Поведінкові реакції проявляються на фоні модально – специфічного стану фрустрації особистості.

Характер емоційного переживання на поведінкові реакції суб'єкта причинно зумовлені індивідуально – психологічною структурою особистості, яка взаємодіє із зовнішньою ситуацією шляхом переоцінювання та самозахисту. Розглянемо основні теоретичні напрямки та підходи до вивчення чинників і особливостей поведінки людини в ситуаціях фрустрації. Вперше поняття «фрустрація» розглядалось у межах психоаналізу ще в ХІХ столітті. До цього часу в багатьох художніх творах були описані психічні стани людей, які і відповідають психологічному розумінню фрустрації, як не здійснення до задоволення різного виду потреб. Але спеціальним предметом наукового дослідження фрустрація стала після того, як була розглянута З. Фрейдом в концепції психоаналізу, як індивідуально – психологічна проблема. Виокремлення і розгляд закономірностей, етапів та особливостей фрустрації дає змогу розглянути даний процес більш багатогранно, беручи до уваги причинну обумовленість фрустрації.

С. Розенцвейг пропонує розрізняти прямі та непрямі реакції, адекватні та неадекватні, а також специфічні та неспецифічні типи захисних поведінкових реакцій.

Адекватні і неадекватні реакції автор визначає на основі соціальних критеріїв. Реакція є адекватною в тій мірі, в якій вона визначає прогресивні тенденції розвитку особистості, неадекватна – яка призводить до гострих переживань. Прямі реакції безпосередньо спрямовані на ситуацію, тоді як непрямі впливають на інші об'єкти, які задіяні у фрустраційній ситуації. Реакції є специфічними у тому випадку, якщо вони відповідають фрустраційній ситуації, в той час, як неспецифічні форми реагування позбавлені такої прямої відповідності і носять загальний характер (втома, сон). Типові психологічні стани, які переживає суб'єкт під дією фрустраторів. Автор зауважує, що вони проявляються в індивідуальній формі, а також залежать від сили, змісту та значимості подразників, які викликають фрустрацію. С. Розенцвейгом також введено поняття фрустраційної толерантності. Автор зазначає, що у кожної людини існує певний поріг рівень напруги, перевищення якого веде до змін психічного стану, поведінки суб'єкта, тощо. Цей рівень С. Розенцвейг називає толерантністю до фрустрацій. Вчений вказує на те, що суб'єкт може переживати фрустрацію значної сили і тривалості, не проявляючи ознак дезорганізації поведінки. Крім того, суб'єкт здатний продовжувати виконувати діяльність та прикладати свої зусилля, спрямовані на задоволення потреб: шукати нові шляхи досягнення мети, ставити альтернативні цілі, намагатися робити раціональний вибір, тощо. З подальшим збільшенням напруги особистість втрачає душевну рівновагу і вже не може конструктивно справлятися з проблемною ситуацією. У цьому випадку відбувається перевищення індивідуального рівня толерантності до фрустрації. Внутрішні протиріччя і детермінуючі внутрішні переживання, в разі їх позитивної спрямованості і адекватності, виступають чинниками особистісного зростання студента в період вузівської підготовки.

## **ПРЕВЕНТИВНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФЕСІЙНОГО ДОВГОЛІТТЯ СУБ'ЄКТА ДІЯЛЬНОСТІ**

***Н. Ю. Воляннюк,***

*доктор психологічних наук, професор,*

***Г. В. Ложкін,***

*доктор психологічних наук, професор,*

*Національний технічний університет України*

*«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»*

У психології відбувається інтенсивний пошук конструктів, що характеризують здатність особистості бути стійкою до численних життєвих проблем та професійних труднощів, зберігаючи при цьому психологічне здоров'я, адаптуючись як до соціальних, так і особистісних трансформацій і криз. Одним з таких є «професійне довголіття». Професійне довголіття суб'єкта – це характеристика його здатності на високому рівні вирішувати професійні завдання протягом усього періоду, відведеного соціумом для діяльності. Передбачається, що у цей період він зберігає психологічне здоров'я, професійну компетентність, уміння й навички діяльності, які забезпечують високий рівень працездатності.

За даними багаточисельних досліджень, точка найвищої напруженості та відповідно найвищих досягнень в різних сферах професійної діяльності припадає на вік від 20 до 45 років. З іншого боку, відомо чимало прикладів, коли людина продовжувала свою професійну діяльність і після 60-70 років. Психологічні закономірності перебігу завершального етапу продуктивної діяльності професіонала, а також специфічний вплив чинників, що визначають професійне довголіття на цьому етапі, потребують окремого вивчення. При цьому виникають два взаємопов'язані практичні завдання: 1) психологічне забезпечення ефективності діяльності в цей період; 2) психологічне забезпечення внутрішньої безконфліктної діяльності. Вирішення зазначених завдань пов'язано з дослідженням змін у структурі операційних та особистісних якостей професіонала, які впливають на успішність його діяльності в період, коли «пік» цієї успішності залишився позаду та розпочинається її спад. Вікові межі цього періоду та темпи регресу досить розмиті. Вони визначаються індивідуальними особливостями суб'єкта, характером професійної діяльності, а також конкретними умовами праці й соціальним оточенням професіонала. Ефективність професійної діяльності протягом певного часу зберігається за рахунок додаткової психічної напруженості, зумовленої підвищеним самоконтролем, однак при цьому зростає фізіологічна ціна діяльності.

В якості основного завдання теоретичного пошуку є аналіз здорового способу життя та його ролі у превентивному забезпеченні психологічного здоров'я та професійного довголіття суб'єкта діяльності.

Фундамент професійного довголіття закладається протягом всього продуктивного життя людини, починаючи з етапу оптації. При цьому виокремлюють такі аспекти психологічного забезпечення професійного довголіття:

- формування стійкої професійної мотивації;
- формування адекватної самооцінки, стійкої і водночас гнучкої;
- високий професіоналізм;
- оволодіння навичками самоконтролю й саморегуляції;
- всебічний розвиток інтелекту;
- розширення сфери інтересів поза межами професійної сфери;
- становлення й розвиток індивідуального стилю діяльності;
- використання засобів і методів індивідуальної та групової корекції психічних станів і працездатності.

Інший аспект забезпечення професійного довголіття пов'язаний з оптимізацією професійного середовища. Сприятливе соціальне середовище, раціональна організація праці, профілактика негативних вікових змін організму й психіки – запорука стабілізації працездатності та збереження психічного комфорту людини. Важливим чинником професійного довголіття є дотримання здорового способу життя.

Здоров'я як соціально-біологічна основа життя є результатом усвідомленої потреби підтримувати фізичне та духовне благополуччя людини шляхом створення та розвитку функціональних ресурсів організму та психіки, їх заощадливого й адекватного використання під час реалізації різних форм активності (життєдіяльності, наукової діяльності) та повного відновлення функціональних систем та працездатності людини (С. Разумов, 1996).

Як зазначає Г. Никифоров (2002), сучасна медицина відносить близько 85% усіх захворювань до класу психосоматичних, патогенетичні механізми розвитку яких пов'язані з психогенними розладами та психічною регуляцією цього процесу. Якості особистості є важливим чинником, що впливає на психологічне здоров'я. Узагальнюючи дані багатьох авторів, дослідник згрупував типи особистості, пов'язані з різними психосоматичними захворюваннями у такий спосіб:

- рішучим, активним, але при цьому надмірно честолюбним, схильним брати на себе занадто багато та тим, хто напружено працює, відзначається підвищеним почуттям відповідальності, обов'язку;
- сумлінним до педантичності, безкомпромісним, хворобливо реагуючим на оцінку себе з боку оточення; схильним до фіксації на негативних емоціях, до звинувачення в усьому інших, стриманих до замкненості, тих, хто жорстко контролює свої емоції аж до їх придушення;

- тим, хто складно пристосовується до швидкозмінних умов життя; нестійким по відношенню до неприємностей, невдач, агресії зі сторони інших тощо.

Звідси стає зрозумілим, що професіонал з психосоматичною патологією характеризуються такими особистісними рисами, які зумовлюють розвиток станів психічної напруженості, втоми, стресу, що знижує продуктивність діяльності та обмежує її тривалість.

Здоровий спосіб життя характеризується низкою чинників (В. Бодров, 2009): режим праці, сон, відмова від шкідливих звичок, загартування, раціональне харчування, фізичні вправи та активний відпочинок.

Режим праці та відпочинку – жорсткий, ритмічний, помірно напружений режим є однією з найважливіших умов високої працездатності та функціональної надійності людини. У багатьох працях фізіологів, гігієністів, психологів обґрунтовані принципи та рекомендації щодо побудови режимів з урахуванням тривалості, періодичності, інтервальної періодів праці та відпочинку залежно від змісту й умов діяльності, статі, віку, кваліфікації тощо. Доведено, що за умови дотримання чіткого режиму виробляється певний біологічний ритм функціонування організму, тобто динамічний стереотип у вигляді системи умовних рефлексів, які закріплюючись, забезпечують організму виконання його роботи, оскільки створюють умови та функціональні можливості для реалізації діяльності. Планування режиму праці та відпочинку має відповідати низці вимог: виконання різних видів діяльності в чітко визначений час, раціональне чергування роботи з відпочинком, регулярне й повноцінне харчування, дотримання гігієни сну (С. Чумаков, 2000). Неправильно побудований режим чи його порушення (надмірні навантаження, неповне відновлення після них, недостатній або неповноцінний відпочинок) призводять до виснаження функціональних резервів, порушення станів професійно-важливих функцій і якостей, що супроводжується зниженням якості діяльності, появою помилок, наростанням психічної напруженості та розвитком втоми.

Сон – ефективний спосіб зниження фізичної й розумової напруженості, спосіб фізіологічного та психологічного захисту від надмірних навантажень, емоційних порушень, переживань, явищ астенизації чи перезбудження. Сон попереджує виснаження нервових клітин, сприяє накопиченню енергії, підвищує захисні можливості організму. Хронічне недосипання призводить до погіршення функціонального стану організму, розвитку неврозів, знижує резистентність до екстремальних впливів. Гігієнічні рекомендації передбачають відповідну до потреб тривалість сну (7-9 годин), відхід до сну об 22-23 годині та підйом приблизно в один і той же час (7-8 ранку), дотримання тиші, надходження свіжого повітря, прийом їжі (за 2-3 години до сну) тощо.

Відмова від шкідливих звичок – боротьба з «чинниками ризику» (особливості поведінки чи несприятливі зовнішні умови), які шкідливо впливають на організм, сприяють розвитку функціональних розладів,

виникненню хвороб. Серед найбільш поширених і небезпечних чинників ризику – куріння, надмірне й регулярне вживання алкоголю, у низці випадків самолікування, а також прийом снодійно-седативних засобів, наркотиків.

Загартування – розвиток неспецифічної резистентності та підвищення стійкості організму до несприятливих впливів високих чи низьких величин температури, барометричного тиску, вмісту кисню в повітрі за рахунок тренування системи терморегуляції, розвитку компенсаторно пристосувальних фізіологічних механізмів.

Значення повноцінного (раціонального) харчування суттєво зростає під час впливу на організм різних несприятливих чинників зовнішнього середовища, а також при інтенсивній тривалій роботі, напруженій фізичній і психічній діяльності. В основу збалансованого режиму харчування мають бути покладені такі принципи: 1) забезпечення потреби в харчуванні за калорійністю й основними харчовими речовинами; 2) правильний розподіл добової калорійності; 3) дотримання фізіологічно обґрунтованих співвідношень окремих харчових речовин у добовому раціоні; 4) максимальне різноманіття їжі; 5) правильне співвідношення рідкої та твердої їжі; 6) врахування кліматичних особливостей та умов праці.

Отже, дотримання здорового способу життя, формування та підтримка високої мотивації до оволодіння та використання основних принципів і рекомендацій зі збереження й зміцнення психологічного здоров'я розглядають як обов'язкові превентивні способи забезпечення професійного довголіття суб'єкта діяльності.

## **ДЕТЕРМІНАНТИ ПРОФЕСІЙНОГО СТРЕСУ У ПРАЦІВНИКІВ СФЕРИ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ**

**М. М. Галак,**  
*аспірант кафедри психології,  
Київський національний торговельно-економічний університет*

Переважає більшість людей у сучасному світі живе в перманентному стресі та тривозі, що посилює як психічну діяльність окремої людини на мікро рівні, так і впливає на результати господарської діяльності компаній та організацій і суспільства в цілому. Події останніх десятиліть змінюють уявлення людства про стабільність розвитку, так криза 2008 року обрушила уявлення про стабільність доларової фінансової системи, яка забезпечувала людям еталонну оцінку ризиків, майбутніх доходів від інвестування і т.д. Кожного дня зростає темп життя, з'являється велика кількість інформації, яку необхідно аналізувати, опрацьовувати, засвоювати, приймати оптимальні і швидкі рішення.

Світ стоїть перед новим технологічним ривком в інформаційних технологіях (ІТ – інтенсивний розвиток йде прямо зараз), ігри на світових біржах вже ведуть алгоритми, за людину приймають рішення пошукові системи, видаючи посилання у тій чи іншій послідовності при пошуку інформації; майже 1000 професій скоро зникнуть, а для нових професій, що інтенсивно з'являються, майже щодня дня потрібно формувати нові ринки праці та вдосконалювати систему освіти. Активно розвиваються біотехнології та робототехніка, що створить ще більшу конкуренцію в професіях, де роботу окремої людини можна автоматизувати; розвивається нова енергетика, когнітивні технології тощо.

Розпочата глобальна технологічна революція, в геополітичному і географічному контексті Україна також змінює стандарти управління, приводячи їх у відповідність до європейських, змінює умови і формати ведення бізнесу, активно зростає відсоток ІТ компаній, завдяки чому з'являються нові види трудових відносин (аутсорс, аутстаф, фріланс) – поширюється тенденція тимчасової зайнятості персоналу, разом з цим зменшуються соціальні гарантії з боку компаній, працівники стають самозайнятими особами (ФОП) та ін.

Усі зазначені чинники призводять до виникнення та підвищення стресу, в суспільстві, на рівні організацій та окремих осіб. Зростає напруження та перенапруження фізіологічних систем організму, що впливає на поведінку людини, її працездатність, стан психічного та фізичного здоров'я, взаємовідносини з оточуючими, а відповідно підвищує ризики професійного вигорання та передчасного старіння персоналу. Для того, щоб накопичити новий ресурс і справлятися із зазначеними проблемами потрібен час і формування нових уявлень і ресурсів щодо збереження психічного і фізичного здоров'я персоналу, підвищення мотивації працівників до здорового способу життя тощо.

Події останнього року, а саме нестабільність діяльності більшості організацій у зв'язку із всесвітньою пандемією «COVID-19», спричинили різкий перехід на віддалену роботу більшості напрямів бізнесу, що також значно підвищило вимоги до працівників сфери управління персоналом, додало нових викликів, змінило вимоги до професіоналів, збільшило навантаження та рівень професійного стресу.

Постановка проблеми дослідження полягає у виявленні детермінант й особливостей проявів професійного стресу у фахівців сфери управління персоналом, удосконалення професіограми та психограми фахівця структурного підрозділу по роботі з персоналом організації та підбору кадрів та розробленні програми профілактики та подолання професійного стресу у фахівців сфери управління персоналом.

Значний внесок у розвиток теорії і практики профілактики професійного стресу внесли Дж. Гринберг (2004) – теорія управління стресом; І. Малкіна-Пих (2006); С. Миронець (2007, 2020), В. Корольчук (2009), О. Тімченко (2003) – дослідження професійного стресу у фахівців ризиконебезпечних



професій; І. Заїка (2020) Психологічні умови подолання особистісної напруженості персоналу освітніх організацій та ін.

Проблема діагностики стрес-чинників організаційного середовища і профілактики професійного стресу працівників набуває все більшої актуальності в сучасній концепції управління людськими ресурсами. Негативні наслідки високого рівня професійного стресу здійснюють вплив не тільки на фізичне й психічне здоров'я окремо взятого працівника, але й на морально-психологічний клімат, організаційне середовище, організаційну культуру й соціально-економічну ефективність компанії в цілому. Найбільш вразливою ланкою є спеціалісти, що безпосередньо задіяні в управлінні змінами організацій – працівники сфери управління персоналом.

На сьогодні HR менеджери, це ті працівники, які постійно працюють зі змінами, відповідають за їх впровадження у діяльність компаній та систему управління організаціями, здебільшого не маючи для цього відповідних ресурсів. За таких залишатися у фокусі та здійснювати ефективну управлінську діяльність, залишаючись у балансі своїх інтересів та інтересів компанії та працівників стає усе складніше, що неминуче призводить до стресу.

До початку 2019 року віддалено працювали близько 25% співробітників, зайнятих в структурах компаній, тоді як після спалаху всесвітньої пандемії COVID-19 їхній відсоток перевищив рубіж за 50%. З'явилися гібридні команди, як новий стандарт розвитку. Спеціалісти HR відділу допомагають співробітникам розвивати нові компетенції для ефективної віддаленої роботи, навички самоорганізації та самодисципліни, не завжди встигаючи адаптуватися до нових змін самостійно.

Економічна нестабільність періоду самоізоляції і після призвели до того, що організаціям довелося реагувати, скорочуючи бюджети на найм нових співробітників, збільшувати навантаження на сталих працівників чи закривати потреби бізнесу більш незвичним та дешевшим способом на ринку тимчасових послуг (аутсорс), близько 32% організацій активно замінюють штатних співробітників на фрілансерів з метою економії коштів, HR-ам потрібно швидко адаптуватися та розробляти нові системи оцінки продуктивності їхньої праці.

В більшості компаній спостерігається посилення регламентів, знецінення особистості і зневага благополуччям співробітників, роботодавці підштовхують співробітників до роботи в умовах високого ризику зривів і слабкої підтримки, звертаючись з ними, як з експлуатованим ресурсом. Аналітика Gartner показала, що 16% роботодавців стали частіше застосовувати технології моніторингу зайнятості співробітників. Враховується тривалість «цифрового» робочого дня, активність використання робочих ПК, електронної пошти, месенджерів, що також, стало зоною відповідальності HR менеджерів. Це значно підвищує рівень професійного стресу працівників всіх типів компаній, так в технологічних ІТ компаніях представники висококонкурентних професій, такі як ІТ розробники, тестувальники взагалі

звільняються, що призводить до проблеми пошуку нових людей в умовах «вузького» ринку праці, що в свою чергу викликає перманентний професійний стрес у рекрутерів.

Аналіз діяльності працівників сфери управління персоналом показує, що ТОП менеджмент компаній не готовий приділяти питанню професійного стресу більше уваги, виділяти ресурси для профілактики, тому що не розуміє ефекту від мотивації працівників до здорового способу життя, до вивчення себе, як об'єкту впливу соціального, фізичного чи професійного стресу, що призводить до великої плинності кадрів у зазначеній сфері діяльності, та лише підсилює негативний вплив стрес-чинників професійного середовища на працівників зазначеної категорії.

Компанії як і раніше аналізують лише продуктивність, та все більше роль працівників сфери управління персоналом полягає в тому, щоб ТОП менеджмент почав бачити взаємозв'язок між фінансовими результатами компанії і благополуччям співробітників. Різноманіття ринку зараз максимально потребує активної співпраці фахівців, що займаються управлінням персоналом та ТОП менеджменту для розробки інтегрованих стратегій та програм в управлінні працівниками різних категорій, оптимізації підходів.

Для організацій формується новий імператив: вивчати, розуміти, розробляти та впроваджувати різноманітні рішення для підтримки працівників і бути гнучкими до будь-яких змін. Лише зорієнтованість на виклики сучасності та тенденції дозволять компаніям розвивати, зберігати та залучати якісні таланти в потрібний час. Одним із таких викликів зараз є збереження психічного здоров'я на робочому місці та профілактика професійного стресу. Саме питання турботи про співробітників – основний фактор виживання і розвитку компаній в новій реальності. Працівники сфери управління персоналом, повинні говорити про важливість роботи з психічним здоров'ям працівників, тому що це стане конкурентною перевагою на ринку праці та допоможе дешевше залучати потрібні нові кадри в компанію та утримувати поточних співробітників. Важливо починати працювати над формуванням культури інклюзивності – створювати комфортне фізичне середовище для праці (забезпечувати працівників комфортним робочим місцем), створювати середовище для співпраці, підтримки і поваги, аналізувати залученість і допомагати командам справлятися зі стресом. Це не тільки позитивно вплине на фінансові показники ефективної діяльності підприємств, а й в довгостроковій перспективі сформує позитивну репутацію компанії, на зовнішньому ринку праці (бренд роботодавця), що полегшить в майбутньому роботу рекрутерів та знизить їх рівень професійного стресу.

Масштаби проблеми настільки значні, що у 2030 році на її подолання світова економіка, за прогнозами спеціалістів, витратить 16 трильйонів доларів.

Власне актуальність порушеної нами проблеми та сучасні реалії і визначають наш інтерес до подальшого наукового пошуку у сфері

попередження професійного стресу та збереження здоров'я працівників, адже найбільш вразлива і малодосліджена ланка на сьогодні – це відносно нові для ринку професії пов'язані з управлінням персоналом, рекрутингом та ІТ спеціалісти. Таким чином, для своєчасного попередження стрес-чинників зовнішнього і внутрішнього середовища організації працівникам сфери управління персоналом необхідно здійснювати ефективну діагностику джерел і причин підвищення рівня професійного стресу, а також формувати технології його профілактики.

## **ПОНЯТТЯ СИНДРОМУ «ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ»: ІСТОРИКО-ЕТИМОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ**

**Н. С. Горелова,**  
*начальник відділу кадрів,  
магістрант спеціальності Психологія,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

Сучасний динамічний світ кидає людині все нові і нові виклики. Постійні зміни в інформаційному просторі змушують щоразу оцінювати і обирати правильну та достовірну інформацію. Технологічний прогрес, перехід на нові форми комунікацій, зміна, а іноді і підміна моральних та духовних принципів та цінностей, постійна динаміка в соціально-економічних та політичних сферах життя – все це впливає на здійснення людиною своїх соціальних та професійних обов'язків, визначення власного «Я», оцінку свого ресурсного потенціалу. Впливу піддаються психоемоційний та фізичний стани, людина перебуває в постійному напруженні, що провокує розвиток хронічного стресу. Постійна напруга, у свою чергу, велике психоемоційне та фізичне навантаження призводять до швидкого емоційного вигорання, порушення особистісного благополуччя та, як наслідок, погіршення здоров'я індивіда.

На думку науковців синдром «емоційного вигорання» є однією із центральних проблем сучасної психології, що є міждисциплінарною, та досліджується в межах таких галузей, як психологія особистості, соціальна психологія, юридична психологія, психологія праці, медична психологія, психологія комунікацій, психологія діяльності в особливих умовах тощо.

Актуальною проблемою залишається походження та тлумачення самого поняття «емоційного вигорання». Так, багато вчених у своїх дослідженнях описували прояви цього синдрому і лише в 60-х роках минулого сторіччя вперше поняття «емоційне вигорання» вводиться в наукову термінологію. (П'янківська Л.В., 2015).

Термін «burnout» «вигорання», «горіння» введений Г. Фрейденбергером для окреслення відчуттів деморалізації, розчарованості життям, енергетичної виснаженості. Цей термін був застосований як такий, що характеризує стан крайнього виснаження здорових людей, які, працюючи у сфері соціальної допомоги, знаходяться у тісному контакті з пацієнтами в емоційно напруженій атмосфері і відчують себе перенавантаженими проблемами інших людей. До цього часу це поняття застосовувалося для визначення почуття власної неспроможності подолати стресову ситуацію (Сіпко Л. О., Бузницька Л. С., 2019).

Так, американський психолог німецького походження Герберт Фрейденбергер, під час роботи в безкоштовній клініці для наркозалежних у Хейт-Ешбері, звернув увагу, що волонтери, які безоплатно надавали допомогу у цій клініці, ставали сумними та пригніченими від того, що часто докладали все більше і більше зусиль у своїй роботі, однак відчували при цьому, що їх досягнення стають все меншими і меншими. Він виявив, що у сумлінних та спочатку повних ентузіазму службовців волонтерських організацій після впливу деякого часу роботи з'являються декілька характерних симптомів, серед яких було виснаження, втома та дратівливість. Так зародився новий напрям в психології (Лукьянов В. В., Сороколетова И. Е., 2013).

На думку багатьох дослідників, емоційного вигорання дослідження цього феномену розпочалось набагато раніше ніж його вперше описав Г. Фрейденберг. Науковці зазначають, що вказане явище згадується не лише в наукових працях, а й у художній літературі.

У історії становлення концепції вигорання можна виділити чотири етапи:

- перший, так званий описовий (до 1974 р. XX ст.) період (період донаукового осмислення феномена вигорання), дозволяє говорити про це явище як таке, що давно відоме людству, про що свідчать доступні зразки усної народної творчості, художньої літератури, біографічні й автобіографічні дані тощо;

- другий період – період наукового осмислення феномена вигорання, часові межі якого визначені 1974 р. – середина 1980-х рр., – характеризується появою терміну «професійне вигорання», його поясненням з позицій теорії стресу та зародженням двох підходів до його вивчення: клінічного (Фрейденбергер Г., 1974), у межах якого синдром вигорання розглядався як психічний розлад, пов'язаний з особистісними характеристиками спеціаліста, та соціально-психологічного (К. Маслач, 1981), який розглядає міжособистісні, соціальні й організаційні чинники як корінні причини вигорання та визначає останнє як порушення психіки у межах психічної норми. Аналіз наукових публікацій цього періоду уможливорює виокремлення таких основних тенденцій у дослідженні професійного вигорання: 1) суб'єктивізму дослідників і їхнього бажання наповнити поняття «вигорання» власним змістом, як наслідок – розширення меж використання терміну, його опису та смислового тлумачення за допомогою як тотожних, так

і протилежних вигоранню феноменів; 2) відсутності єдиної концептуальної моделі опису феномена та вимірювального інструментарію; 3) описового характеру більшості публікацій. Відтак, не зважаючи на значущі здобутки, цей період породив низку проблем, які потребували нагального і нового – експериментального – підходу у їх вирішенні;

– третій період – аналітико-експериментальний (середина 1980-х рр.– 1992 р.) – пов’язаний з розглядом вигорання як комплексу взаємопов’язаних симптомів, появою психодіагностичного інструментарію, розробкою концептуальних моделей вигорання, зародженням трьох підходів до розвитку вигорання та виявлення його детермінант (результативного, процесуального, синтетичного);

– сучасний – четвертий період дослідження синдрому вигорання (з 1992 р.) – засвідчує вивчення вигорання на різних рівнях у різних країнах, у тому числі й в Україні; звернення до проблеми широкого кола дослідників, міжнародних організацій, внесення вигорання до Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем охорони здоров’я (десятий перегляд), дослідження синдрому серед представників різних професійних груп та у різних сферах життєдіяльності. (Колтунович Т.А., 2014)

Отже, слід зазначити, що поняття «емоційного вигорання» досліджується науковцями вже понад 50 років. Існують різні тлумачення цього поняття та наукові концепції, що свідчить про науковий інтерес до даної тематики, її актуальність та необхідність всебічного дослідження явища. Однак, слід зазначити, що відповідно до всіх дефініцій та в межах всіх концептуальних підходів, емоційне вигорання розглядається як чинник порушення гармонійного функціонування індивіда, погіршення його соматичного і психологічного здоров’я. Перспективою нашої подальшої роботи вважаємо дослідження особливостей емоційного вигорання у жінок соціономічних професій та пошук шляхів профілактики даного явища.

## **Я-КОНЦЕПЦІЯ ЯК ЧИННИК ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ СТУДЕНТІВ**

**О. В. Гоцуляк,**

*магістрант спеціальності «Психологія»*

**О. М. Шпортун,**

*доктор психологічних наук, доцент,*

*Донецький національний університет*

*імені Василя Стуса*

Проблема професійної ідентичності студентів в наш час є дуже актуальною. На етапі випуску фахівців, підготовка студентів як майбутніх спеціалістів знаходиться на різному рівні. При оцінці всього багажу

професійних знань, умінь і навичок у процесі навчання кожен із студентів має різний рівень професійної ідентичності та мотивації до подальшої роботи по спеціальності. Професіоналізм, як частина професійного здоров'я студентів, цілком залежний від професійної ідентичності, на яку, в свою чергу, впливають різні фактори, що не були цілком розкриті в ході попередніх досліджень. Феномен професійної ідентичності також вивчали О. Столярчук, А. Ткаченко, К. Шамлян, Л. Шнайдер, У. Родигіна.

Сучасна ситуація в студентському житті потребує пошуку і дослідження чинників, які впливають на формування у студентів бажання навчатись за обраною спеціальністю та аналізу можливих варіантів подолання проблем на шляху професійного становлення, що актуалізує значущість дослідження професійної ідентичності (Шахрай Т. О., 2012). Задля виявлення чинників впливу на професійну ідентичність, нами був проведений аналіз теоретичних джерел з даного питання.

Професійна ідентичність (усвідомлення своєї тотожності з професійним Я-образом) ґрунтується на формуванні образу професії, осмисленні професійного Я-образу, формуванні позитивної Я-концепції, аналізу Я-образу: ідеального, нормативного, реального (Гарбузова Г. В., 2007).

На думку О. Я. Емельянової, головна ціль досягнення відчуття професійної ідентичності полягає в переході від зовнішніх джерел підкріплення і зворотного зв'язку у професійній діяльності до внутрішніх джерел, тобто до самопідкріплення. На початковій стадії формування професійної ідентичності підтримку особистості надають родичі та зацікавлені колеги. Можливо, у майбутньому індивід зробить відчуття ідентичності частиною своєї свідомості). На думку автора, на формування професійної ідентичності впливають такі чинники:

- 1) зростання мотивації до самопізнання;
- 2) усвідомлення власних потреб, можливостей, професійних інтересів і цінностей;
- 3) створення позитивних образів і перспектив професійного і особистісного майбутнього;
- 4) постановка цілей для підтримки і розвитку образу Я;
- 5) надання індивіду максимального зворотного зв'язку в його особистісних проявах, професійній поведінці (Емельянова О. Я., 2005).

Виходячи з цього можна сказати, що значний вплив на формування професійної ідентичності впливають індивідуально-особистісні прояви психіки. На нашу думку таким чинником виступає «Я-концепція» — цілісний, хоча й не позбавлений внутрішніх протиріч, образ власного Я, що виступає як установка щодо самого себе. Особливу увагу слід надавати формуванню позитивної «Я – концепції» студента як центрального утворення його особистості (Іщук О. В., 2013).

Нами були проведені експериментальні дослідження в жовтні 2020 р. на базі Навчальної лабораторії кафедри психології філологічного факультету Донецького національного університету імені Василя Стуса. Мета

дослідження: проаналізувати стан сформованості професійної ідентичності майбутніх психологів у сучасних умовах навчання, а також визначити зв'язок професійної ідентичності з «Я-концепцією».

Для аналізу особливостей професійної ідентичності студентів були використані: «Методика вивчення статусів професійної ідентичності» Дж.Марсія. За даними дослідження професійної ідентичності (Табл. 1) на 2 і 4 курсі студенти показали до 13% несформованої професійної ідентичності. До 7% студентів з кожного курсу (1 особа) нав'язана професійна ідентичність – це відбувається в тому випадку, коли вибір професії залежав від батьків, чи інших авторитетних знайомих студента. У статусі мораторію (загострення кризи професійної ідентичності) знаходиться велика частина студентів: 33% з 2 і 4 курсів, і 59%, - найвищий показник на третьому курсі. Студенти зі сформованою професійною ідентичністю, в залежності від курсу мали різний відсоток. На другому курсі ця кількість становила 53%, на третьому 26% (найменша кількість) і 46% на четвертому курсі.

Таблиця 1

Статуси професійної ідентичності студентів 2-4 курсів (%)

	Курс 2	Курс 3	Курс 4
Неформована	13	7	12
Нав'язана	6	6	7
Мораторій	33	59	33
Сформована	53	26	46

Для діагностики особливості Я-концепції був використаний тест «Хто Я?» М. Кун, Т. Макпартленд (модифікація Т. В. Румянцевої). Для нашого порівняльного дослідження були обрані лише 3 характеристики, які в повній мірі розкривають ті аспекти Я-концепції, що гіпотетично необхідні студенту для професійного становлення: «Я» психологічне, «Я» соціальне, «Я» професійне. Результати студентів кожного курсу були поділені по змістовним характеристикам «Я» (табл. 2).

Таблиця 2

«Середні значення змістовних характеристик «Я» (%)

Змістовні характеристики «Я»	2 курс	3 курс	4 курс
«Я» психологічне	32%	36%	44%
«Я» соціальне	29%	25%	21%
«Я» професійне	8%	9%	14%

Згідно з результатами тестування, рівень характеристики «Я» психологічне росте з кожним курсом. Це означає, що процес навчання позитивно впливає на оцінку свого «Я» з психологічної точки зору. Дане явище може бути пов'язане з ростом рівня психологічних знань.

Цілком протилежна картина спостерігається при аналізі середніх значень характеристики «Я» соціальне – прослідковується негативна

залежність: чим вищий курс – тим нижчий показник. Явище спаду може бути причиною того, що з кожним курсом студенти отримують соціальну незалежність і в них немає необхідності затверджувати своє «Я» в соціумі.

Найнижчий відсоток у показника характеристики «Я» професійне з невеликим темпом росту від 2-го по 4 курс. За 2 роки навчання відсоток виріс лише на 6%. Не дивлячись на отримання професійних знань під час навчання, студенти – майбутні психологи мають певні труднощі в ототожненні себе з професіоналом, оскільки подальша праця потребує більш розважливого і серйозного підходу.

При підрахунку коефіцієнту кореляції (за Пірсоном), ми отримали певні позитивні результати: статуси професійної ідентичності кожного з студентів були проранжовані за рівнем сформованості, де несформована – 1, нав'язана – 2, мораторій – 3, сформована – 4. Далі ці показники були занесені в комп'ютерну програму «SPSS 17», після чого вони були порівняні з даними тесту «Хто я?», а саме з параметром «Я-психологічне». Отримані результати свідчать про наявність стійкої лінійної взаємозалежності ( $r=0.900$ ).

Отже, за результатами емпіричного дослідження професійної ідентичності майбутніх психологів відомо, що «Я-концепція» має значний вплив на формування професійної ідентичності. Зміцнення і формування позитивної «Я-концепції» – це завдання учасників освітнього процесу, оскільки позитивна «Я-концепція» сприяє розкриттю і реалізації внутрішніх можливостей студента в напрямку його успішної професійної підготовки.

## **ПРОФЕСІЙНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ**

*І. М. Гресько,  
аспірант кафедри психології,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

Для повноцінного функціонування в суспільстві сучасній людині потрібно швидко адаптуватися до нових умов життя. Однак, стрімкий темп життя, повсякденні мікростреси залишають мало місця для відновлення внутрішнього ресурсу особистості. За останній рік пандемія стала новим викликом для населення, адже звичні види діяльності зазнали суттєвих змін, зокрема навчання та робота перейшли в дистанційний формат. І дітям, і дорослим донині приходится пристосовуватися до нового режиму дня, до освоєння нових онлайн-платформ для зустрічей з колегами, виконанню робочих обов'язків вдома. Таке змішання ролей, коли батьки вимушено замінюють дітям шкільних вчителів, та перетворення домішки на місце роботи, в першу чергу, позначається на самопочутті людини, її психологічному благополуччі та професійному здоров'ї.



Відмінна працездатність, результативність роботи, наявність позитивного настрою на виконання робочих обов'язків властива людям, які володіють професійним здоров'ям. Існують професії, які характеризуються дуже високим показником професійного вигорання, зазвичай це трудова діяльність пов'язана зі спілкуванням та взаємодією з людьми (лікарі, педагоги, психологи, соціальні працівники та інші). Такі фахівці потребують більш ретельного та бережливого ставлення до себе, власного здоров'я і самопочуття. Однак, безперечно, збереження і підтримання професійного здоров'я важливе для фахівців будь-якої галузі, тим паче в карантинних умовах, що накладають свій відбиток на самопочуття всіх людей.

Дослідження сфери професійного здоров'я почалося досить недавно. Так, питання здоров'я особистості у професійній діяльності досліджували Р. А. Березовська, Т. Ю. Богачева, Г. Г. Вебрина, Т. М. Дзюба, Г. М. Мешко, М. В. Сокольська та ін.

Мета роботи – теоретичний огляд проблеми збереження професійного здоров'я в умовах пандемії.

Основним завданням кожної людини в умовах пандемії є збереження власного здоров'я та здоров'я своїх близьких. Варто зазначити, що здоров'я – це багатогранне поняття, адже різні дослідники мали власний підхід до його розуміння. Аналіз наукової літератури показав, що здоров'я можна визначити як здатність людини зберігати та розвивати себе й середовище свого існування, або як здатність до адаптації. Також науковці відзначають, що здоров'я є формою життєдіяльності організму, що забезпечує йому необхідну якість життя і максимально можливу його тривалість при впливі багатьох факторів (соціальні, психологічні, виробничі, природно-кліматичні тощо). Відповідно, здоров'я – це стан організму, який забезпечує тривалість життя людини, фізичну та інтелектуальну працездатність, добре самопочуття. Крім того, українська дослідниця Т. М. Дзюба в одній зі своїх робіт зазначає, що здоров'я є динамічним процесом, коли людина в певні періоди свого життя може характеризуватися абсолютним здоров'ям та добрим самопочуттям, а в інші – граничними до хвороби станами. Тож здоров'я доцільніше розуміти як процес збереження і розвитку фізіологічних, біологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності і соціальної активності при максимальній тривалості життя (Дзюба Т. М., 2014). А для збереження наявних ресурсів здоров'я людина має характеризуватися відповідальним ставленням до здоров'я, тобто позицією особистості, яка обумовлює реакції та вольове здійснення діяльності щодо факторів здоров'я (Гусак П. М., 2009).

Під час здійснення трудової діяльності людина має турбуватися не лише про стан індивідуального здоров'я, а й слідкувати за професійним здоров'ям, що є інтегральною характеристикою функціонального стану організму, якому властива динамічна гармонійність внутрішніх переживань і пов'язані з ним ефективність та професійна успішність, здатність протистояти негативним чинникам, що виникають в процесі праці. Також психологи виділяють критерії професійного здоров'я особистості, до яких відносять наявність фізичних та

творчих сил, психічну рівновагу, гармонійні стосунки з оточуючими, цілеспрямованість, здатність до адаптації, планування та впорядкування своїх дій, почуття професійного обов'язку, критичне мислення та креативність. Деякі ознаки професійного здоров'я характеризують позитивну Я-концепцію, зокрема упевненість у собі, адекватність самооцінки та рівня домагань, оптимізм, внутрішню узгодженість та конгруентність (Мешко Г. М., 2019). Таким чином, стає зрозумілим, що збереженню професійного здоров'я сприяє відповідальне ставлення до індивідуального здоров'я та позитивна Я-концепція.

Варто зазначити, що фахівцю будь-якої галузі в певні періоди його трудової діяльності загрожує професійне вигорання, що є складним психофізичним феноменом, який включає емоційне, розумове й фізичне виснаження людини через тривале емоційне напруження у зв'язку з професійною діяльністю у сфері «людина-людина». Ознаками даного стану є наростання емоційного виснаження, збайдужіння до виконання обов'язків на роботі, зниження мотивації, негативізм щодо себе та своїх колег, відчуття власної професійної непридатності, незадоволеність роботою, які в сукупності можуть призводити до хронічної втоми, роздратованості, нервовості тощо (Мирончук Н. М., 2016).

Для запобігання виникнення професійного вигорання та збереження професійного здоров'я в умовах пандемії варто взяти до уваги наступні рекомендації:

- проявляти до себе уважність, щоб відслідковувати перші симптоми втоми від трудової діяльності і, відповідно, виділяти час на відпочинок;
- дотримуватися режиму дня, піклуватися про повноцінний сон та виділяти час на заняття фізичною активністю, що відволікають від роздумів про робочі завдання та допомагають вивільнити накопичену негативну енергію;
- при можливості варто розмежовувати в домівці робоче місце та місця для відпочинку, дозволля з рідними та інших справ (наприклад, працювати лише за комп'ютерним столиком, а не на дивані, де проводите час з близькими);
- ставити перед собою реальні робочі цілі та завдання в реальні терміни, не вимагати від себе більшого, ніж можете виконати;
- якісно проводити час з рідними та близькими (спільна вечеря, перегляд фільму, спілкування про проведений день тощо).

Якщо ж з'являються перші ознаки професійного вигорання, то найпершим важливим кроком до вирішення проблеми є усвідомлення власного стану, за чим слідує бажання гармонізувати власне професійне життя. В даному випадку слід звертатися за допомогою до психолога-консультанта, який допоможе вийти з цього стану, віднайти внутрішній ресурс та відновити професійне здоров'я.

Таким чином, професійне здоров'я є одним із аспектів загального благополуччя особистості, що забезпечує професійну успішність та ефективність. Так як більшість людей велику частину власного життя проводять на роботі, то турбота про себе як суб'єкта праці є важливою умовою збереження професійного здоров'я. Оскільки здоров'я є динамічним процесом, що вимагає постійного впливу та турботи, то фахівець будь-якої сфери для запобігання професійного вигорання, особливо в умовах пандемії, має усвідомити відповідальність за власне благополуччя і дотримуватися простих рекомендацій.

В контексті даної проблематики подальші наукові пошуки вбачаємо у дослідженні впливу Я-концепції на професійне здоров'я особистості.

## **РЕСУРСНІСТЬ УЧЕНИХ У ПРОБЛЕМАТИЦІ ПСИХОЛОГІЇ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я**

**Г. В. Гуменюк,**

*кандидат психологічних наук, доцент,*

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Стресогенність сучасного життя, що обумовлена мінливістю і невизначеністю умов життєдіяльності, підсилюється такими ціннісно-смысловими пріоритетами, як «культ успіху», «культ кількості атрибутів успішності», «культ сили», які стають причинами поширення надмірного напруження, перевтоми, тривожності та зрештою депресії. За таких умов збереження і зміцнення професійного здоров'я людини як головного критерію її працездатності є гостро запитаною.

Відповіддю на цей запит стало виокремлення нового науково-практичного напрямку – психологія професійного здоров'я (occupational health psychology), який виник і розвинувся на межі таких прикладних дисциплін, як психологія здоров'я, організаційна психологія і психологія праці. Його мета – вивчення соціально-психологічних та організаційних аспектів складної динамічної взаємодії між працею і здоров'ям людини, а також сприяння у створенні безпечних у сенсі здоров'я робочих місць (Березівська Р. А., 2012). Основний вектор досліджень цього напрямку, спрямований на вивчення ресурсів особистості фахівця та складових його здоров'я (психічного та психологічного), його збереження в професійній діяльності, професійна задоволеність у контексті можливостей їх розвитку (Вірна Ж. П., 2011; Ложкін Г. В., 2011; Березівська Р. А., 2012; Сокольська М. В. 2012 та ін.) тощо.

Особливо ця проблема актуальна для вчених, які у професійному відношенні є представниками однієї з груп ризику. Адже праця наукових співробітників – розумова, яка потребує задіяння творчого мислення в ситуаціях об'єктивної та суб'єктивної невизначеності. Це вимагає значного

психічного напруження та значної зосередженості на об'єктах пізнання. Очевидним є факт, що творча розумова праця відрізняється нерівномірністю розподілу нервового напруження при її здійсненні, оскільки пов'язана з необхідністю пошуку та осмислення великого обсягу інформації, мисленнєвому моделюванні гіпотетичних моделей та концепцій, прийнятті нестандартних (оригінальних) рішень тощо. Така діяльність передбачає високу особистісну відповідальність у задієнні всього арсеналу наявних ресурсів. Крім того, розумова діяльність учених не може вкладатися у традиційно існуючі рамки робочого дня, їй властива нерегулярність робочого навантаження, що лише підсилює нерівномірність розподілу нервового напруження; до того ж постійно висуваються високі вимоги до професійної ерудиції, масштабності і глибини мислення, а також до організаторських якостей, вміння працювати індивідуально і в групі водночас.

Таким чином, професійна діяльність висуває певні вимоги до вченого як до суб'єкта праці і, щоб їм відповідати, він має використовувати всю палітру свого ресурсного потенціалу. Саме тому проблема збереження та розвитку ресурсності вченого як суб'єкта, що створює інноваційний продукт, є гостро актуальною.

*Виклад основного матеріалу.* Будь-які професійні успіхи вчених, так чи інакше пов'язані з пошуком та активізацією його ресурсів, які допомагають йому не лише компенсувати чи долати несприятливі соціокультурні та професійні чинники середовища, але й отримувати професійно бажані результати. Ресурси виступають в якості т.зв. «генераторів активності», які сприяють ініціації поведінки людини, тим самим відіграючи ключову роль у процесах саморегуляції діяльності та самозбереження. Найчастіше до ресурсів відносять: фізіологічні та типологічні особливості особистості, когнітивні процеси та особистісні якості, соціальну підтримку, фінансову стабільність, набуті знання, вміння та навички, зокрема і професійні, а також наявність певних вмінь управління та раціонального використання ресурсів у процесі подолання стресу. У свою чергу, вміння оперувати ресурсами у складних життєвих ситуаціях можуть розглядатися в якості самостійного ресурсу. Проте, одним з ключових ресурсів для реалізації інтелектуального, фізичного та духовного потенціалу фахівця є його стан здоров'я. Г. С. Нікіфоров із рядом своїх колег розглядають професійне здоров'я як інтегральний показник функціонального стану здоров'я організму, який включає в себе емоційний, когнітивний і поведінкові компоненти, його зміни в тому чи іншому виді діяльності, ефективність цієї діяльності, професійну працездатність (Нікіфоров Г. С. та ін., 2006). В.О. Пономаренко розглядає професійне здоров'я як сукупність психофізіологічних та фізіологічних параметрів, які забезпечують високу надійність діяльності та професійне довголіття. Чим більший запас функціонального резерву (ресурсу), тим вище ефективність професійної діяльності та термін професійного довголіття (Пономаренко В. А., 2001).

Всі ці перераховані чинники вказують на багатоплановість проблеми вивчення збереження і розвитку ресурсу як вихідної одиниці здоров'я вчених в умовах професійного середовища. Основною умовою збереження ресурсності вченого є його адекватне використання, яке передбачає:

- своєчасне визначення пріоритетності того чи іншого мотиву на даний проміжок часу;
- стратегічне і тактичне планування, яке підкріплюється діями щодо здійснення цих планів;
- готовність до змін, як здатність особистості виявляти надситуативну активність у прийнятті відповідної позиції для подолання труднощів;
- диференціація сфер застосування своїх сил;
- рефлексія (виокремлення та подальший розвиток професійно та особистісно важливих якостей);
- усвідомленість наявних засобів (чи засобів їх набуття) та готовність їх використовувати для досягнення мети;
- розвиток навичок асертивної поведінки;
- компенсованість (взаємозамінність одних ресурсів іншими);
- визнання цінності ресурсів у соціумі тощо.

Проведене нами дослідження українських вчених гуманітарного профілю (n=31), які досягли значних професійних успіхів (7% з високим рівнем професіоналізму; 54% – з рівнем вищим за середній), показало, що на шляху свого професійного зростання, при досягненні вагомих наукових результатів мало місце наявність у них чіткого плану власного професійного розвитку, який вибудовувався на пріоритетних для них основах. При цьому вони виявляли наполегливість у досягненні поставлених цілей; гармонійно вибудовували власний «життєво-професійний простір», цілком вдало поєднуючи професійну діяльність із позапрофесійним життям. Їх вирізняє повна ідентифікація з професійним співтовариством, серед якого вони мають заслужений авторитет. Свою наукову діяльність розглядали як простір, що надає їм максимальні можливості для самовдосконалення та творчого втілення своїх ідей. Притаманний їм гнучкий стиль виконання професійної діяльності, створював для них додаткові можливості щодо розкриття та примноження особистісного потенціалу та професійних здібностей.

Натомість учені, які не досягли успіхів у науково-пошуковій діяльності (16%), висловлювали невдоволення щодо того, як складається їх професійна кар'єра. Їм важко було оцінити як свої професійні досягнення, так і фаховий рівень; не особливо переймалися питаннями підвищення свого професійного рівня. Власне професійне майбутнє уявляли у загальних рисах, майже його не плануючи. Проте, ставлячи перед собою професійні цілі, – намагалися їх досягти. При отриманні бажаного результату, швидше, ніж у попередніх групах, прагнули отримати ще кращий. Їм важко вдається гармонійно вибудовувати «життєво-професійний простір» через відсутність чіткості у виборі пріоритетів; професійна позиція сформована недостатньо; ідентифікація з професійним товариством не дуже висока, спостерігається

невпевненість в якості своїх здобутків; часто висловлювали невдоволення від своєї роботи. Вважають, що наукова діяльність створює незначні можливості для розкриття їхнього потенціалу, при цьому творчість під час роботи виявляти у незначній мірі; притаманний не гнучкий стиль діяльності.

Психологія професійного здоров'я як новий напрям психологічного знання дає можливість значно розширити діапазон поглядів на природу ресурсності людини, яку слід розглядати як передумову продуктивної фахової діяльності і професійного здоров'я. Так, фахівець використовує свої ресурси не лише для подолання стресу чи складних професійних ситуацій, але й для саморозвитку, самореалізації, особистісно-професійного розвитку, досягнення поставлених цілей тощо. Професійний успіх при цьому визначається не стільки величиною і модальністю самих ресурсів, скільки тим, наскільки продуктивно вони в цілому використовуються. Перспективність вивчення проблеми збереження та примноження ресурсів людини, активне впровадження цих знань у повсякденну життєдіяльність є вкрай важливим для здійснення соціального прогнозування щодо підвищення продуктивності праці вченого та якості його життя.

## **ЗДАТНІСТЬ ДО САМОПРОЕКТУВАННЯ ЯК РЕСУРС РОЗВИТКУ ОСОБИСТОСТІ**

**К. В. Гуцол,**

*науковий співробітник лабораторії когнітивної психології,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Соціально-економічні трансформації сучасного суспільства зумовлюють нагальну потребу в особистостях, які спроможні задовольнити вимоги прогресивного розвитку людства, зокрема здатні опановувати власну поведінку в умовах невизначеності, керуватися системою внутрішньої детермінації при прийнятті стратегічних життєвих рішень, формувати авторську позицію власних життєздійснень, що зумовлює їхні прагнення до саморозвитку, самоменеджменту, самопроектування.

У контексті досліджуваної проблеми, широкі перспективи відкриває психолого-герменевтичний підхід, який розглядає розвиток особистості як становлення їх здатності до самоосмислення та осмислення навколишнього світу через освоєння особистістю культурних дискурсів, розуміння та інтерпретацію власного життєвого досвіду, привласнення смислових утворень і їх трансформування шляхом відтворення (породження, привласнення, акумулювання, зміни, модифікації) особистих дискурсів. Психологічна герменевтика тлумачить самопроектування як дискурсивне проектування особистістю самої себе.

Самопроектування постає як розвиток особистісної здатності розуміти себе і навколишній світ через засвоєння, асиміляцію культурних дискурсів, інтерпретацію і реінтерпретацію власного життя і соціокультурного досвіду, привласнення нових сенсів і здатності їх трансформувати, інтегруючи у власну смислову систему. З одного боку, це здатність особистості будувати історію свого життя, а з іншого, – проекти власного майбутнього, власних життєвих і особистих трансформацій; здатність до їхнього перетворення залежно від особистих змін, зовнішніх обставин, соціокультурних перетворень, здатність вибудовувати життєві плани, завдання і перспективи особистості.

В оптиці зазначеного підходу самопроектування визначається як процес конструювання особистістю власних ідентичностей, реалізації здатності діяти відповідно до перспективної спрямованості індивідуального досвіду, виходячи з власних особистісного та життєвого проектів.

Самопроектування тлумачиться як процес ампліфікації і трансформації смислової системи особистості, який здійснюється шляхом розуміння та інтерпретації її життєвого й особистісного досвіду, який, у свою чергу, інтегрується і кристалізується, спираючись на внутрішні інтенції людини (цілі, завдання, мотиви тощо) і на соціокультурні дискурси, що організують цей досвід.

Незважаючи на актуальність дослідження здатності особистості до самопроектування, проблема визначення чинників її розвитку (як його провідних домінант) залишається малоопрацьованою в психологічній науці.

На нашу думку, серед основних чинників розвитку здатності особистості до самопроектування доцільно виокремити: мотиваційні, інтелектуальні (когнітивні і метакогнітивні), комунікативні.

До складу мотиваційного блоку віднесено: прагнення особистості до самоактуалізації, спрямованість на самореалізацію, бажання задовольнити вимоги соціуму, орієнтованість на успіх.

У свою чергу, інтелектуальний блок містить: когнітивні психічні процеси особистості – увага, відчуття, уявлення, сприймання, пам'ять, мислення, уява, мовлення; метакогнітивні процеси (Смұльсон М.Л., 2003) – інтелектуальна ініціація (здатність до самостійної постановки задач), стратегічність, рефлексія, децентрація (здатність подивитися на проблему з точки зору Іншого).

Серед комунікативних чинників розвитку здатності особистості до самопроектування виділено: загальну мовленнєву компетентність, діалогічну компетентність, інтерактивну компетентність, наративну компетентність.

Узагальнюючи вищевикладене, ми вважаємо, що здатність до самопроектування є відкритим динамічним особистісним утворенням, архітектоніка якого впродовж життя набуває різних змістовних конфігурацій, а його остов можна схарактеризувати як інтегративний корпус п'яти психологічних характеристик особистості: прагнення до саморозвитку (особистий проект); системної рефлексії; толерантності до невизначеності; особистісної автономії (вищий рівень інтенціональної, смислової емансипації

особистості); перспективної орієнтованості індивідуального досвіду особистості (життєвий проект).

Здатність до самопроектування базується на спроможності особистості осмислювати/переосмислювати власний особистий та життєвий досвід, що відбувається через занурення в соціокультурні дискурси та вибудовування на їх основі власної динамічної смислової системи, яка, у свою чергу, становить потужний ресурс для «життєздатності» процесів самопроектування особистості.

## **ЗДОРОВ'Я ТА ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ**

*Г. П. Дзвоник,*

*науковий співробітник,*

*Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Здоров'я людини забезпечує високу якість і достатню тривалість життя та життєстійкість особистості. Здорова людина легше долає перешкоди та певні життєві випробування. Її висока життєстійкість обумовлюється достатньо високим адаптаційним потенціалом, наявністю енергії та гнучкості. Здоров'я людини – це гармонійне поєднання фізіологічних, психологічних (особистісних, душевних) та соціальних чинників, що забезпечують внутрішнє благополуччя людини, її стійкий комфортний стан. Фізичне здоров'я індивіда є фундаментом загального здоров'я особистості та передбачає гарне самопочуття, бадьорість, наявність енергії, працездатність. Загальний стан здоров'я визначається стилем життя, професійною зайнятістю, звичками, вмінням прислуховуватися до потреб свого організму. Постійна увага до свого психофізіологічного стану є профілактикою захворювань, підґрунтям високої життєстійкості особистості. На особистісне здоров'я крім здоров'я фізичного впливає соціально-психологічна адаптивність, тобто здатність знаходити своє місце у групі, спільноті, соціумі, загалом відчувати себе на своєму місці у власному житті. Від того, як почувається людина в групі, як звикає до нових умов чи вимог, наскільки вміє пристосуватись до лідера чи взяти управління ситуацією у власні руки, залежить її переживання суб'єктивного благополуччя.

Психологічно здорова людина – це динамічна людина, яка легко пристосовується до змінюваних умов життя. Вона вміє продуктивно спілкуватися, враховувати потреби інших людей, цінує можливість мати спільні цілі, уподобання та професійну спрямованість з іншими людьми. Для психологічно здорової людини нескладно встановлювати довготривалі конструктивні стосунки, уникаючи конфліктів та непорозумінь. Психологічно здорова людина не випадає з плину часу, не ігнорує його можливостей і обмежень. Вона зацікавлено і відповідально ставиться до майбутнього,



усвідомлюючи його тісний зв'язок із минулим і теперішнім, відчуваючи власну роль у його передбаченні. Така людина завжди відкрита новому досвіду і готова рухатися вперед, приймаючи несподіванки. Її прогностичні здібності проявляються в адекватних життєвих домаганнях, у вмінні ставити своєчасні життєві завдання та створювати умови для їх реалізації.

Особистість, що схильна до здорового способу життя, позитивно ставиться до себе, має виражену оптимістичну орієнтацію та життєстійкість. За параметрами ставлення особистості до інших (психологічний простір), до свого майбутнього, вікових можливостей і обмежень (психологічний час), до життєвих випробувань та негараздів (життєстійкість) можна прогнозувати стан здоров'я людини та можливості його збереження. Поліпшення, відтворення фізичного та психологічного здоров'я людини є збереженням і примноженням її персонального капіталу. Здоровий спосіб життя є найкращим свідомством високої життєстійкості особистості.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ВИХОВАТЕЛІВ ДОШКІЛЬНИКІВ ЯК СКЛАДОВОЇ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я**

**Т. В. Завадська,**

*кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник,*

**М. В. Войтович,**

*науковий співробітник,*

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Професійна діяльність вихователів дитячих дошкільних закладів відноситься до професій типу «людина-людина». Виховання дитини є складною діяльністю і передбачає постійний контакт з дитиною через гру, індивідуальні та спільні заняття з метою всебічного її розвитку. Вихователь приділяє увагу фізичному, психологічному та етичному становленню особистості дитини, що супроводжується постійним психоемоційним напруженням. Професія вихователя дитячого дошкільного закладу є суто жіночою, що є додатковим психофізіологічним й емоційним навантаженням. Хронічний стрес та постійне емоційне напруження виснажують особистісні емоційні й фізіологічні ресурси вихователів, а це може призвести до розвитку синдрому емоційного вигорання. Емоційне вигорання виникає в результаті внутрішнього накопичення негативних емоцій, коли людина не має можливості відповідного «визволення» від негативу, що й веде до виснаження психоемоційних та фізіологічних ресурсів людини, зниження загального рівня здоров'я. Тому визначення ознак синдрому емоційного вигорання вихователів дитячих дошкільних закладів є актуальним питанням. Мета роботи – дослідити ознаки емоційного вигорання вихователів дитячих дошкільних закладів.

Поняття синдрому емоційного вигорання (СЕВ) введено до психології у 1974 р. американським психіатром Г. Фрейденбергом. Синдром супроводжується наростаючою байдужістю до обов'язків; дегуманізацією – у формі проявів негативізму (у випадку вихователів дошкільних закладів – стосовно дітей, а також до тих, хто працює поруч); відчуттям власної професійної неспроможності, незадоволеністю працею; в явищах деперсоналізації, а зрештою – в різкому погіршенні якості життя. Згодом можуть розвиватися невротичні розлади і психосоматичні захворювання.

Дослідники виділяють п'ять ключових груп симптомів, що характеризують синдром емоційного вигорання: *фізичні* (стомлення, виснаження; безсоння); *емоційні* (недолік емоцій; песимізм, цинізм у роботі та в особистому житті); *поведінкові* (під час роботи з'являється втома і бажання відпочити; байдужість до їжі); *інтелектуальні* (зниження інтересу до нового; нудьга, апатія, зниження смаку та інтересу до життя); *соціальні* (низька соціальна активність; зниження інтересу до дозвілля, захоплень; мінімальні стосунки на роботі та вдома). Тобто, синдром емоційного вигорання характеризується поєднанням симптомів порушення в психічній, соматичній і соціальній сферах життя, з яких і складається емоційне вигорання (Бойко В. В., 2004; Ільїн Є. П., 2000). Це наступні симптоми:

1) *Симптом «незадоволеності собою»* - незадоволеність собою, обраною професією, посадою, конкретними обов'язками; симптом виникає в результаті невдач або нездатності впливати на психотравмуючі обставини.

2) *Симптом «загнаності у клітку»* – інтелектуально-емоційний затор, тупик, пов'язаний з неможливістю уникнення психотравмуючих обставин, відчуттям безвихідності.

3) *Симптом «редукції професійних обов'язків»* – спрощення обов'язків, зведення складного до простішого, має негативний відтінок; виявляється в спробах полегшити або скоротити обов'язки у професійній діяльності, які вимагають емоційних витрат.

4) *Симптом «емоційної відстороненості»* передбачає виключення емоцій зі сфери професійної діяльності як емоційний захист, надбаний упродовж професійної діяльності. Симптом проявляється лише у професійній сфері особистості, в інших сферах людина переживає повноцінні емоції.

5) *Симптом «особистісної відстороненості (деперсоналізації)»* – повна або часткова втрата інтересу до людини – суб'єкта професійної діяльності, сприйняття партнера по спілкуванню (в нашому випадку – дитини) як предмета, як об'єкта маніпуляцій. Деперсоналізація за Вікіпедією (<http://uk.wikipedia.org/wiki/>) – це стан відчуження від самого себе, неадекватне сприймання людиною своєї особи, свого «Я». Відчуття, що всі дії, мова, рухи здійснюються начебто автоматично, мимоволі. Цей симптом ї однією з основних ознак синдрому емоційного вигорання.

*Методики.* Рівень емоційного вигорання визначався за методикою В. В. Бойка в модифікації Є. П. Ільїна «Діагностика рівня емоційного вигорання». В дослідженні взяли участь 78 вихователюк дитячих садків. Для

врахування вікового аспекту синдрому емоційного вигорання учасники були поділені на 4 групи: 1 група – вік вихователюк – до 30 років включно, 2 група – до 40 років, 3 група – до 50 років, 4 – до 60 років та вище. До 1 групи ввійшло 24 особи, що склали 30,8% від усіх досліджених; 2 група – 29 осіб (37,2%); 3 група – 18 осіб (23,1%); до 4 групи ввійшло 7 осіб (8,9%). Припустимо, що стаж педагогічної діяльності досліджуваних залежить від віку. Результати розподілу досліджуваних у цій вибірці за виявленими симптомами емоційного вигорання наведені у таблиці 1, в якій є скорочення: НС – несформований симптом; СФ – симптом, що формується; СС – сформований симптом.

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних (вікові групи) за окремими симптомами  
(«Діагностика рівня емоційного вигорання» В.В. Бойка)

Назва симптому	1 група (30,8% ) N=24			2 група (37,2%) N=29			3 група (23,1%) N=18			4 група (8,9%) N=7		
	НС	СФ	СС	НС	СФ	СС	НС	СФ	СС	НС	СФ	СС
Незадоволеність собою	20 83,3	2 8,3	2 8,3	25 86,2	4 13,8	-	12 66,7	4 22,2	2 11,1	7 100	-	-
Загнаність у клітку	17 70,8	3 12,5	4 17,6	20 67,0	8 27,6	1 3,4%	15 83,3	1 5,6	2 11,1	7 100	-	-
Редукція проф.обов'язків	4 16,7	5 20,8	15 62,5	6 20,7	4 13,8	19 24,1	5 27,8	2 11,1	11 61,1	3 42,9	1 14,3	3 42,9
Емоційна відсторон.	15 62,5	8 33,3	1 4,2%	18 62,5	8 27,6	3 10,3	12 66,7	2 11,1			-	1 14,3
Особистісна відсторонен.	15 62,5	5 20,8	4 16,7	22 75,9	5 17,2	2 6,9	9 50,0	4 22,2	5 27,8	6 85,7	-	1 14,3

З таблиці 1 ми бачимо, що симптом «незадоволеність собою» у більшості досліджених всіх вікових груп є несформованим (від 66,7% до 100%). Найбільша група «невдоволених собою» – приблизно 33,3% – спостерігалась серед вихователів 3-ї вікової групи, якщо враховувати представників зі сформованим симптомом та симптомом, що формується. Симптом «загнаність у клітку» також у більшості визначений як несформований (від 67,0% до 100,0%, див. табл.1), але у вихователів 1-ї та 2-ї вікових груп симптом, що формується та сформований визначені приблизно у 30,0%, що свідчить про певний інтелектуально-емоційний «тупик» у третини вихователів, віком від 20 до 40 років.

Симптом «редукція професійних обов'язків» у стадії сформованості був визначений для всіх груп вихователів, а найвираженішим він був у представників 1-ї та 3-ї вікових груп (62,5% і 61,1% відповідно, див. табл.1). Також серед всіх груп вихователів визначені досить велика кількість працівників з ознаками синдрому, що формується, – від 11,1% до 20,8% досліджуваних. Симптом «емоційна відстороненість» у більшості

вихователів несформований, а в стадії сформованості був визначений у незначної кількості працівників. Однак, відмічено, що сформований синдром виявляється у більшій кількості вихователів, залежно від їхньої вікової групи: 1 група – 4,2%, 2 група – 10,3%, 3 група – 22,2% і 4 група – 14,3%. Незначна кількість досліджених виявила ознаки симптому «особистісної відстороненості». Найбільша кількість виявилась серед вихователів 1-ї та 3-ї вікових груп (40,0% та 41,0% відповідно, див. табл. 2).

У більшості обстежених (15,4%+61,5%) визначений симптом «редукція професійних обов'язків» в стані формування або вже сформований, який супроводжується спрощенням та скороченням професійних обов'язків. Він був визначений і серед молодих представників досліджених, і серед досвідчених вихователів. З таблиці 2 зрозуміло, що у більшості вихователів несформовані симптоми, з яких складається емоційне вигорання, що є позитивним результатом цього дослідження.

Таблиця 2

Розподіл досліджених за окремими симптомами

Назва симптому (N=78)	НС несформований симптом	СФ симптом, що формується	СС сформован.симптом
Невдоволеність собою	64 (82,1%)	10 (12,8%)	4 (5,1%)
Загнаність у клітку	59 (75,6%)	12 (15,4%)	7 (9,0%)
Редукція проф. обов'язків	18 (23,1%)	12 (15,4%)	48 (61,5%)
Емоційна відстороненість	41 (52,6%)	18 (23,1%)	9 (11,5%)
Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	52 (66,7%)	14 (17,9%)	12 (15,%)

За методикою сума балів усіх симптомів позначає ступінь прояву загального синдрому емоційного вигорання. Розподіл досліджених вихователів за ступенем сформованості синдрому емоційного вигорання наведений в таблиці 3.

Таблиця 3

Розподіл досліджуваних за ступенем прояву синдрому емоційного вигорання у вікових групах

Вікові групи	1 (до 30 р.)	2 (до 40 р.)	3 (до 50 р.)	4 (до 60 р. та більше)	Всього
Відсутність синдрому	11 (14,1%)	17 (19,2%)	6 (7,7%)	5 (6,4%)	37 (47,4%)
Синдром, що формується	10 (12,8%)	13 (16,7%)	11 (14,1%)	2 (2,6%)	36 (46,2%)
Сформований синдром	3 (3,8%)	1 (1,3%)	1 (1,3%)	-	5 (6,4%)

З наведеного у таблиці бачимо, що для 47,4% всіх вікових груп вихователів визначена відсутність синдрому емоційного вигорання. Сформований синдром спостерігався лише у 5 осіб (6,4%), які складають групу «ризик». До тієї ж групи «ризик» можна віднести також значну групу вихователів (36 осіб; 46,2%), у яких були визначені ознаки синдрому

вигорання, що формується. Зазначимо також, що найуразливішими є вихователі першої та третьої вікових груп, і, вірогідно, це пов'язано з кризовими станами становлення професіонала.

Висновки.

1. Дослідження ознак прояву синдрому емоційного вигорання вихователів дитячих дошкільних закладів виявило, що у більшості вихователів не сформовані симптоми, з яких складається емоційне вигорання, що є позитивним результатом даного дослідження.
2. Встановлено, що симптом «редукція професійних обов'язків» вже сформований у 61,5% досліджуваних вихователів, формується – ще у 15,4%.
3. Визначена «група ризику», яка потребує психологічної допомоги для подолання та профілактики емоційного стресу та збереженню здоров'я.

## **МОВНІ ПСИХОТИПИ ОСОБИСТОСТІ: ТИПОЛОГІЯ ТЕКСТОВИХ ЛІНГВОПЕРСОНОЛОГІЙНИХ ВИМІРІВ**

*А. П. Загнітко,*

*доктор філологічних наук, професор,*

*член-кореспондент НАН України,*

*Донецький національний університет*

*імені Василя Стуса*

Сучасні лінгвістичні дослідження з опертям на антропоцентричний підхід, який швидше нагадує андрологовий, прагнуть охопити різноманітні аспекти й виміри: 1) продукування мовлення з визначенням закономірностей і напрямів номінативної діяльності лінгвоперсони (Загнітко А.П., 2017); 2) диференціюванням статусу спостерігача й оповідача зі встановленням відмінностей у творенні тексту; 3) з'ясуванням поведінкових типів із простеженням реальних та ірреальних, симетрійних (ізометрійних, анасиметрійних, дисиметрійних, антисиметрійних, алосиметрійних, алосиметрійних, симптосиметрійних, амфісиметрійних та ін.) та асиметрійних текстів, що уможливорює діагностування й розмежування мовних психотипів і под. Актуальним постає розгляд типології текстових лінгвоперсонологічних вимірів через призму мовної компетенції особистості (текстові величини) та урахуванням методик психолінгвістичного аналізу мовленнєвої дії для встановлення особливостей мовленнєвої поведінки за ступенем вираження психомовної особистості.

На кафедрі загального та прикладного мовознавства і слов'янської філології Донецького національного університету імені Василя Стуса теорію лінгвоперсонології в її власне теоретичному й науково-прикладному аспектах активно опрацьовують із 2015 року в межах науково-дослідної теми «Комунікативно-прагматична і дискурсивно-граматична лінгвоперсонологія:

структурування мовної особистості та її комп'ютерне моделювання» (0115U000088; 2015-2017 рр.), згодом продовжено в науково-дослідній темі «Об'єктивна і суб'єктивна мовносоціумна граматики: комунікативно-когнітивний та прагматико-лінгвокомп'ютерний виміри» (0118U003137; 2018-2020 рр.). Результатом такого опрацювання постало обґрунтування лінгвопсихіатрії персони зі встановленням відповідних категорій, одиниць, рівнів (Загнітко А.П., 2017), встановлення основних і/чи неосновних комунікативних типів моно- і полілінгвоперсони. Водночас постало питання про мовні психотипи особистостей (Загнітко А.П., 2019), що передбачає охоплення різних аспектів реалізації лінгвоперсони в мову та через мову, реалізацію емоційних, морально-естетичних та інших поведінкових настанов у текстових величинах.

Метою дослідження є встановлення типології текстових лінгвоперсонологічних вимірів через їхню співвідносність із мовними психотипами. Визначена мета мотивує необхідність вирішення таких завдань: 1) встановлення кваліфікаційних ознак мовного психотипу особистості; 2) визначення текстових параметрів реалізації застрягального, емотивного, гіпертимного, збудливого, демонстративного, екзальтованого, агресивного, психостенічного, шизоїдного, гіпертимного та інших мовних психотипів; 3) кваліфікування текстових лінгвоіндивідуалізацій амбівертів, екстравертів, інтровертів.

Оскільки комунікативна компетентність особистості акумулює мовні навички, властивості номінувати (співвідносність номінативного й екзистенційного компонентів), мовленнєві здібності, що засвідчують рівень сформованості міжособистісного досвіду, потенційну здатність реалізувати себе через взаємодію з адресатом (і/чи адресатами), комплексну здатність встановлювати необхідні контакти з іншими людьми, необхідні для побудови міжособистісної взаємодії, методами студіювання постають мовнопсихологічне моделювання, психомовного експерименту, мовного діагностування лінгвоперсони, структурного аналізу, мовнопсихологічної трансформації та ін.

Для кваліфікації мовного психотипу, диференціювання отриманих текстових величин доцільно використати методику аналізу змістовно-структурної сутності мовної компетентності особистості, її значущості в її самореалізації, самоідентифікації, розпізнаванні сутності лінгвоперсони іншими комунікантами з вербалізацією поведінки адресата: *«Не заперечуй, Маріко. Я бачу це, я відчуваю. Спершу ти засуджувала її за те, що вона зраджувала свого чоловіка, якого ти вважала своїм рідним батьком. Згодом ти стала засуджувати її й за те, що вона буцімто завдавала мені страждань»* (О. Авраменко. Заборонені чари), де два опорні дієслова *бачу, відчуваю* ідентифікують ( $\leftrightarrow$  відтворюють) оцінку адресантом дій адресата. Спостерігач перетворюється на співучасника, але не реального, а психологічно усвідомленого. Письмові й усні тексти лінгвоперсони постають продуктами суб'єктивної мовленнєвої діяльності, що охоплюють відповідну кількість

індивідуально-особистісних властивостей і характеристик суб'єкта тієї чи тієї діяльності.

Для адекватної кваліфікації продукуваних текстових величин, визначення їх типології необхідним є застосування програми лінгвістичного аналізу мовленнєвих дій з диференціюванням трьох рівнів: мовного, мовленнєвого й змістовно-сміслового. Послідовне використання складників програми уможливило виокремлення восьми типів психомовної особистості: демонстративного (істероїдного (максимальна деталізація: – *Я все розповім. Не перебивайте. Тут важливе все* (О. Гончар, Бригантіна)), застрягального (ригідного (уповільнене перемикавання: *Добре, що я приїхав сюди на дві години раніше. Так я завжди робив, щоб відпочити від давки в автобусі й погамувати біль, який став щоденним супутником мого життя* (М. Руденко, Енергія прогресу)), збудливого (– *Знаю, знаю... – При цих словах начальник спецвідділу зміряв Максима оком з ніг до голови й мовби сумовито скривився, зупинившись поглядом на його ганчір'яних подертих бурках* (І. Багрянний, Людина біжить над прірвою); – *Та мовчіть і жінкам закажіть. Щоб вас у свідки ляхи не потягли* (Ю. Логвин, Танці шайтана)), гіпертимного (підвищений настрій: – *Я глибоко співпереживаю Вашому горю. Але мене дивує Ваше запитання, тим більше, що кожне Ваше слово дихає вірою. Не знаю, чи може називатися спадкоємцем Христовим той, хто сумнівається у вічному житті?* (М. Сербський, Місіонерські листи)), тривожного (Наталя Павлівна: *Я дуже тривожусь за Андрія, він тепер дуже працює і... той. Я боюсь, щоб з ним не було чого поганого... Може б, ти пішла поглянула униз, на майстерню, до них, як він там...* (В. Винниченко. Брехня), де опорні лексеми *тривожусь, боюсь* доповнені лінійною перервистістю мовлення, умовчанням фрагментів (не вербалізованих, тому їх відтворення є проблемним), що загалом передає внутрішню тривогу, переживання), екзальтованого (– *Боже, які ми класні, – нагадала Терезка і покосилася на вуйка. – Вуйку! Ми вільні! Ні жони твоєї вольтанутої, ні роботи, ні школи! А музика? Ах, ах, яка з нами божественна музика, вуйку! Ах, «Джетро Талл»! Ах, «Дорс»! А «Пінк Флойд»?! Ах-ах-ах!* (Любка Дереш. Архе...)), емотивного (– *Ого-го! Ох! Ех! Ух! Ну й важко! Тягну, аж присідаю* (В. Нестайко, Тореадори...)), циклотивного (гіпертим і гіпотим в одній особі (за К. Леонгардом), пор.: *Зворушена Елеонора Мойсейвна то плакала, то сміялась, а коли зачинались за черговою “нестестой” і лютим Жекою двері, годувала Спиридона Спиридоновича ... сосисками* (Г. Тарасюк, Жека і Спиридон)).

Аналіз мовних психотипів через встановлення особливостей їхньої реалізації у відповідних текстових структурах передбачає комплексне вивчення й моделювання тексту, його лінійності, послідовності нанизування смислів, обтяження пам'яттю: *Вона гостро й чуло сприймала кожне наше слово, вона сама переживала те, що переживали колись ми, пишучи свої вірші, оповідання й повісті. Ці три години були справжнім єднанням письменників з їхніми читачами* (Б. Антоненко-Давидович), де градаційний ряд передає наростання внутрішнього вияву співпереживання, відчуття почутого як

власного. У таких і подібних випадках для розгляду вимагається ширший контекст, урахування усіх обставин реалізації психотипу мовної особистості, відбиття цього у відповідних текстових структурах. Так, наприклад, для застрягального типу притаманними є тексти великого обсягу з низькою лексичною варіативністю, семантичною розмитістю. Особи, які продукують такі тексти, здебільшого не допускають помилок, що, певною мірою, мотивоване підвищеною чутливістю (надчутливістю), високим ступенем недовіри до інших. Вони дотримуються за краще делікатно висловлювати свої міркування, прагнучи використовувати усталені слова й словосполучення: *Ніна Матвійвна підозріло дивилася на новеньку, задумливо крутячи в руках олівець. – Мене дивують твої слова. Тихо, діти! Тихо! Кому я кажу? Я не знаю, як ти вчилася у п'ятому класі? Хто твої учителі?* (О. Бердник, Лабіринт Мінотавра). Мовлення підтверджує структурну лінійність і смислову зв'язність з домінуванням усталених форм синтаксичного зв'язку, лексичної валентності. Актуалізація питань на зразок *Кому я кажу? Я не знаю, як ти вчилася у п'ятому класі? Хто твої учителі?* з різною адресатністю (*Кому я кажу?* – школярі та *Я не знаю, як ти вчилася у п'ятому класі?* – нова учениця) засвідчують прагнення тримати ситуації в нормі, а нанизуванні нерівнорядних питань на кшталт *Я не знаю, як ти вчилася у п'ятому класі? Хто твої учителі?* відбивають внутрішнє переконання лінгвоперсони в недоцільності відповіді, оскільки вона чітко усвідомлює правильність власних сумнівів, що й актуалізує глибинну іронію. Аналізований текст є експресивним, за зовнішньою прозорістю, структурною упорядкованістю прихована смислова складність (*Я не знаю, як ти вчилася у п'ятому класі?* → \* *Я не хочу знати, як ти вчилася у п'ятому класі?*). Здебільшого змістовно-смислового рівня текстових структур таких особистостей властиві відступи від заявленої теми розмови, поставленого питання, відсутність очікування відповіді, прогнозування розгортання діалогу. Наведені питання відбивають бінарність діалогу, егоцентровість центрі комунікативної ситуації. Уміщення в питанні прогнозованої відповіді – це уникання тих тем, які є для них дражливими, викликають відчуття тривоги.

Дослідження мовних психотипів особистості (і/чи особистостей) має опертям широкий спектр її дискурсивних практик із визначенням особливостей продукування текстових структур, у яких найпосплідовніше реалізуються її переживання, відчуття, емоції та ін. Визначення основних мовних психотипів є умовністю, оскільки ідеально жоден із них не постає, та й виділення констатованих мовних психотипів є відносним, вимагаючи послідовного аргументування й опертя на цілісні життєво лінгвоперсонологічні граматики, вибудовані упродовж власного життя. Перспективним є встановлення моделей реалізації мовних психотипів на матеріалі різночасових і віддалено територіальних текстових структур зі встановленням напрямів та особливостей зміни їх мовної свідомості та ін.



# ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРАТЕГІЙ РОЗВ'ЯЗАННЯ МІЖОСОБИСТОСТІСНИХ КОНФЛІКТІВ У РАННЬОМУ ЮНАЦЬКОМУ ВІЦІ

*Ю. С. Зацерковна,  
магістрант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

Ранній юнацький вік завжди був об'єктом численних психологічних досліджень та продовжує бути у центрі уваги сучасних фахівців, оскільки у складних умовах нашого сьогодення молодь, як ніколи, стоїть перед багатьма невирішеними проблемами, часто відчуває невпевненість у своєму майбутньому, нерідко переживає негативні емоційні стани та різні конфлікти. Джерелом таких появів є не тільки закономірні глибинні трансформації ціннісно-нормативних засад суспільства, яке постійно розвивається, а й специфічні труднощі «дорослішання». Характеризуючи юнацький вік О. А. Чала відмічає одну з його важливих рис – наявність широкого спектру психологічних проблем, як внутрішньоособистісних, так і міжособистісних, які супроводжують юнацький вік і відображають суперечливі стосунки особистості з собою й оточуючим світом (Чала О. А., 2009). Основними досягненнями цього віку є входження юнаків у різні соціальні групи та засвоєння ними нових ролей під час міжособистісної взаємодії. Очевидно, що міжособистісні стосунки можуть перетворюватися у міжособистісні конфлікти. Недостатність досвіду, установки, які набуті в сім'ї, серед однолітків, у суспільстві не завжди дозволяють юнакам конструктивно розв'язувати конфліктну ситуацію сучасній. Напроти, готовність до вибору конструктивних стратегій у конфліктній взаємодії є одним із ключових факторів, що будуть сприяти адекватній поведінці у конфліктах, гармонізації стосунків з оточуючими, що є підґрунтям для гармонійного особистісного зростання та ресурсом психологічного благополуччя особистості.

Метою нашого дослідження стала діагностика психологічних особливостей стратегії вирішення конфліктів у школярів раннього юнацького віку.

Загальновідомо, що конфлікт – це процес різкого зіткнення, загострення протилежно направлених цілей, інтересів, позицій, думок або поглядів опонентів чи суб'єктів взаємодії (Ложкін Г. В., 2006). Конфлікт детермінується багатьма чинниками, має певні феноменологічні особливості і прояви. Міжособистісний конфлікт виникає між двома або більше сторонами та починається з моменту, коли особистість переконується, що її потреби або інтереси не можуть бути задоволені із-за тих чи інших дій або позиції іншої людини. Однією з причин виникнення міжособистісного конфлікту у школярів вважають їхні індивідуально-особистісні властивості. До індивідуально-особистісних властивостей, які обумовлюють конфліктну

поведінку в юнацькому віці, відносять сукупність емоційних якостей, а саме: підвищену агресивність, тривожність, дратівливість, упертість, небажання йти на поступки, прагнення до домінування, нав'язування своєї думки.

У дослідженні приймали участь школярі 10-11 класів м. Вінниці. Група респондентів складалася із 52 дівчин і 40 хлопців. Задля реалізації поставленої мети було застосовано методику «Оцінка схильності особистості до конфліктної поведінки», автор К. Томас, що дало нам можливість виділити стратегії реагування на конфлікт школярів. З метою визначення особливостей міжособистісної взаємодії ми використали методику «Діагностика міжособистісних стосунків», автор Т. Лірі.

Аналіз отриманих емпіричних даних засвідчив, що стратегії «конфронтація» надають перевагу 21,8% досліджуваних. Школярі, які демонструють цей стиль як правило надмірно стурбовані ставленням до себе інших, прагнуть виглядати у всіх ситуаціях переможцем, у них можлива завищена самооцінка. Стратегії «співробітництво» надають перевагу 34,8% школярів. Це є позитивним фактом, оскільки такі школярі налаштовані на розв'язання протиріч і вони здатні регулювати та контролювати поведінку не тільки свою, але й інших людей. В якості провідної стратегії «компроміс» обирає найбільша кількість досліджуваних – 47,9%. Такі школярі здатні врегульовувати розбіжності та конфронтації через взаємні поступки. Стратегії «уникнення» надають перевагу 30,5% досліджуваних; такі школярі орієнтовані на збереження статусу свого «Я», тому вони інколи проявляють пасивність. В якості провідної стратегії «пристосування» в конфлікті використовують 26,1% школярів.

Виявлено, що вибір стратегій поведінки у конфлікті має певні особливості залежно від статті досліджуваних. У вибірці дівчат переважають показники стратегій «компроміс», «співробітництво», «пристосування». Натомість у вибірці хлопців – «компроміс» та «ухилення». Отже, домінуючою стратегією поведінки в конфліктній ситуації нашої вибірки є компроміс та ухилення, що не є позитивним, оскільки означені стратегії не дозволяють повністю задовольнити інтереси конфліктуючих сторін.

Аналіз результатів за методикою «Діагностика міжособистісних стосунків», автор Т. Лірі, дозволив нам зробити наступні висновки: хлопці частіше демонструють I тип взаємодії – владний, лідируючий, тобто вони оптимістичні, активні, з підвищеним рівнем домагань. Взаємодоповнюючим є VIII тип взаємодії – відповідально-щиросердечний та IV тип взаємодії – недовіжливо-скептичний. Це вказує на вміння підбадьорювати у важкій ситуації, емоційному ставленню до людей, прагненню відповідати соціальним нормам. На відміну від хлопців у вибірці дівчат незначне переважання щодо VI типу взаємодії – залежно-слухняного, що відображається у конформності, залежності від думки оточуючих.

Аналіз результатів дослідження здійснювався на основі методів математичної статистики. З метою вияву особливостей взаємозв'язку типів взаємодії у міжособистісних стосунках зі стратегіями конфліктної поведінки

школярів ми провели кореляційний аналіз, використавши коефіцієнт кореляції Пірсона. Статистична обробка даних проводилася за допомогою SPSS 17.0.

За результатами кореляційного аналізу для вибірки дівчат стратегія «конфронтація» показала наявність тісного взаємозв'язку з авторитарним типом міжособистісної взаємодії ( $r_{xy} = 0,385$ ;  $p < 0,01$ ). Очевидно, що такі досліджувані домінантні, енергійні, схильні до лідерства. Стратегія «співробітництво» має взаємозв'язок з агресивним типом взаємодії ( $r_{xy} = 0,428$ ;  $p < 0,01$ ), що характеризує школярів як наполегливих, цілеспрямованих у досягненні мети. Стратегія «ухилення» має зв'язок з авторитарним типом взаємодії ( $r_{xy} = -0,299$ ;  $p < 0,05$ ), особи, які невпевнені у собі, тому прагнуть уникати та не вирішувати конфліктну ситуацію. Стратегія «пристосування» має позитивну кореляцію зі дружлюбним типом ( $r_{xy} = 0,338$ ;  $p < 0,05$ ) і альтруїстичним типом ( $r_{xy} = 0,319$ ;  $p < 0,05$ ), тобто досліджувані мають готовність до залагоджування суперечностей за рахунок втрати власних інтересів, оскільки вони гнучкі, доброзичливі, делікатні, м'які.

За результатами кореляційного аналізу для вибірки хлопців стратегія «конфронтація» показала наявність тісного взаємозв'язку з егоїстичним ( $r_{xy} = 0,400$ ;  $p < 0,05$ ) та підозрілим ( $r_{xy} = 0,476$ ;  $p < 0,01$ ) типом взаємодії. Молоді люди, які мають власну думку та схильні до критицизму, підозрілості мають тенденцію до протистояння, відкритого зіткнення. Стратегія «співробітництво» має зв'язок з альтруїстичним типом ( $r_{xy} = -0,314$ ;  $p < 0,05$ ), тобто таким досліджуваним є важливим збереження гарних стосунків, навіть якщо це вимагає поступитися власними інтересами. Стратегія «компроміс» корелює з альтруїстичним типом ( $r_{xy} = 0,387$ ;  $p < 0,05$ ). Очевидно, що хлопці врегульовують розбіжності через взаємні поступки у разі відповідального, емоційного відношення до людей. Стратегія «ухилення» негативно корелює з авторитарним типом взаємодії ( $r_{xy} = -0,334$ ;  $p < 0,05$ ), що вказує на небажання відстоювати свої права через невпевненість у собі та вступати у суперечку. Стратегія «пристосування» корелює з покірним типом взаємодії ( $r_{xy} = 0,494$ ;  $p < 0,01$ ), тобто тенденція поступатися в конфліктній взаємодії у таких школярів детермінована сором'язливістю, поступливістю, слабковільністю.

Отже, за результатами дослідження можна зробити висновок, що конфлікт серед молодих людей детермінується багатьма чинниками, має певні феноменологічні особливості та прояви. Дівчата у конфліктній ситуації надають перевагу стратегіям конфліктної взаємодії «компроміс», «співробітництво» та «пристосування»; таким особам притаманна наполегливість, цілеспрямованість у досягненні мети, вони мають готовність до залагоджування суперечностей навіть за рахунок втрати власних інтересів, оскільки вони гнучкі, доброзичливі, делікатні, м'які. Хлопці у конфліктній взаємодії надають перевагу стратегії «компромісу» та «ухилення», що характеризує їх як здатних врегульовувати розбіжності через взаємні поступки, та небажання вступати в суперечку та відстоювати свої права.

Отже, враховуючи, що конфлікт супроводжує повсякденну життєдіяльність індивіда, особливо у складні періоди розвитку, одним з яких є юнацький вік, перспективою подальших досліджень вбачаємо подальше дослідження детермінант вибору юнаками стратегій поведінки в конфліктній ситуації, що визначають успішність особистості в міжособистісних стосунках, виступають основою для ефективного соціального функціонування, особистісного зростання та психологічного благополуччя особистості.

## **САМОРЕГУЛЯЦІЯ ОСОБИСТОСТІ ЯК ЧИННИК ЇЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ**

***Б. Б. Іваненко,***

*кандидат психологічних наук, доцент,  
Київський національний університет  
імені Тараса Шевченка*

Важливим показником і запорукою психічного здоров'я особистості є здійснювати ефективну саморегуляцію – управляти собою, регулювати емоційні стани, планувати життєві справи. Регулярне свідоме керування своїм станом може стати профілактикою серцево-судинних та інших захворювань, умовою гармонійного самопочуття, запорукою ефективного подолання складних життєвих ситуацій. Від ступеня досконалості саморегуляції залежить успішність, продуктивність, результат життя людини. Людина сама визначає цілі власних виконавчих дій і реалізує їх доступними засобами.

Адаптаційні сили, притаманні будь-якій живій істоті, визначають варіативність її поведінки, рівень пристосованості, гармонійності особистості у взаємодії із соціумом, задоволення або незадоволення собою і своїм життям. Процес адаптації спрямований на підтримку стану гомеостазу. А тому у повсякденному житті людина інтуїтивно виробляє здатність до саморегуляції – проживає події та емоції прийнятним способом, застосовує набуті в індивідуальному досвіді прийоми зниження емоційного напруження, формує план досягнення життєвих цілей, який відподіє її реальним можливостям. Психологічно здорова людина має високу продуктивність діяльності, здатність насолоджуватися життям, її психічна рівновага залишається незмінною. Це ознаки прогресивної адаптації, коли її напрямок збігається з напрямком розвитку.

Психологія саморегуляції відображає проблему змінювання особистості в світі, що змінюється (А. Асмолов, 1990). У сучасній психології теорія саморегуляції покликана пояснити механізми породження особливих людських дій, заснованих не стільки на бажаннях, скільки на можливостях розумного індивідуального рішення при їх цілеспрямованому здійсненні. Проте до тепер виникають певні труднощі на позначення явища як такого,

пов'язані з відсутністю єдиного підходу до бачення проблеми й розрізненістю її теоретичних описових конструктів.

Саморегуляцію умовно поділяють на *біологічну* (рефлекторну, як вищу форму біологічної) і *свідомо керовану*. У біології саморегуляція розглядається як властивість складних систем зберігати внутрішню стабільність завдяки їх скоординованим реакціям, забезпечувати встановлення та підтримання узгодженості між елементами в їх спільній діяльності щодо здійснення цілісної поведінки в межах система-середовище. Біологічна саморегуляція – це генетично закодовані рефлекторні складні внутрішні процеси, що лежать в основі росту, розвитку, життєдіяльності та захисних функцій живого організму. Рефлекторна саморегуляція забезпечує сприйняття сигналів зовнішнього середовища. Наприклад, робота серця може змінитися від різкого стуку, від сприйнятого образу й навіть запаху. Властивість організму рефлекторно змінюватись лежить в основі феноменів навіювання (Т. Васильєва, 2010).

Свідомо керована регуляція є загальною властивістю всієї психічної діяльності людини та пов'язана з необхідністю приведення образу себе й світу в максимально повну відповідність з реальністю. Адже психіка є саморегулюючою системою, здатною підтримувати своє функціонування. Методи психічної саморегуляції дозволяють нівелювати фактори, що порушують його гомеостатичну рівновагу, ведуть до саморуїнування.

В Оксфордському тлумачному словнику з психології сказано, що поняття саморегуляція є синонімом самокерівництва, але використовується більш «нейтрально», у загальних рисах. Найчастіше виявляється спроба зводити саморегуляцію до проблеми свідомого управління людиною власними діями й поведінкою. Саморегуляцію розуміють іноді як мимовільний психічний процес, спрямований суто на вдосконалення. Індивідуальні особливості саморегуляції залежать від: конкретних умов ситуації, характеристик нервової діяльності, особистісних якостей, звичок в організації діяльності.

Поняття «саморегуляція» відображає біологічну (природну) характеристику людини як індивіда, а поняття саморегулювання відображає соціальну характеристику людини як особистості. Під саморегуляцією розуміють процес організації особистістю своєї поведінки з використанням результатів самопізнання та емоційно-ціннісного самоставлення на всіх етапах процесу поведінки, розпочинаючи з мотивації та завершуючи оцінкою результатів. Саморегуляцію поведінки здійснює самосвідомість, постійно порівнюючи реальну поведінку з Я-концепцією. Саморегуляція необхідна для того, щоб система змінювалась відповідно до змін навколишнього середовища так, щоб залишати свої властивості константними, постійними, що і є необхідною умовою збереження системи. Саморегуляція є активним процесом висунення суб'єктом цілей активності, управління досягненням цих цілей, при цьому активність виражає мінливість і рух, а саморегуляція забезпечує стійкість і стабільність цієї активності (О. Конопкін, 2008). Отже, саморегуляція – це підтримка стійкості психіки як цілісної системи до

деструктивних зовнішніх впливів; це свідоме підпорядкування змісту та структури діяльності цілям, прийнятим особистістю. Саморегуляція виступає в глибокій єдності з самопізнанням й емоційно-ціннісним ставленням до себе. Саморегульована поведінка – форма поведінки, яка передбачає результати самопізнання і емоційно-ціннісного ставлення до себе (Кириленко, 2015).

Будь-яка людська дія має два рівні психічної регуляції – індивідний і особистісний. *Індивідному* рівню психічної регуляції притаманну прагнення до збереження засвоєних орієнтовних схем дій, до підтримки відповідності між людиною та вимогами дійсності. Одного разу знайдені способи життєдіяльності стають стереотипами реагування й поведінки, варіюючись лише в незначних деталях. Активність суб'єкта викликається лише зовнішнім стимулом – порушенням рівноваги, суб'єкт залишається реактивним. Індивід не схильний руйнувати рівноважний стан, який сформувався в процесі взаємодії з дійсністю. *Для особистості* (другий рівень психічної регуляції) характерна постійна зміна, відмова від старих неефективних форм активності, рух до якісно нових завдань, які потребують внутрішньо-особистісних змін. Суб'єкт сам, власним рішенням, руйнує усталену рівновагу, спрямовуючи свою активність на нові форми взаємодії (В. Машин, 1994). Гнучка поведінка передбачає: в одних видах діяльності виступати як «особистість», в інших – як «індивід».

У якості цілей психічної саморегуляції виокремлюють: 1) підтримку працездатності; 2) пристосування (забезпечення життєдіяльності) у стресових ситуаціях; 3) підтримка здоров'я та врівноваженого функціонування. При цьому позитивні зміни досягаються внутрішніми засобами регуляції, застосуванням прийомів активного впливу з опорою на внутрішні ресурси особистості. Зміст саморегуляції: керування своєю вербальною й моторною активністю; здатність контролювати свою думки, емоційні переживання; здатність управляти собою, діяти на основі власних переконань і цінностей; адекватна соціальна поведінка, здатність дотримуватись соціальних норм і правил; демонстрація правильної, соціально схвалюваної поведінки при відсутності зовнішнього контролю; наслідування зразків соціально схвалюваної поведінки; здатність керувати подіями навколишнього світу і власною поведінкою; моделювання та прогнозування подій дійсності.

Було виявлено зв'язок між ефективністю саморегуляції та творчою обдарованістю дітей. Так, обдаровані діти мають схильність до напруженої роботи, отже, дитина прагне керувати своїми діями, зосереджує сили для подолання труднощів. Такі діти схильються до розумової праці, яка вимагає дотримання чіткої структури. Здібні, але ліниві діти працюють спалахами, уривками, що не сприяє закріпленню ефективної саморегуляції (Н. Лейтес, 2010).

Психологічна саморегуляція – це свідомий вплив людини на власні психічні стани, властивості з метою підтримки або зміни характеру їх функціонування; здатність до організації власної активності; її мобілізації, регулювання, узгодження з об'єктивними вимогами і активністю інших людей

(К. Абульханова-Славська, 1981); здатність особистості усвідомлено керувати власною активністю, ставити й реалізовувати свої цілі. Існує взаємозв'язок між саморегуляцією та продуктивністю в різних видах діяльності: успіх діяльності обумовлений сформованістю цілісної системи саморегуляції (О. Конопкін). Дослідники майже одностайні в позиції, що основним завданням саморегуляції є зниження психофізіологічної напруженості, виражених стресових реакцій і відвертання їх небажаних наслідків.

Отже, у широкому сенсі саморегуляція розуміється не лише як процес приведення себе у стан оптимальності функціонування, але й як управління на рівні власної особистості (цілепокладання, осмислення життєвого шляху, самореалізація), управління поведінкою, діяльністю, спілкуванням. Щоб здійснювати свідому саморегуляцію, людина має усвідомити її необхідність. Саморегуляція розпочинається з виявлення в себе мотиваційного протиріччя, що спонукає поглиблювати самопізнання й шукати вихід з ситуації, яка не задовольняє людину. Внутрішня суперечність є рушійною силою до перебудови окремих сторін своєї особистості.

## **ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСВІТНЬОГО ПЕРСОНАЛУ: РІВЕНЬ ВИРАЖЕНОСТІ КОМПОНЕНТІВ ТА ЇХ ЗВ'ЯЗОК З ОРГАНІЗАЦІЙНО-ПРОФЕСІЙНИМИ ТА СОЦІАЛЬНО- ДЕМОГРАФІЧНИМИ ЧИННИКАМИ**

**Л. М. Карамушка,**

*академік НАПН України,*

*доктор психологічних наук, професор*

**О. В. Креденцер,**

*доктор психологічних наук, доцент,*

**К. В. Терещенко,**

*кандидат психологічних наук,*

**В. І. Лагодзінська,**

*кандидат психологічних наук,*

**В. М. Івкін,**

*кандидат психологічних наук, доцент,*

**О. С. Ковальчук,**

*науковий співробітник,*

*Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

*Актуальність дослідження.* Інтенсифікація діяльності освітнього персоналу, обумовлена освітніми реформами, введенням нових форм роботи, зокрема, значного збільшення обсягу дистанційного навчання в умовах пандемії COVID-19, обумовлюють підвищення значущості проблеми психологічного здоров'я освітнього персоналу. Одним із важливих аспектів

цією проблеми є аналіз вираженості структурних компонентів психологічного здоров'я та вплив на них організаційно-професійних та соціально-демографічних чинників

*Мета дослідження:* Дослідити рівень вираженості структурних компонентів психологічного здоров'я освітнього персоналу та їх зв'язок з організаційно-професійними та соціально-демографічними чинниками.

*Методи та організація дослідження.* Для проведення дослідження використовувалися такі методики: 1) «Шкала ставлення до психологічного здоров'я» (ШСПЗ) (Галкіна Т. В., Артемцева Н. Г., 2016) – для вимірювання когнітивно-емоційного компоненту психологічного здоров'я; 2) «Шкала позитивного психічного здоров'я» (Positive Mental Health Scale (PMH-scale) (Lukat J., Margraf J., Lutz R., van der Veld W. M., Becker E S., 2016) – для вивчення рефлексивно-особистісного компоненту; 3) «Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я» (Multinational Health Locus-of-Control Scales) – для діагностики операційно-функціонального компоненту (Дж. Грінберг, 2002). Останній опитувальник, в свою чергу, складається з трьох шкал: шкали «внутрішнього локусу контролю» (відображає ступінь відчуття опитуваним контролю над своїм здоров'ям); шкали «контролю «могутніми» іншими» (показує ступінь впевненості опитуваного в тому, що за його здоров'я несуть відповідальність «могутні інші», наприклад, лікарі, родичі тощо); шкали «контролю випадку» (показує, наскільки опитуваний переконаний в тому, що здоров'я залежить від випадку, удачі або долі).

Для аналізу соціально-демографічних та організаційно-професійних чинників використовувалась анкета-паспортичка. До групи організаційно-професійних чинників було віднесено такі характеристики опитуваних: посада; освіта; тип освіти; стаж трудової діяльності; кваліфікаційна категорія; педагогічне звання. Група соціально-демографічних чинників включала такі характеристики опитуваних: вік, стать, сімейний стан.

Обробка результатів здійснювалась методами математичної статистики (описові статистики, кореляційний аналіз) за допомогою програми SPSS (22 версія). Дослідження проводилось в 2020 р.

*Вибірка дослідження.* У дослідженні взяли участь 473 працівники закладів середньої освіти з різних регіонів України.

За посадою респонденти були розподілені наступним чином: 20,8% – педагогічні працівники початкової школи, 29,6% – середньої школи, 24,5% – старшої школи, 14,4% – керівники, 10,2% – соціальні педагоги та психологи. 93,5% опитаних мали вищу освіту, 6,5% – середньо-спеціальну та незакінчену вищу освіту. За кваліфікаційною категорією було виділено такі групи освітнього персоналу: 14,3% – спеціалісти, 18,5% – спеціалісти 1-ої категорії, 11,4% – спеціалісти 2-ої категорії, 55,8% – спеціалісти вищої категорії. 57,7% опитаних мали педагогічні звання «старший учитель» або «старший викладач», 42,3% – звання «вчитель-методист» або «викладач-методист» або «вихователь-методист». За стажем на посаді опитані розподілились наступним



чином: 34,8% мали стаж до 10 років, 15,2% – від 11 до 15 років, 23,0% – від 16 до 25 років, 27,0% – понад 25 років.

За віком опитані розподілились наступним чином: 11,4% – до 30 років, 27,7% – від 31 до 40 років, 34,3% – від 41 до 50 років, і 26,6% – понад 50 років. 12,0% – чоловіки, 88,0% – жінки; 76,0% були одруженими, 24,0 % – не одруженими.

#### *Результати дослідження.*

1. Що стосується *когнітивно-емоційного компоненту* психологічного здоров'я освітнього персоналу, то встановлено, що його показники відповідають середньому рівню ( $M=68,11$ ;  $SD=9,31$ ). При цьому кількість респондентів, що мають високий, середній та низький рівні досліджуваного показника, розподілена таким чином: високий рівень виявлено у 31,9% опитуваних, середній – у 39,6% та низький – у 28,4%.

2. Щодо *рефлексивно-особистісного компонента* психологічного здоров'я освітнього персоналу, то виявлено, що його показники відповідають нижній межі високого рівня ( $M=3,1$ ;  $SD=0,45$ ). Кількість опитуваних з різними рівнями вираженості емоційного компоненту розподілилась таким чином: високий рівень – 35,7%, середній рівень – 38,1%, низький рівень – 26,2%. Як бачимо, показники емоційного компоненту є дещо вищими, порівняно із когнітивно-емоційним компонентом.

3. Аналіз показників, які стосуються *операційно-функціонального компоненту* психологічного здоров'я, показав, що найнижчий рівень локус контролю здоров'я освітнього персоналу спостерігається за шкалою «контроль випадку», а найвищий – за шкалою «внутрішній контроль». Зокрема, визначено, що показники за шкалою «внутрішній контроль» ( $M=20,43$ ;  $SD=3,26$ ) відповідає верхній межі середнього рівня вираженості, а «контроль «могутніми іншими»» ( $M=17,96$ ;  $SD=4,20$ ) та «контроль випадку» ( $M=16,73$ ;  $SD=4,27$ ) відповідають нижчій межі середнього рівня. Аналіз отриманих даних показав, що високий рівень показників за шкалою «внутрішній контроль» виявлено у 23,6% опитаних, середній – у 74,1%, низький – у 2,4%. Рівень вираженості показників за шкалою «контроль «могутніми іншими»»: високий – 15,0%, середній – 68,5%, низький – 18,0%,. У 9,5% опитаних освітян спостерігається високий рівень показників за шкалою «контроль випадку», у 60,2% – середній і у 30,3 % – низький.

4. В цілому, отримані дані щодо рівня вираженості компонентів психологічного здоров'я свідчать про те, що на фоні достатньо позитивної ситуації щодо вираженості в освітнього персоналу різних компонентів психологічного здоров'я освітнього персоналу, можна говорити про наявність *певних резервів* у розвитку цього феномену, а саме: а) підвищення кількості осіб, які мають високий рівень вираженості різних компонентів психологічного здоров'я, оскільки наявність такого рівня спостерігається в середньому у менше, ніж однієї третини опитаних; б) підвищення рівня вираженості операційно-функціонального компоненту психологічного здоров'я, оскільки високий рівень вираженості «внутрішнього контролю»

спостерігається у меншій кількості опитуваних, порівняно з когнітивно-емоційним та рефлексивно-особистісним компонентами (23,6% проти 31,9% та 35,7% відповідно); в) збільшення числа осіб, які мають низький рівень «контролю «могутніми іншими»», а також «контролю випадку».

5. Виявлено статистично значущий кореляційний зв'язок між рядом *організаційно-професійних чинників* та рівнем вираженості всіх компонентів психологічного здоров'я освітнього персоналу.

Так, встановлено, що існує *позитивний* статистично значущий кореляційний зв'язок між таким чинником, як «педагогічне звання» освітнього персоналу та когнітивно-емоційним ( $r=0,122$ ;  $p<0,05$ ) та рефлексивно-особистісним ( $r=0,169$ ;  $p<0,01$ ) компонентами психологічного здоров'я. Це свідчить про те, що підвищення кваліфікаційного звання освітнього персоналу сприяє підвищенню вираженості зазначених компонентів психологічного здоров'я.

Також констатовано *позитивний* статистично значущий кореляційний зв'язок між таким чинником, як «стаж на посаді» та когнітивно-емоційним компонентом психологічного здоров'я ( $r=0,122$ ;  $p<0,05$ ). Тобто, мова йде про те, що підвищення перебування на посаді освітнього персоналу сприяє підвищенню вираженості когнітивно-емоційного компоненту психологічного здоров'я.

Разом з тим, виявлено, що існує *негативний* статистично значущий кореляційний зв'язок між таким чинником, як «кваліфікаційна категорія» та рефлексивно-особистісним ( $r=-0,098$ ;  $p<0,05$ ) і операційно-функціональним («контроль «могутніми іншими»» ( $r=-0,198$ ;  $p<0,05$ ) компонентами психологічного здоров'я освітнього персоналу. Це свідчить про те, що освітні працівники, які мають вищу кваліфікаційну категорію, мають нижчі показники зазначених компонентів психологічного здоров'я.

6. Констатовано статистично значущий зв'язок між окремими *соціально-демографічними чинниками* та рівнем вираженості окремих компонентів психологічного здоров'я освітнього персоналу. Виявлено, що з віком зменшується значущість такої складової локус контролю здоров'я, як «контроль випадку» ( $r=-0,096$ ;  $p<0,05$ ), а працівники, не є одруженими, мають менш виражену таку складову локус контролю здоров'я, як контроль «могутніми іншими» ( $r=-0,099$ ;  $p<0,05$ ).

#### *Висновки.*

1. Виявлено недостатній рівень вираженості компонентів психологічного здоров'я освітнього персоналу (високий рівень вираженості компонентів в середньому спостерігається у менше, ніж однієї третини опитаних).

2. Найбільш вираженим є рефлексивно-особистісний компонент психологічного здоров'я освітнього персоналу, найменш вираженим – операційно-функціональний компонент.

3. Встановлено статистично значущий зв'язок, як позитивний, так і негативний, з рядом організаційно-професійних (кваліфікаційна категорія,

педагогічне звання, стаж роботи на посаді) та соціально-демографічних чинників (вік, сімейний стан).

4. Виявлені закономірності доцільно використовувати в практиці діяльності освітніх організацій з метою забезпечення психологічного здоров'я персоналу.

## **ВПЛИВ АРОМАТІВ НА ПІДВИЩЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ**

**Л. П. Клевака,**  
*кандидат педагогічних наук,  
Національний університет  
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»*

Проблема працездатності особистості є центральною в психології праці, оскільки ефективна трудова діяльність може бути забезпечена лише на основі врахування фізіологічних і психологічних закономірностей функціонування людського фактору. Наукові розвідки засвідчують, що комплекс заходів щодо підвищення і збереження працездатності працівників на оптимальному рівні реалізується на техніко-організаційному, соціально-економічному, санітарно-гігієнічному, медико-біологічному, психологічному напрямках. Ефективним щодо підвищення працездатності особистості на робочому місці, на нашу думку, є також використання ароматів.

Здатність відчувати запахи – одне з п'яти наших відчуттів. Через нюх можна здійснювати вплив на людину. Левову частку запахової інформації людина не усвідомлює, проте це впливає на її емоційний стан. Адже запахи можуть приваблювати і відштовхувати, заспокоювати і збуджувати, бадьорити і викликати сон, в тому числі й підвищувати працездатність.

Цілюща дія деяких запахів на організм людини, зокрема, на її психіку, лежить в основі методу ароматерапії. Як твердять історики, вплив ароматів на людину був відомим ще у Вавілоні, Давній Греції, на Стародавньому Сході. У наш час актуальними питаннями впливу аромату на фізіологічний і психічний стан людини цікавляться М. Брайен, Д. Браун, М. Бріль, В. Бруд, Б. Віноградов, Н. Віноградова, С. Войткевич, Л. Голан, П. Девіс, В. Євлаш, С. Злепко, Т. Кузнєцова, Т. Кузьміна, Г. Лавренова, Н. Леонова, Т. Літвінова, Д. Лоулес, В. Луценко, З. Макарова, Л. Міллер, В. Ніколаєвський, А. Новікова, Ф. Пеклі, Н. Пивовар, В. Селлар, В. Хаснайн, Т. Хілінська та інші дослідники.

Мета наукової розвідки – дослідити вплив ароматів на підвищення працездатності людини.

Термін «ароматерапія» був уведений у вжиток в 1928 році французьким хіміком Рене Моріс Гаттефоссе, який працював у сімейному парфумерному бізнесі. Він займався дослідженням ефірних масел і довід, що різні запахи

мають різні ефекти впливу на людину. Інший французький лікар і вчений Жан Валнет використовував ефірні масла для лікування різних захворювань. Так почався розвиток сучасної ароматерапії у Франції, пізніше в Англії, а тепер у всьому світі.

У 1991 році були опубліковані дослідження Річарда Акселя та Лінди Бак про те, як працює система сприйняття ароматів. Це були новаторські дослідження. До того часу система сприйняття ароматів була загадкою у науковому співтоваристві. Але Аксель і Бак змогли розкрити правду про те, як ми відчуваємо світ через запах. Вони хотіли дізнатися, як ссавці розрізняють стільки різних запахів. Але крім розрізнення запаху, вони хотіли зрозуміти, як мозок інтерпретує їх в унікальні моделі сприйняття запаху та поведінку. Як пояснив Аксель, «багатство зовнішнього світу має бути представлене в мозку просто колекцією нейронів». Дослідники були шоковані отриманими результатами. Їх розвідки показали, що ми сприймаємо аромат не менше ніж через 1000 рецепторів. Для порівняння, очі використовують лише три рецептори для розрізнення кольорів. Аромати спочатку виявляються нюховими сенсорними нейронами. Ці нейрони знаходяться в слизовій оболонці носової порожнини. З порожнини носа нейрони надсилають інформацію в нюхову кору через нюхову цибулину мозку. Як тільки нюхова кора приймає сигнал, вона посиляє інформацію про аромат на кілька інших ділянок мозку. Такі райони, як вищі коркові та глибокі лімбічні області. Вони регулюють емоційний та фізіологічний вплив запахів (Р. Аксел, Л. Бак, 1991).

У 1983 році в диспетчерській залі аеропорту «Бориспіль» встановили дозатор запахів «Фітон-1», розроблений Інститутом ботаніки. Пристрій розпилював аромати, які підвищували працездатність авіадиспетчерів. А на японських заводах ще з 1970-х років використовують різні пахощі для стимулювання роботи. Так, аромат лимона, наприклад, допомагає вранці швидко увійти в робочий ритм, а увечері знімає втому. Лаванда, жасмин, японська вишня зменшують майже вдвічі кількість помилок при монотонній роботі, евкаліпт в цілому збуджує людину. Розумову діяльність підвищують запахи смаженої кави, гвоздики, польових квітів, глициї, цитрусових (Литвин Т., 2008).

Японські психологи рекомендують насичувати повітря у робочих кабінетах ароматами лимону, жасмину та евкаліпта, оскільки вони підвищують працездатність і зменшують стомлюваність працівників. Значна кількість комп'ютерних компаній здійснюють ароматичну профілактику, щоб уберегти своїх фахівців від перенавантажень. Дослідження японських учених доводять, що кількість помилок програміста знижується на 20%, коли він вдихає аромат лаванди, на 33% – від запаху жасмину (Пивовар Н. М., Хілінська Т. В., 2015). Швейцарська фірма Sensodor Duftmarketing, яка впроваджує ароматичні технології при облаштуванні офісів, провела власне дослідження, яке показало: секретарки фірми стали допускати на 54% менше помилок в текстах після вдихання парів лимонного ефірного масла. Аналогічні

дослідження зі схожими результатами були також проведені в японських і американських корпораціях.

Науковцями встановлено, що аромати лаванди і розмарину діють на людину заспокійливо й усувають стресові стани, а запахи лимона і евкаліпта, навпаки, збуджують. Аромат жасмину стимулює роботу головного мозку і бадьорить – нерідко навіть сильніше за каву. Впевненість в собі додають аромати грейпфрута. Для прийняття незалежних рішень і висування гіпотез та нових ідей допоможе аромат ялівцю. Аромат м'яти створює атмосферу робочого взаєморозуміння, налаштує на одну робочу хвилю. Знайти цілісність, побачити шляхи досягнення цілей і поставлених завдань дозволить аромат евкаліпта.

Для підвищення працездатності працівників варто використовувати аромати шавлії, чайного дерева, сосни, чебрецю, ялиці, троянди, вербени. Поклавши в скриньку робочого столу саше з цими наповнювачами, працівник зможе вловлювати неймовірно приємний аромат і постійно перебувати в бадьорому стані (Бріль М., 2010).

Деякі із ароматів підвищують концентрацію уваги, інші сприяють розслабленню людини, а відповідно – зниження уважності. Наприклад, запахи чебрецю, лаванди і меліси впливають на зону сну в мозку, і тому сприяють розслабленню. А лимон, розмарин і м'ята, навпаки, дозволять робочому процесу бути ефективним. З цією метою можна використати базилік, шавлію і евкаліпт. Аромати полину і лимона одночасно підвищують точність роботи і збільшують її швидкість (Пивовар Н., Хілінська Т., 2015).

Вищезгадана лаванда, а також шавлія і евкаліпт збільшують обсяг короткочасної пам'яті, що є актуальним при вирішенні важливих питань. Сприяє покращенню пам'яті і розмарин, який нарівні з лимоном і м'ятою є найбільш сильними стимуляторами ефективності, що було доведено у ряді досліджень.

Засновник проекту «Школа запахів», у своєму дослідженні використовував спеціальні розпилювачі, які регулювали інтенсивність розпилення і дозволяли налаштувати інтервали між викидами молекул запахів, а також прикрашав шкільні приміщення рослинами, чиї запахи підвищують навчальну ефективність. Результати дослідження доводять, що 41% школярів стали краще концентруватися на заняттях, а у 37% відзначили підвищення успішності при виконанні домашніх завдань. Такий самий вплив ароматів здійснюється на працездатність працівника офісу (Майер А.).

Установлено, що аромати імбиру, вербени, шавлії, жасмину, ялівцю, чайного дерева допоможуть відновити сили після важкого робочого дня, повернути працездатність і активізувати розумову діяльність. У період депресії або просто втоми можна вдатися до допомоги ароматів мандарина, лимона, апельсина, лаванди, евкаліпта, сандалу, ромашки або мускусу (Леонова Н., 2005). Існує безліч ароматів, які допоможуть з підвищенням фізичної та розумової активності. Камфора – найсильніший стимулятор, який допоможе стабілізувати нервову систему. Якщо є необхідність в глибокій

концентрації уваги, навіть поліпшенні пам'яті, наприклад, під час важливих перемовин, звітів, підійдуть ефірні масла: мускату; неролі; розмарину; гвоздики (Ніколаєвський В., 2000).

Алан Хірш, американський невролог і психіатр вважає, що запахи – це перемикач нашого настрою. З їх допомогою можна впливати на своє тіло: сповільнювати або прискорювати серцебиття, контролювати тиск, заспокоїтися або навіть міцно заснути. Підбадьорливі запахи допоможуть працівнику впоратися зі складними завданнями, а освіжаючі – піднімуть тонус. Наприклад, розмарин стимулює пам'ять і творче мислення, цитрусові чудово підійдуть для поліпшення мозкового кровообігу, підбадьорять і надихнуть (Хірш А., 2020).

У Японії успішно практикується «примусова» ароматизація офісів: вранці співробітників підбадьорює лимонний запах; до полудня його змінює сконцентрований квітковий аромат; після обіду працівники насолоджуються заспокійливим запахом троянд; далі до кінця дня працівники вдихають аромат евкаліпта і цитрусових. При розумових навантаженнях співробітникам рекомендується використовувати запахи, що поліпшують діяльність головного мозку: жасмин, імбир, чайне дерево, ялівець. Щоб відпочити і відновити сили після мозкового штурму або набратися сил перед мозковим штурмом, підійдуть аромати мірри, м'яти, ялівцю, бергамоту (Пугачьова М., 2007).

Отже, підвищення професійної працездатності ефективно здійснювати через використання різних ароматів. Практики в корпораціях усього світу активно використовують системи озонування, іонізації, ароматизації повітря. Для ароматерапії також використовують спеціальне обладнання, яке через систему кондиціонування розпорошує бажаний аромат. Таке розпорошення робить позитивний вплив на працездатність працівників.

## **АНАЛІЗ СУЧАСНИХ НАУКОВИХ УЯВЛЕНЬ ЩОДО ЧИННИКІВ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

**О. М. Кокун,**  
*чл.-кор. НАПН України,  
доктор психологічних наук, професор,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Постановка проблеми. Як відомо, посттравматичні стресові розлади (ПТСР) являють собою патологічну відповідь на травматичну подію як то бойові дії, природні лиха або фізичне чи сексуальне насильство (Boutey, Risbrough, & Lang, 2012). В останні три десятиліття спостерігається посилення дискусій щодо травми та її наслідків, з особливим фокусуванням на ПТСР

(Dami et al., 2018). Це пов'язують з тим, що ПТСР пов'язаний з чисельними негативними наслідками для здоров'я людини (Rauch et al., 2010). Саме ПТСР вважається основною проблемою для здоров'я військовослужбовців, які брали участь у війнах. При цьому саме важкі бої, як правило, називаються основною причиною виникнення ПТСР (Shen, Arkes, & Pilgrim, 2009). Koven (2018) наголошує, що багато ветеранів, позбавлених видимих вад здоров'я, отримали невидимі шрами, які негативно впливають на них протягом усього життя, мають серйозні наслідки для родини, друзів, громади та суспільства в цілому. Адже, розлади психічного здоров'я, розлучення, алкоголізм, зловживання наркотиками, депресія, безробіття та злочинна діяльність являють собою негативні побічні ефекти травматичного стресу. Результати Graham et al. (2016) показали, що у ветеранів з бойовими травмами істотно зростає відстороненість та відчуження від інших.

Зокрема, приблизно 271000 ветеранів війни у В'єтнамі і через 40 або більше років після війни мають повний ПТСР, третина з них нині має й серйозний депресивний розлад. Це зумовлює необхідність психіатричної та психологічної допомоги ветеранам із симптомами ПТСР протягом багатьох десятиліть після війни (Marmar et al., 2015). За даними різних дослідників поширеність ПТСР серед ветеранів може сягати 30%. Gates et al. (2012) вказують, що поширеність ПТСР серед військовослужбовців США, які беруть участь у військових а миротворчих операціях, сягає 14–16%. За даними Fulton et al. (2015) ця частка серед Іракського контингенту складала 23%; 11-17% за даними Hoge et al. (2014); 21,8% вказується в роботі Seal et al. (2009); і 13-15% в роботі Lapierre, Schwegler, and Labauve (2007). Ferrajão and Oliveira (2015) зазначають, що 30% Португальських ветеранів страждають від хронічного ПТСР.

Нижче ми проаналізуємо, вплив яких чинників може призводити до виникнення у військовослужбовців ПТСР, або виступати в якості захисних факторів.

Стресовий вплив на людину значно зростає в періоди політичної невизначеності, небезпеки війни та / або в регіонах постійних або невіршених конфліктів (Pinto, Griffiths, Weinstein, Demetrovics, & Szabo, 2019). А ПТСР вважається тривожним розладом, що виникає саме після травматичної події, в якій людина пережила або була свідком загрози серйозної травми або смерті, зазнавши сильного страху, безпорадності або жаху (Tanielian, & Jaycox, 2008).

Важливим фактором ризику для ПТСР є бойовий стрес (Pietrzak, Whealin, Stotzer, Goldstein, & Southwick, 2011). З одного боку вказується, що військовослужбовці, які брали участь в бойових діях мають вищий ризик ПТСР (Hines, Sundin, Rona, Wessely, & Fear, 2014). А з іншого, що бойовий досвід є особливо сильною формою травми, пов'язаної з підвищеними показниками ПТСР, порівняно з іншими формами травми (Kessler et al., 1995).

Вищевказане підтверджуються результатами досліджень багатьох науковців. Так Sipos, Bar-Haim, Abend, Adler, and Bliese (2014) встановили, що солдати, які більше бали участь у бойових діях, мають вищий рівень ПТСР.

Cesur, Sabia, and Tekin (2012) показано, що часті перестрілки, поранення, спостереження за смертю або пораненнями інших людей (співслужбовці, цивільні, противник), пов'язані із суттєвим збільшенням ризику суїцидальних думок та ПТСР. В дослідженнях Henning and Frueh (1997) встановлено, що тяжкість вини щодо бою позитивно корелює із такими симптомами ПТСР як переживання та уникнення, а також загальним показником важкості ПТСР.

Paige, Renshaw, Allen, and Litz (2019) вказують на чотири типи потенційно травмуючого досвіду театру військових дій: вчинення моральної шкоди, спостереження за моральною шкодою, загроза життю та травматичні втрати. King, Gudanowski, and Vreven (1995) визначено чотири концептуалізації досвіду стресових ситуацій в зоні бойових дій у дещо іншому ракурсі: традиційні бої, жорстокість, жорстоке насильство, сприйнята загроза та зловмисне середовище. Nash et al. (2013) підкреслюють, що досвід зони бойових дій може призвести до несприятливих психологічних наслідків, таких як ПТСР, не тільки тому, що вони піддають життя людей загрозі, але також тому, що вони можуть суперечити глибоко дотримуваним морально-етичним переконанням та очікуванням.

Shen et al. (2009) підтверджують необхідність розрізнення бойових стресорів (спостереження мертвих людських тіл, досвід нападу на себе чи засідки, особисте знайомство з кимось, хто був серйозно поранений або вбитий) та оперативних стресових факторів (невизначеність дати виведення з бойової зони, тривале бойове розгортання, розлука з родиною, відсутність приватного життя).

Щодо залежності між тривалістю бойового розгортання та рівнем ПТСР Rona et al. (2007) встановлено, що у військовослужбовців, які брали участь у бойовому розгортанні 13 і більше місяців впродовж трьох років у значно більшому ступені є вираженими симптоми ПТСР. Ці автори також показали, що виникнення ПТСР також пов'язано з невідповідністю очікувань щодо тривалості розгортання та реальністю. Shen et al. (2009) свідчать, що ймовірність ПТСР істотно зростає при розгортанні тривалістю більше 180 днів (на прикладі розгортання в Іраці та Афганістані).

Kang et al. (2003) доводять існування значного зв'язку між інтенсивністю стресових факторів та ПТСР серед ветеранів війни в Перській затоці. Однак, наголошується (Fajarito & Guzman, 2017), що досі немає єдиної думки щодо конкретних типів травм та відповідних профілів симптомів ПТСР.

Отже, аналіз можливих стресорів, що призводять до виникнення у військовослужбовців ПТСР, показує, що в наявних наукових роботах вони представляються переважно узагальненою. Дані щодо того, які саме бойові стресори в більшій чи меншій мірі здатні зумовлювати на виникнення у військовослужбовців ПТСР практично відсутні. У той же час, такі дані можуть бути дуже важливими з метою їх використання для профілактики та терапії ПТСР у військовослужбовців, що беруть участь в збройних конфліктах.

На користь останнього також можна навести думку Pietrzak et al. (2011) по те, що вивчення взаємозв'язку між конкретним бойовим досвідом та



пов'язаним з ним ПТСР у ветеранів може допомогти створити етіологічні моделі ПТСР з метою ефективної профілактики та лікування цих розладів. Як одне з небагатьох досліджень в цьому напрямку слід відзначити роботу Guyker et al. (2013), в якій підкреслюється те, що валідне, надійне та специфічне вимірювання є необхідним для розширення наявних знань про бойовий досвід і точної відповіді на клінічно важливі питання щодо лікування та реабілітації.

Загалом, на важливості наукових досліджень за проблемою ПТСР військовослужбовців наголошується Angkaw et al. (2013), Hughes et al. (2018), Shen et al. (2009). Gewirtz, Polusny, DeGarmo, Khaylis, and Erbes (2010) також підкреслюють важливість вивчення та втручання для підтримки батьківства та адаптації подружжя серед постраждалих від бойових дій сімей військовослужбовців.

Як зазначають Seal et al. (2009) саме цілеспрямований скринінг та раннє втручання з використанням доказових методів лікування, з урахуванням проблем певних підгруп ветеранів, може бути найкращим захистом від виникнення у них хронічних проблем із психічним здоров'ям, а також соціальних та професійних проблем. Про необхідність скринінгу ПТСР в рамках клінічних післябойових обстежень військовослужбовців говорять й Kang et al. (2003). Dami et al. (2018) у дещо ширшому змісті переконують у необхідності оцінки психічного здоров'я до та після розгортання військовослужбовців, оскільки це допомогло їм б впоратись зі своїм дістресом.

Також важливим аспектом даної проблеми можна вважати розуміння вразливості та захисних факторів, які сприяють розвитку або захищають від ПТСР (Sheerin et al., 2018). Однак наукових даних за цим аспектом також явно бракує. Можна назвати лише поодинокі та несистематизовані дослідження з цього приводу. Так Thomassen, Hystad, S. Johnsen, Johnsen, and Bartone (2018) дійшли висновку, що стиль подолання, орієнтований на уникнення, діє як фактор вразливості для симптомів ПТСР, тоді як життестійкість є як фактором стійкості проти розвитку таких симптомів. Sheerin et al. (2018) також підтверджують, що подолання уникненням, у найбільшій мірі серед стратегій подолання позитивно пов'язана з діагнозом ПТСР. Цими ж авторами також встановлено, що вищі рівні негативних переконань про себе суттєво пов'язані з постановкою діагнозу ПТСР, тоді як самопровина пов'язана зі зниженням ймовірності ПТСР.

Про підвищення ризику виникнення ПТСР внаслідок наявності певних форм когнітивних упереджень (негативні атрибуції, румінація, негативні оцінки, страх перед емоціями та нав'язливий когнітивний стиль) говорять Bomyea et al. (2012). Sung, Chang, Lee, and Park (2019) показують, що захисним фактором від потенційного впливу стресу на психологічну адаптацію може служити когнітивна гнучкість. Hughes et al. (2018) доводять, що така якість як психологічна стійкість може запобігти негативним психологічним наслідкам.

Основними *зовнішніми чинниками*, що можуть призводити до виникнення у військовослужбовців ПТСР є такі чинники бойового досвіду як перестрілки, поранення, спостереження за смертю або пораненнями інших

людей (співслужбовці, цивільні, противник), загроза власному життю, вчинення моральної шкоди іншим, спостереження за іншими проявами жорстокості і насильства; невизначеність дати виведення з бойової зони, тривале бойове розгортання, розлука з родиною та відсутність приватного життя. *Факторами вразливості*, які сприяють розвитку ПТСР, є стиль орієнтований на уникнення, вищі рівні негативних переконань, наявність певних когнітивних упереджень (негативні атрибуції, румінація, негативні оцінки, страх перед емоціями та нав'язливий когнітивний стиль). *Захисними факторами* є життєстійкість, психологічна стійкість, когнітивна гнучкість. Разом з тим, є підстави говорити про нестаток наукових даних як щодо того, які саме бойові стресори в більшій чи меншій мірі здатні зумовлювати виникнення ПТСР у військовослужбовців, що беруть участь збройних конфліктах, так і щодо того, якими є захисні фактори та фактори вразливості щодо розвитку в них ПТСР.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ В КОНТЕКСТІ САМОЗДІЙСНЕННЯ ВИКЛАДАЧА**

***О. М. Корніяка,***

*доктор психологічних наук, професор,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

***І.В. Петренко,***

*кандидат психологічних наук,  
Інститут соціальної та політичної психології НАПН України*

Непередбачуваність соціального середовища, його нинішнє кризове становище вимагають від особистості не тільки високої активності й ініціативності, професійної компетентності й відповідальності, а й вияву життєвої стійкості і здатності до нестандартної поведінки – особливо у сфері професійної діяльності. Позаяк стрес-чинники професійного середовища – невміння долати перешкоди, пов'язані з виконанням професійних функцій, вікові кризи, дефіцит життєстійкості тощо – порушують психологічну безпеку, формують деструктивні настановлення, зумовлюють неадекватні реакції, що може призвести до психічних та психосоматичних захворювань фахівця.

Зважаючи на важливість забезпечення особистісної і професійної стійкості фахівця щодо впливу часто проблемного соціального і професійного середовища, необхідність збереження професійного здоров'я, а також на потребу опертя на внутрішній ресурс – передусім життєстійкість – у його професійному самоздійсненні, логічним є вивчення професійної життєстійкості як показника адекватності «регуляції функціонального стану

організму в різних умовах життя і діяльності» (Маклаков А. Г., 2001) й одного з рівнів «професійної надійності» (Примачок Л. Л., 2020) спеціаліста.

Йдеться, зокрема, про професію викладача, що є надзвичайно складною, інтелектуально та емоційно виснажливою через необхідність розв'язання багатьох різнопланових (науково-педагогічних, соціально-комунікативних, методичних та ін.) завдань, які постійно виникають у процесі реалізації ним професійної діяльності. При цьому життєстійкість виступає важливою властивістю цього фахівця, забезпечуючи його здатність ефективно долати складні та проблемні ситуації, бути стійким до стресогенних впливів, відновлювати психічну рівновагу, сприймати негативні події як досвід і успішно засвоювати «знання з досвіду» з наступним їх використанням у професійній діяльності. Принагідно згадаймо відомий вислів Ніцше: те, що не вбиває нас, робить нас сильнішими. Тобто це психічне утворення забезпечує готовність і здатність суб'єкта бути спроможним до «виживання» у складних умовах життєдіяльності й повноцінно розвиватися навіть у проблемному соціальному та професійному просторі.

Тому *актуальність* дослідження пов'язуємо передусім з тією ключовою роллю, яку відіграє ця особистісна змінна в успішному протистоянні викладача стресогенним впливам у професійній діяльності, в його спробах задоволення запиту суспільства на постійне вдосконалення соціально-педагогічної системи з метою підготовки компетентного фахівця і в досягненні, зрештою, професійного самоздійснення.

Відтак, *мета* дослідження – аналіз результатів емпіричного вивчення професійної життєстійкості викладача та її складових в контексті його самоздійснення у професії.

Теоретичне підґрунтя дослідження. Останнім часом представники різних наук активізують свої намагання цілісного осмислення життєстійкості як особистісного ресурсу для подолання складних ситуацій життєдіяльності. А більш як двадцятирічний досвід вивчення проблеми життєстійкості дав дослідникам змогу розглядати це поняття як міру здатності особистості витримувати стресову ситуацію, зберігаючи при цьому внутрішню збалансованість ресурсів і не знижуючи успішності діяльності.

Разом з тим науковці і досі не виробили спільної позиції щодо визначення сутності поняття життєстійкості. Дехто з вчених розуміє цей психологічний феномен як інтегративне утворення, якість, властивість, рису, ключову змінну чи базове ядро особистості; як систему її стійких переконань, ціннісних настановлень, особливий клас «духовних» здібностей; чинник регуляції психофізіологічного стану, міру здатності «подолання самого себе» (Д. О. Леонтьєв); «здатність перетворювати проблемні ситуації в нові можливості» (С. А. Богомаз); заявляє про наявність в її структурі «ціннісно-смыслових настановлень на власну спроможність визначати і контролювати події свого життя» (А. М. Фомінова); розглядає його як «ключовий ресурс» (В. М. Логінова) чи потенціал суб'єкта діяльності.

Крім того, в науковій літературі поняття життєстійкості нерідко позначається різними термінами, як-от: «hardiness» (С. Мадді); життєздатність, життєспроможність, самоефективність (А. Бандура); життєтворчість, особистісний (особистісно-професійний) потенціал (Д. О. Леонтьєв); адаптаційний потенціал (А. Г. Маклаков); ключова особистісна змінна (О. А. Чиханцова); внутрішній ключовий ресурс (В. М. Логінова); особистісна диспозиція тощо. Вітчизняні і зарубіжні автори досліджували й сутнісні зв'язки життєстійкості з іншими властивостями особистості – зокрема, вони теоретично обґрунтували чинники детермінації психологічної стійкості і витривалості суб'єкта у складних, стресогенних умовах.

У визначенні структури життєстійкості науковці спираються на результати досліджень С. Мадді, відповідно до яких життєстійкість складається, по-перше, з трансформаційного копіngu; по-друге, з життєстійкого ставлення до оточуючих людей; по-третє, з життєстійких настановлень: а) залучення (commitment), б) контролю (control), в) прийняття ризику (challenge) (Maddi S. R., Koshaba D. M., 2005). Науковці виокремлюють (Куликов Л. В., 2004) три ознаки психологічної стійкості: стійкість, стабільність; врівноваженість, відповідність; опірність (резистентність).

У сучасній вітчизняній психології вчені розглядають життєстійкість як стійкість людини до екстремальних чинників життєдіяльності, що дає змогу вберегти психіку від внутрішньоособистісних конфліктів і патогенного впливу зумовлених неадекватним спілкуванням соціальних зв'язків; сприяє зняттю напруження і зниженню рівня тривожності, зумовлених потребою в переоцінці цінностей, переосмисленні життєвих цілей і у зміні програми діяння (див. детальніше: Корніяка О. М., 2019).

Аналіз наукових підходів до розкриття змісту життєстійкості дав нам змогу розглядати цей психологічний феномен як *систему стійких ціннісних переконань людини про саму себе та навколишній світ*.

Тим часом в сучасній психолого-педагогічній літературі поняття *професійної життєстійкості* розглядається як складова цілісної життєвої стійкості людини. На думку А.М. Фомінової (2012), життєстійкість розвивається і трансформується протягом усього життя людини, спираючись на позитивне життєставлення і почуття задоволення від власної життєдіяльності, проявляючись в особливостях свідомої саморегуляції, в успішності подолання стресових ситуацій та в реалізації своєї життєвої програми.

Науковці встановили взаємозв'язок життєстійкості не тільки з типологічними особливостями особистості, її віком і соціальним статусом, а й з її професією, психологічною готовністю до професійної діяльності, професійною поведінкою, професійною ідентичністю та іншими параметрами професійного простору фахівця.

У зв'язку з цим зазначимо, що найбільш точне, на нашу думку, визначення професійної життєстійкості було дане О. М. Кокуном (2020). Воно

спирається на рекомендації В. О. Ганзена (1984) щодо необхідності системного підходу до визначення психологічних понять. Відтак, професійна життєстійкість особистості розглядається О. М. Кокуном як «особистісно-професійна властивість, що формується у фахівця упродовж професійного життя, виявляючись у певному рівні включеності у професійну діяльність, контролі за нею та прийнятті «професійних ризиків», і забезпечує його здатність протистояти несприятливим обставинам у роботі, запобігаючи розвитку професійної дезадаптації, розладу здоров'я та забезпечуючи особистісно-професійне зростання» (Кокун О. М., 2020). В цьому варіанті інтерпретації поняття вказується і на досягнення певного результату – нових професійних станів суб'єкта діяльності – на тих чи інших етапах його професійної генези.

Життєстійкість викладача виступає, згідно з дослідженням, як стабілізуюча властивість системи його особистості, чинник подолання труднощів у педагогічній взаємодії, набуття професійно важливого досвіду. Такий досвід, що постійно розвивається, забезпечує – через взаємодію викладача з об'єктом (студентами) своєї діяльності, через свідому саморегуляцію, виражену активність та психологічний взаємовплив – успішне виконання професійного завдання.

Спираючись на вищесказане, розглядаємо життєстійкість як властивість саморегульованої системи особистості, що полягає в її здатності опановувати свою психічну активність та поведінку в різних – здебільшого складних чи навіть кризових – умовах здійснення професійної діяльності.

Виклад результатів емпіричного дослідження. Ґрунтуючись на засадах, характерних для психологічної наукової традиції вивчення психічних явищ, ми здійснили спробу емпіричного вивчення проблеми життєстійкості в контексті професійної діяльності викладача вищої школи, його самоздійснення у професії. Адже вищі навчальні заклади виступають головними соціальними інститутами формування особистості фахівця, забезпечуючи вторинну соціалізацію і професійну підготовку та адаптацію особистості. А професійно-педагогічна взаємодія дає змогу не тільки реалізувати цілі і завдання навчання та розвитку майбутніх фахівців, а й виховувати психологічну стійкість, визначаючи (через систему особистісних якостей) характер взаємодії викладача і студентів, їхнє взаємовідношення.

За цих обставин життєстійкість виступає як неодмінна властивість суб'єкта діяльності – в нашому випадку, йдеться передусім про суб'єкта професійно-педагогічної діяльності, зусилля якого спрямовані на особистісно-професійні зміни в її процесі – і в самому собі, й у студентів як об'єктів праці викладача.

В емпіричному дослідженні, що тривало протягом 2019 -2020 рр., взяли участь 55 викладачів низки вузів України віком від 25 до 77 років (різної статі). Один з його етапів був спрямований на оцінку особливостей професійної життєстійкості викладачів і встановлення її взаємозв'язку з професійним самоздійсненням. З цією метою використано «Опитувальник професійної

життєстійкості», розроблений О. М. Кокуном (2019) на змістовій основі трьох взаємопов'язаних складових життєстійкості, що були визначені в роботах S. Maddi та ін. Опитувальник дає можливість встановити загальний рівень професійної життєстійкості, а також ступінь вираження трьох його складових (включеності в діяльність, професійного контролю і прийняття ризику), в кожній з яких виділено по чотири компоненти: емоційний, мотиваційний, соціальний і професійний. У дослідженні застосовано так само розроблений О. М. Кокуном (2012) «Опитувальник професійного самоздійснення», призначений для з'ясування загального рівня професійного самоздійснення фахівця, двох його форм: зовнішньо- і внутрішньопрофесійної та ступеня вираження окремих його показників.

Наразі подамо описову статистику життєстійкості як професійно важливої якості особистості викладача, що є визначальним внутрішнім ресурсом – у плані збереження психічного та професійного здоров'я і сприяння здійсненню суб'єкта у професії.

Таблиця 1

Розподіл досліджуваних викладачів (n = 55)  
за рівнем розвитку професійної життєстійкості

№	Рівень професійної життєстійкості	Бали	Кількість (у відсотках)
1.	Низький	0-19	-
2.	Нижчий від середнього	20-38	-
3.	Середній	39-57	26
4.	Вищий від середнього	58-76	65
5.	Високий	77-96	9

З таблиці 1 видно, що у жодного з досліджуваних викладачів не спостерігається розвитку професійної життєстійкості на нижчому від середнього і низькому рівні. Більшості респондентів – 65% – притаманна професійна життєстійкість вищого від середнього рівня. Понад чверть досліджуваних (26%) мають середній рівень розвитку професійної життєстійкості. У решти викладачів (9%) зафіксовано високий рівень її розвитку. Це є свідченням того, що життєстійкість як особливий особистісний ресурс, «особистісно-професійна властивість» викладача справляє вплив на успішність перебігу його професійної діяльності, сприяючи постійному засвоєнню ним спеціальних знань та опануванню новітньої інформації, освоєнню у складних (часто екстремальних) умовах діяльності нових технологій навчання і виховання та набуття, внаслідок прийняття «професійних ризиків», професійно значущого досвіду.

Крім того, всі середні значення складових (та їх компонентів), а також загальний рівень (середнє його значення) професійної життєстійкості викладачів мають вищий від середнього рівень її розвитку.

Таблиця 2

Кореляційні зв'язки показників  
професійної життєстійкості викладача

№	Показники	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Загальний рівень професійної життєстійкості	1	,816 **	,778 **	,831 **	,820 **	,773 **	,781 **	,735 **
2.	Рівень професійної включеності в діяльність	,816 **	1	,500 **	,595 **	,808 **	,696 **	,734 **	,449 **
3.	Рівень професійного контролю	,778 **	,500 **	1	,463 **	,537 **	,559 **	,697 **	,707 **
4	Рівень професійного прийняття ризику	,831 **	,595 **	,463 **	1	,724 **	,668 **	,584 **	,652 **
5.	Рівень емоційного компонента проф. життєстійкості	,820 **	,808 **	,537 **	,724 **	1	,622 **	,613 **	,452 **
6.	Рівень мотиваційного ком-понента професійної життєстійкості	,773 **	,696 **	,559 **	,668 **	,622 **	1	,482 **	,386 **
7.	Рівень соціального компонента проф. життєстійкості	,781 **	,734 **	,697 **	,584 **	,613 **	,482 **	1	,515 **
8.	Рівень професійного компонента проф. життєстійкості.	1	,816 **	,778 **	,831 **	,820 **	,773 **	,781 **	,735 **

Примітки: \* – кореляція достовірна на рівні:  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; проф. – професійної.

Кореляційний аналіз дав змогу встановити взаємозв'язки між психологічними показниками та їх компонентами у структурі професійної життєстійкості, діагностованої у викладачів вищої школи. Аналіз кореляційної матриці, поданої у таблиці 2, показав, що всі показники і компоненти професійної життєстійкості викладачів позитивно, статистично достовірно і вельми тісно корелюють між собою – коефіцієнти кореляції від 0,831 до 0,735 на рівні достовірності:  $p \leq 0,01$ . Це є свідченням того, що всі ці показники (та їх компоненти) і кожний з них окремо справляють суттєвий вплив на її розвиток, а також істотною мірою визначають розвиток один одного.

Наразі розглянемо зв'язки, які існують між окремими складовими та компонентами професійної життєстійкості.

З таблиці 2 видно, що показник «рівня професійної включеності в діяльність» має тісні позитивні кореляційні зв'язки з рештою складових та їх компонентами (кореляція достовірна на рівні  $p \leq 0,01$ ). Особливо тісними є ці зв'язки з «рівнем емоційного компонента» професійної життєстійкості, що свідчить про залежність між якістю професійної діяльності і психоемоційним станом суб'єктів педагогічної взаємодії. До того залучення психологічно стійкого суб'єкта в систему професійних відносин та діяльності посилює його прагнення досягти поставлених цілей.

У свою чергу, «рівень професійного контролю» так само тісно позитивно корелює (на рівні достовірності  $p \leq 0,01$ ) з іншими складовими та компонентами професійної життєстійкості. Найбільш виразним є такий зв'язок з «рівнем професійного компонента» і «рівнем соціального компонента» професійної життєстійкості. Відтак, саме життєстійкими настановленнями контролю безпосередньо визначається ступінь розв'язання фахового завдання – зокрема, досягнення конструктивних трансформацій у свідомості та поведінці об'єктів (студентів) психолого-педагогічного впливу викладача і задоволення в результаті запиту суспільства на підготовку конкурентоздатного фахівця.

Тим часом «рівень професійного прийняття ризику» також має тісну позитивну статистично достовірну кореляцію з іншими складовими і компонентами професійної життєстійкості (при  $p \leq 0,01$ ). Отже, усвідомлення викладачем можливих ризиків і наслідків своєї професійної діяльності є не тільки важливим показником професійної життєстійкості, а й істотним чинником якості педагогічної взаємодії. Найвиразнішим є зв'язок цього показника з «рівнем емоційного компонента» професійної життєстійкості, що свідчить про їх тісну взаємозалежність.

Відтак, можемо констатувати: всі структурні складові та компоненти професійної життєстійкості взаємозалежні та взаємопов'язані і визначають загальний (вельми високий) рівень її розвитку.

Таблиця 3

Кореляційні зв'язки показників професійної життєстійкості викладачів з узагальненими показниками їх професійного самоздійснення

Показники професійної життєстійкості	1	2	3
Загальний рівень професійної життєстійкості	,175	,185	,154
Рівень професійної включеності в діяльність	,167	,190*	,133
Рівень професійного контролю	,131	,144	,111
Рівень професійного прийняття ризику	,217*	,207*	,213
Рівень емоційного компонента професійної життєстійкості	,162	,189	,124
Рівень мотиваційного компонента професійної життєстійкості	,190	,228*	,141
Рівень соціального компонента професійної життєстійкості	,082	,084	,075
Рівень професійного компонента професійної життєстійкості	,234*	,199*	,251



Примітки: 1 – загальний рівень професійного самоздійснення фахівця; 2 – рівень внутрішньопрофесійного самоздійснення; 3 – рівень зовнішньопрофесійного самоздійснення. \* – кореляція достовірна на рівні  $p \leq 0,1$ .

Кореляційний аналіз дав також можливість встановити взаємозв'язки між показниками професійної життєстійкості викладачів і узагальненими показниками їх професійного самоздійснення. Наразі проаналізуємо ці взаємозв'язки, зафіксовані в таблиці 3.

Так, показник *«загального рівня професійного самоздійснення»* викладача має помірний позитивний кореляційний зв'язок з такими структурними складовими досліджуваного феномена: з *«рівнем професійного компонента професійної життєстійкості»* (0,234 при  $p \leq 0,01$ ) і *«рівнем професійного прийняття ризику»* (0,217 при  $p \leq 0,01$ ). Стосовно інших структурних компонентів професійної життєстійкості маємо зазначити, що йдеться лише про тенденцією до такого взаємозв'язку між ними та загальним рівнем професійного самоздійснення. Відтак, найбільшою мірою визначають успішність професійного самоздійснення професійно важливий досвід, а також правильно спрогнозовані, добре усвідомлені й регульовані дії викладача.

У свою чергу, показник *«рівня внутрішньопрофесійного самоздійснення»* викладача має лише помірний і слабкий позитивний кореляційний зв'язок з такими структурними складовими досліджуваного феномена: з *«рівнем професійної включеності в діяльність»* (0,190 при  $p \leq 0,01$ ); *«рівнем професійного прийняття ризику»* (0,207 при  $p \leq 0,01$ ); *«рівнем мотиваційного компонента професійної життєстійкості»* (0,228 при  $p \leq 0,01$ ) і *«рівнем професійного компонента професійної життєстійкості»* (0,199 при  $p \leq 0,01$ ). Саме ці показники найбільшою мірою визначають професійне самовдосконалення, спрямоване на підвищення професійної компетентності та розвиток професійно важливих якостей викладача. Решту показників професійної життєстійкості пов'язує з внутрішньопрофесійним самоздійсненням лише тенденція до позитивного кореляційного зв'язку.

Щодо показника *«рівень зовнішньопрофесійного самоздійснення»* викладача зауважимо: зафіксовано відсутність кореляційного зв'язку між ним і рештою структурних складових професійної життєстійкості – має місце лише тенденція до позитивного кореляційного зв'язку. Як бачимо, для досягнення значущих здобутків у різних аспектах професійної діяльності меншою мірою важливий ступінь розвитку професійної життєстійкості викладача, ніж це потрібно для його внутрішньопрофесійного самоздійснення. Тобто без стійкого переконання фахівця в доцільності певних, професійно важливих, змін неможливе досягнення вагомих професійних результатів.

Зауважимо також, що найменше позначається на досягненні професійного самоздійснення (загального, внутрішньо- і зовнішньопрофесійного) викладача рівень розвитку соціального компонента професійної життєстійкості (табл. 3). Тобто, коли йдеться про зростання кваліфікації, професіоналізму цього фахівця і продуктивності його

педагогічної та наукової роботи, соціальний чинник, що виражається здатністю налагоджувати продуктивні ділові й міжособистісні взаємини з оточенням, не є аж так важливим.

Психологічний аналіз результатів емпіричного дослідження дав змогу дійти таких висновків:

- Психологічне дослідження дало можливість кількісно та якісно охарактеризувати рівень розвитку структурних складових професійної життєстійкості викладача, виділити особливості взаємозв'язку її складових та їх компонентів, встановити сутнісні зв'язки та взаємозалежність психологічних характеристик у структурі досліджуваного феномена.

- Результати дослідження свідчать про вельми високий (здебільшого вищий від середнього) рівень розвитку професійної життєстійкості, її складових та компонентів у викладачів вищої школи для ефективного розв'язання завдань їх професійної діяльності й самоздійснення. Та внаслідок складності, непередбачуваності та стресовості перебігу науково-педагогічної діяльності це зовсім не виключає потребу в подальшому розвитку розглянутих характеристик професійної життєстійкості, в постійному особистісно-професійному вдосконаленні цих фахівців.

- Життєстійкість як властивість саморегульованої системи особистості полягає у здатності опановувати свою психічну активність та поведінку в різних – здебільшого складних чи навіть кризових – умовах здійснення притаманної людині діяльності. З підвищенням у фахівця рівня життєстійкості, професійного контролю і прийняття ризику, самоусвідомлення і саморегулювання зменшується його вразливість до дії психогенних факторів середовища. В результаті зростає ймовірність нормального функціонування організму, постійного підвищення освіченості й професіоналізму, ефективної діяльності й самоздійснення у просторі професії.

## **ПРОБЛЕМА РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В СУЧАСНОМУ СВІТІ**

*Д. О. Левченко,  
аспірантка,*

*Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*

Здоровий спосіб життя починається зі здорових звичок. Часто психологічні детермінанти грають ключову роль в можливості зміни своєї поведінки. Існує стійкий взаємозв'язок здоров'я, функціонального стану організму і поведінки людини. Багато вчених відзначають, що в сучасному суспільстві зростає тенденція схильності людей, які не мають хронічних

захворювань, піддавати ризику своє здоров'я паттернами деструктивної поведінки.

Сучасний світ дуже динамічний. Поряд з глобальними змінами в соціальній, економічній, культурній та політичній сферах змінюється і стрімко розвивається психологія особистості. Якщо ми робимо акцент на проблемі залежної поведінки, ми повинні чітко уявляти психологічний портрет особистості, схильної до залежності.

За даними експертів, на 100 чоловік в Україні припадає одна людина з клінічною формою розладу харчової поведінки. За найскромнішими підрахунками, близько 250 тис. чоловік страждають від критично низької або високої маси тіла, п'ють антидепресанти і потрапляють в психіатричні клініки. Причому людей, які не можуть розпізнати проблему і не звертаються за допомогою, куди більше, ніж 1% (Stice E & Bohon C., 2012).

Проблема порушення харчової поведінки на сьогоднішній день є дуже актуальною темою вивчення в психології та суміжних дисциплінах. Багато психологів вважають, що харчова аддикція не таке важке захворювання, щоб приділяти йому пильну увагу, тим не менш, в розвинених країнах з кожним роком зростає кількість людей, що страждають харчовими розладами. Природа цих порушень малозрозуміла, тому вони дуже погано піддаються лікуванню. Фахівці, які вивчають ці порушення, наразі не можуть дати конкретний перелік критеріїв, за якими можна було б встановити порушення харчової поведінки.

При порушеннях харчової поведінки часто діагностуються важкі соматоендокринні розлади і стійка психосоціальна дезадаптація. Американська «Національна асоціація розладів харчової поведінки» (NEDA) підкреслює, що розлади харчової поведінки неоднорідні за своєю природою, є поліетіологічними – і пов'язані з біологічними, культуральними, сімейними і інтрапсихічними факторами, що зустрічаються переважно в осіб жіночої статі. Вважається, що це обумовлено відносним зростанням добробуту, соціально-детермінованими уявленнями про привабливість.

Харчова поведінка – це ціннісне ставлення до їжі та її прийому, стереотип харчування в повсякденних умовах, а також індивідуальні для кожної людини установки, форми поведінки, звички та емоції, що супроводжують процес харчування.

Порушення харчової поведінки – це комплексна проблема, що поєднує в собі як психологічний, так і фізіологічний фактори. Фізіологічний чинник – це проблеми пов'язані з неправильним харчуванням: порушенням обміну речовин, підвищеним навантаженням на організм, виснаженням і іншим. Психологічний фактор – це важкі емоційні переживання, проблеми з соціалізацією і контролем поведінки (Миколаїва Є. А., Дерев'янка Ю. П., 2019).

Загалом, існує багато видів порушень харчової поведінки, але найпоширенішими з них є нервова анорексія, нервова булімія та компульсивне переїдання. Основні особливості нервової анорексії і булімії – прагнення до

худини, страх набрати вагу, упереджене відношення до їжі, когнітивні розлади, психологічні проблеми і проблеми із соматичним здоров'ям. Компульсивне переїдання проявляється в регулярному об'їданні і виникненні сорому щодо своєї поведінки, тому виникає приховування його і відчуття себе винним, намагаючись максимально обмежити своє харчування.

Проблема порушень харчової поведінки розглядалася багатьма вченими, такими як Змановська Є. В., Кіслова Є. К., Коркіна М. В., Марілов В. В., Сідоров П. І., Федорова І. І., Цівілько М. А., але недостатньо вивченим залишається питання діючого комплексного підходу в реабілітації хворих харчовими розладами.

Сучасні підходи лікування пацієнтів з харчовими розладами переважно засновані на поєднанні фармакотерапії і дієтотерапії та акцентовані лише на розладах харчової поведінки, ігноруючи при цьому коморбідні психопатологічні розлади, що значно зменшує їх терапевтичну ефективність. Тому лікувально-реабілітаційні заходи при харчових порушеннях є неповноцінними без впливу на психосоціальний компонент захворювання. Недоліки наявних реабілітаційних програм, складність вирішення питань розвитку залежної харчової поведінки призводять до необхідності розробки диференційованої багаторівневої програми психотерапії при лікуванні хворих з порушенням харчової поведінки, кінцевою метою якої є не тільки ефективна терапія даної патології, але й розробка превентивних підходів.

В організації психотерапевтичного процесу необхідно спиратися на розуміння залежної поведінки як психічно детерміноване, штучно викликане захворювання, яке може існувати, тому що існує заміщення у вигляді нездорових відносин з їжею, але виникає воно з психічних причин. В рамках психології самості Хайнца Кохута (Heinz Kohut) підкреслюється роль психологічної травми, отриманої батьками в дитинстві, яка привела до утворення структурного дефіциту у майбутнього залежного.

Працюючи з проблемою залежності, варто звертати увагу на структурний рівень організації особистості. Найчастіше ми можемо діагностувати нижній або верхній межовий рівень організації психіки. При діагностиці варто враховувати об'єктивний і суб'єктивний анамнез пацієнта, а також почуття перенесення, що виникає в процесі психотерапії.

У роботі з проблемою залежності ми приділяємо увагу аналізу структурного рівня організації психіки та особливостям проходження стадій психосексуального розвитку. Більшість залежних мають в анамнезі травми першого року життя, а також травми розвитку. Але не варто обмежуватися тільки цим, так як в анамнезі зустрічаються і травми анального і едіпального періоду, частіше у пацієнтів верхнього межового рівня організації особистості.

В психотерапевтичному процесі виділяються кілька фокусів: порушення прихильності, порушення сфери потягів, саморегуляції, особливості емоційної комунікації, цілепокладання, порушення іденічності. Також важливим етапом роботи є робота з співзалежними, в процесі якої, психотерапевт часто стикається з порушеними межами, порушеннями особистого простору і

проявами схильності до злиття. Цей етап роботи включає психологічне консультування, сімейні консультації, групову роботу, а також рекомендації щодо подальшої психотерапевтичної роботи.

Перший етап психотерапевтичної роботи є етапом насичення архаїчних потреб і базується на протективному стилі ведення психотерапевтичного процесу. Коли пацієнт виявляє власні внутрішні ресурси і вчиться спиратися на себе, ми можемо говорити про перехід до другого етапу роботи: роботі з травмою або роботі з конфліктом.

Особливості реактивного мислення залежних пацієнтів штовхають їх заповнювати внутрішньоособистісні дефіцити зовнішніми об'єктами, на підставі цих зв'язків і формується залежна поведінка. Перші кроки до розвитку проактивності пацієнт допомагає зробити психокорекційна робота.

Таким чином, багато різних теорій намагаються пояснити причини виникнення порушень харчової поведінки: соціальні, фізіологічні, емоційні і інші, але всі вони мають певні недоліки і не можуть в повному обсязі пояснити головні причини, через які у людини виникає така форма девіантної поведінки як розлад харчової поведінки. Порушення харчової поведінки значно ускладнює загальне самопочуття людини і руйнує звичайний ритм життя. Тому дуже важливим є надання психологічної допомоги хворим, а також проведення психопрофілактики для запобігання виникненню даного порушення, починаючи саме з підліткового віку.

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ ПРОФІЛАКТИКИ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ЛІКАРІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID-19**

***В. О. Лефтеров,***

*доктор психологічних наук, професор*

***О. М. Цільмак,***

*доктор юридичних наук, професор*

*Національний університет «Одеська юридична академія»*

Пандемія COVID-19 з огляду на її масштабність стала надзвичайно складним випробуванням для українського суспільства і всього людства. Як зазначає М. М. Слюсаревський у суспільстві, в зв'язку із пандемією, поступово зростає відчуття несправедливого та нерівномірного розподілу пов'язаних з карантинном труднощів. В суспільстві наявне психоемоційне напруження, зумовлене тривалим стресом має тенденцію до накопичення і здатне спричинитися до розгортання відтермінованих дезадаптивних реакцій на пандемію та потягти за собою цілий комплекс небажаних медичних, соціальних та економічних ризиків (Слюсаревський М. М., 2020). Ці реакції, на думку М. М. Слюсаревського, можуть розвиватися за кількома напрямками, зокрема: сплеск тривожних, депресивних, фобічних, посттравматичних

стресових та інших психічних розладів у відповідь на істотне погіршення соціально-економічної ситуації; заперечення та саботаж необхідності захисних та обмежувальних заходів; підвищення соціального невдоволення та протестних настроїв.

В цих кризових умовах суспільної нестабільності саме на лікарів покладається велика відповідальність і багатократне навантаження, що може зумовлювати загострення у них емоційного вигорання. Тому для в умовах пандемії COVID-19 необхідним є підтримка та психологічний супровід залучених до спалаху коронавірусної хвороби працівників установ охорони здоров'я.

Д. Р. Миков, А. М. Куліш, С. В. Муравйов та інші дослідники емпірично довели, що синдром емоційного вигорання лікарів знаходиться в стані динамічного розвитку і проявляється в емоційних розладах, афективних станах, тривоги, депресії і симптом «загнаності у клітку» (Миков Д. Р., Кулеш А. М., Муравьев С. В., Черкасова В. Г., Чайников П. Н., Соломатина Н. В., 2018) Т. А. Вежновець і В. Д. Парій обґрунтували, що профілактика синдрому емоційного вигорання у медичних працівників повинна здійснюватися з урахуванням особливостей психотравмуючих чинників в залежності від типу трудової мотивації (Вежновець Т. А., Парій В. Д., 2016).

Для мінімізації синдрому емоційного (професійного) вигорання лікарів сьогодні пропонуються, крім створення адекватних умов роботи і відпочинку лікарів, підвищення їх соціального статусу, різні психокорекційні і психотерапевтичні методи. У той же час недостатньо вивчені можливості профілактики та корекції емоційного вигорання лікарів за допомогою психологічних тренінгів. Ефективність тренінгів у особистісному розвитку та профілактики негативних явищ у психіці та поведінці людей доведено експериментально в численних дослідженнях. Під час тренінгів первинний вплив здійснюється не на пізнавальну сферу психіки людини (сприйняття, увагу, пам'ять, мислення), а на її емоційно-почуттєву і мотиваційну сфери. Учасник тренінгу набуває досвіду переживань певних ситуацій, своїх психічних станів, фіксує та запам'ятовує емоційне забарвлення під час вирішення тих чи інших тренінгових завдань. Внаслідок чого у людини формуються необхідні знання, уміння, навички, уявлення, погляди й цінності, які ним вже сприймаються як власні, а не нав'язані зовні.

Нами був розроблений і апробований психологічний тренінг «Свіча», що був спрямований на профілактику та корекцію проявів емоційного вигорання лікарів. Метою тренінгу є оволодіння системою практичних психологічних навичок і вмінь щодо збереження та зміцнення психічного здоров'я лікаря, формування готовності до протидії емоційному вигоранню у повсякденній діяльності та екстремальних умовах пандемії COVID-19. Основні завдання тренінгу:

1. Ознайомлення лікарів з поняттям «синдрому професійного вигорання», його причинами, стадіями, способами профілактики.

2. Відпрацювання соціально-психологічних умінь та навичок конструктивного подолання емоційного вигорання, навчання способам і технікам психічної саморегуляції.

3. Зниження рівня психічного вигорання і емоційної напруги у лікарів.

4. Сприяння активізації особистісних ресурсних станів.

Тренінг «Свіча» включав комплекс вправ і психотехнік для психокорекції та профілактики емоційного вигорання. Серед методик тренінгу особливе місце займали вправи, що були спрямовані на розвиток емоційної і ціннісно-сислової сфери особистості лікаря, аналіз переживань своїх функціональних станів, а також рефлексію сенсу життя в минулому, сьогодні і майбутньому. У процесі тренінгів здійснювалося моделювання різних клінічних ситуацій, в тому числі із застосуванням методу «Стандартизований пацієнт».

Апробація тренінгу та психодіагностичне дослідження до і після його проведення засвідчили, що у лікарів до тренінгового навчання були зафіксовані підвищені показники професійного вигорання за шкалами «Емоційне виснаження» і «Деперсоналізація» методики «Діагностика професійного вигорання» (К. Масlach, С. Джексон, в адаптації Н. Є. Водоп'янова). Причому було встановлено прямий кореляційний зв'язок цих шкал зі шкалами методики опитувальника САН «самопочуття» ( $r = 0,452$ ;  $p = 0,003$ ) і «настрій» ( $r = 0,305$ ;  $p = 0,046$ ). Це свідчить про те, що у лікарів виявлені стан емоційної спустошеності, прояви пригніченості і апатії, а також пересичення від роботи, яка стала більше напруженою. У багатьох лікарів відзначається байдужість, черствість і зниження емоційної теплоти у відносинах з колегами і підлеглими, що констатує наявність у них ознак професійної деформації. Все це відбувалося на фоні зниженого настрою і самопочуття (відзначалися: ослаблення, втома, млявість, похмурість, песимістичність, розчарованість, невдоволення тощо).

Повторне психодіагностичне тестування після проведеного тренінгу «Свіча» виявило зниження рівня професійного вигорання у лікарів практично за всіма шкалами. Порівняльний статистичний аналіз за t-критерієм Стюдента показав зменшення синдрому емоційного вигорання зафіксовані за шкалами «Емоційне виснаження» ( $t = -3,235$ ;  $p = 0,01$ ) і «Деперсоналізація» ( $t = -2,44$ ;  $p = 0,05$ ). Крім цього, після тренінгів у лікарів значимо зменшився «Загальний показник професійного емоційного вигорання» ( $t = -2,26$ ;  $p = 0,05$ ).

Результати дослідження за опитувальником «Самопочуття, активність і настрої» (САН) засвідчили про те, що до тренінгів за шкалами «Настрої» і «Самопочуття» рівень емоційних станів у лікарів «нижче середнього». Діагностика після тренінгів встановила, що у лікарів спостерігається тенденція зниження несприятливих станів, в ряді випадків відзначається значне зростання сприятливих станів і приблизно однакове співвідношення всіх показників. Так, значне зростання зафіксовано за шкалами «Самопочуття» ( $t = 2,2$ ;  $p = 0,05$ ) і «Настрої» ( $t = 2,32$ ;  $p = 0,05$ ). Це свідчить

про достовірне поліпшення самопочуття, підвищення задоволеності, оптимізму і життєрадісності лікарів в наслідок участі в тренінгу.

Таким чином, психологічний тренінг сприяє профілактиці у лікарів синдрому емоційного вигорання. Тому під час пандемії рекомендується проведення психологічних тренінгів та інших процедур психологічного супроводу лікарів, спрямованих як на корекцію дезадаптивних форм поведінки, так і на розвиток у них умінь та навичок стресостійкості, саморегуляції, мотивації на саморозвиток та інших професійно значущих психологічних характеристик.

## **ФАСИЛІТАЦІЯ ЯК СУЧАСНА ТЕХНОЛОГІЯ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ ВИКЛАДАЧА**

***Л. А. Мартинець,***

*доктор педагогічних наук, доцент,*

*перший проректор,*

*Луганський національний аграрний університет*

Ефективне впровадження концептуальних засад педагогіки партнерства в освіту потребує кардинального переосмислення ролі та функцій викладача. Дедалі більшої популярності у цьому напрямку набирає технологія фасилітації. Термін «фасилітація» походить від англ. дієслова «facilitate» та перекладається, як полегшувати, допомагати, сприяти. У психологічному словнику визначено це поняття так: «підвищення швидкості або продуктивності діяльності індивіда внаслідок актуалізації в його свідомості образу іншої людини (або групи людей), що виступає в якості суперника або спостерігача за діями даного індивіда» (Синявський В. В., 2007). У педагогіці фасилітація визначає управління навчальною діяльністю здобувачів, при якому педагог займає позицію помічника й допомагає йому самостійно знаходити відповіді на питання та/або формувати будь-які навички. Отже, технологія фасилітації розглядається, як професійна організація процесу групової роботи, спрямована на досягнення цілей заняття, рішення, в процесі навчання, питань підвищеної складності та важливості.

Мета застосування фасилітації в освітньому процесі може зводитися до вирішення кейсів, конкретних ситуацій, де потрібно знайти рішення, проаналізувати проблеми, зібрати ідеї, уточнити завдання, спланувати дії.

Особистість фасилітатора – вже потужний інструмент впливу сам по собі. На думку автора кількох книг з фасилітації і ведучого майстерні з фасилітування у Leeds Metropolitan University Т. Манна фасилітатор – це далеко не тренер, який швидше за все транслює навички, знання та експертизу, і зовсім не консультант, чиїм основним завданням є пропозиція рішення.



Фасилітатор надає метод і засіб, що допомагає знайти відповідь у складних ситуаціях (Tony Mann, 2007). Т. Манн підкреслює, що фасилітатор має вміти:

- направляти і структурувати дискусію в потрібне русло;
- відбирати дійсно вдалі рішення групи;
- брати на себе ризик, виходити самому і виводити учасників фасилітації із зони комфорту;
- працювати з різного роду групами;
- орієнтуватися у всіх форматах бесід і зустрічей;
- поєднувати різні інструменти і техніки в процесі роботи з групою;
- швидко реагувати на зміну обстановки, труднощі учасників і, відповідно, швидко їх долати;
- протистояти стресу;
- відкриватися людям, мотивувати їх на особистісні зміни.

Професіонал понад усе ставить інтереси групи, відмовляючись від власної експертизи, не дозволяє учасникам пов'язати в обговоренні, але в той же час і не форсує події і не чинить тиску на учасників. Він несе відповідальність за організацію обговорення, що дозволяє учасникам цілком сфокусуватися на утриманні об'єкта дискусії. Фасилітатор підтримує конструктивний діалог і надає однакову увагу всім учасникам обговорення, ефективно керуючи дискусією, але не вступаючи в неї. Результатом такої зустрічі є прийняття групою кращого з можливих рішень.

Однак виникає абсолютно закономірне питання про те, чи існує принципова різниця між поняттями «фасилітатор» і «модератор»? За умови, що і «фасилітатор», і «модератор» організовують роботу в групі та направляють її на досягнення поставленої мети.

Існують різні погляди на те, що таке фасилітація і модерація. Одними експертами вони визнаються як однакові процеси, а відмінність у термінах пояснюється різним мовним походженням (модерація – німецьке, фасилітація – англійське). Інші фахівці знаходять ці процеси суміжними, але мають відмінності:

1. Фасилітація буквально означає «полегшення», модерація – «приборкування». Модератор більшою мірою має володіти предметною областю, в якій ведеться обговорення і більше втручатися в процес, ніж «фасилітатор», мета роботи якого обмежується спонуканням до дії і дотриманням регламенту обговорення.

2. Модерація – більш жорстка технологія. У неї визначений формат – бесіда, під час якої немає можливості відволіктися на іншу тему. Фасилітація – гнучка технологія. У процесі застосовуються безліч різних технік та інструментів: замальовки, колажі тощо. Учасники не обмежені однією темою.

3. Модерація використовується у форматі зустрічі: «обговорення проблеми», нарада у керівника. Фасилітація підходить для вирішення конфліктних ситуацій, при прийнятті складних рішень і впровадженні нових технологій.

4. Фасилітатор – це нейтральний лідер, який робить процес групової роботи легким і ефективним. «Фасилітатор» не пропонує готових рішень, не нав'язує своєї думки, він надає певні кошти, за допомогою яких група сама знаходить рішення.

Можливі методи фасилітації: технологія відкритого простору (Open Ipace), «Грейп-коктейлі», «Світове Кафе» (World cafe), «Динамічна фасилітація», «Ідея-лог» (Idealog), «Парадигма позитивних змін» (Appreciative Inquiry Commons), «Я – Ти і Я – Ми» (Me-We-Us), «Аналіз Силового Поля», «Класичний Мозковий Штурм», «Таблиця елементів», «Негативний мозковий штурм», «Стейкхолдер-аналіз» (Stakeholder analysis), «Карта шляху» (Road map), Технологія прийняття рішень «Шість капелюхів мислення» (Six Thinking Hats), технологія «SCAMPER», «Метод 635», , метод Дельфі, стратегія Уолта Діснея тощо.

Фасилітаційні сесії можуть тривати від 4 годин до 3 днів. Розмір групи: від 8 до 50 учасників. Наведемо використання методу фасилітації під час проведення тренінгу «Мистецтво викладання». Тема: «Низька мотивація студентів до навчання: шляхи подолання».

Мета заняття – систематизувати знання з форм організації навчання та оцінювання у вищій школі, відпрацювати ділові навички прийняття рішень, потренуватися в можливості аналізувати отриману інформацію, освоїти нові моделі поведінки в інтерактивному спілкуванні, вміння аргументовано, грамотно представляти свою позицію.

Завдання: викладач з малим досвідом роботи звернувся до нас за допомогою. Він просить розповісти про демотивуючі фактори навчально-пізнавальної діяльності студентів, мотиви учіння. Викладач бажає знати, чи можна взагалі подолати низьку мотивацію студентів до навчання і які кроки необхідно для цього зробити?!

Для вирішення «заданої ситуації» скористаємося одним із методів фасилітації «Шість капелюхів мислення» – це інструмент, який здатний поглянути на будь-яке питання з різних позицій.

Суть методу проста – кожен капелюх певного кольору має свій вектор мислення: синій капелюх – управління; білий капелюх – факти; зелений капелюх – креатив; жовтий капелюх – можливості; чорний капелюх – критика; червоний капелюх – інтуїція.

Багато суперечок є з приводу черговості застосування ролей. Але практика показує наступну схему: білий – зелений – жовтий – чорний – червоний – синій. Для полегшення і прискорення творчого розумового процесу можна підготувати питання.

Білий капелюх – це чисті факти, те, що вже є на руках на сьогоднішній день. На допомогу «білому капелюху» можна задати такі питання: Що є на сьогоднішній момент? Де взяти ті дані, яких зараз немає про поточний стан? Як «добути» доказ? Які факти є підтвердженням?

Зелений капелюх – це креатив, творче мислення, ініціативи, ідеї, фантазії, припущення. Все, що може вирішити поставлене запитання.

Приймаються будь-які шляхи вирішення, починаючи від самих очевидних, закінчуючи самими фантастичними ідеями. Питання на допомогу «зеленому капелюху»: Які творчі пропозиції? Як зробити прорив? Які поліпшення можна запропонувати? Що якщо ми зробимо так ...? Які ідеї можуть поліпшити ситуацію? Важлива умова роботи під зеленим головним убором – ніякої критики.

Жовтий капелюх – це можливості, оптимізм і віра в успіх. Одягаючи цей капелюх, будь-яка людина начебто приміряє рожеві окуляри. Розглядаються всі позитивні аспекти. Питання на допомогу «жовтому капелюху»: Які переваги дасть втілення в життя цієї пропозиції? Що буде, коли ця ідея втілиться? Який найлегший шлях досягнення мети? Що отримають наші студенти (наша група) в результаті? Які сильні сторони ситуації?

У чорному капелюсі, і тільки в цій ролі – прийнято критикувати і обговорювати ризики. Однак критика має бути конструктивною, спрямованою на суть пропозиції, а не на людину, яка висловила ідею. Не можна просто сказати «погана ідея», необхідно обґрунтувати «чому?». Питання на допомогу «чорному капелюху»: Які ризики несе втілення ідеї в життя? Що може не вийти? Які терміни можуть не витримати і чому? Що може завадити реалізації пропозиції? Які конкретні факти, чому ця ідея погана?

Червоний капелюх – це емоції, почуття, інтуїція. У звичайному соціальному житті кожний з нас звик стримувати свої думки. У цій грі запропоновано по-іншому. Говорити те, що на душі, можливо, приховано. Питання на допомогу «червоному капелюху»: Що Ви відчуваєте, дивлячись на цю проблему? Підсвідомість підказує, що ...? Що Ви відчуваєте, думаючи про майбутнє рішення? Які емоції переживаєте з цього приводу? Що говорить інтуїція? Правила червоного капелюха – відкрити всі емоції, випустити підсвідомість на волю, прислухатися до глибин свідомості.

Синій капелюх – це управління, координатор всього творчого процесу. Питання на допомогу «синьому капелюху»: Яка мета, зрозуміла вона для учасників? Що потрібно приготувати для членів робочої групи? Як направити творчу енергію в потрібне русло? Що розповісти учасникам на початку заходу? Як структурувати отримані дані? Які правила треба озвучити для учасників?

Цей метод застосовують по-різному: як поодиноким, так і в групі.

Варіант 1. Кожний учасник надягає на себе подумки або посправжньому капелюх якогось одного кольору. Висловлює свої міркування з певного вектору. Дія обмежується від 30 секунд до хвилини. Найкраще працює 1 хвилина. Учасник встигає і подумати, і висловитися. Далі капелюх передається по колу. І так відбувається, поки не будуть використані 5 капелюхів: білий, жовтий, зелений, чорний, червоний. Синій капелюх управляє творчим процесом. Записує результати, стежить за таймінгом, задає вектор мислення. У разі необхідності, озвучує навідні запитання. Ідеальна кількість учасників 6 осіб. Якщо учасників більше, то краще за все розбити на 5 підгруп, шостий – фасилітатор.

Варіант 2. Кількість учасників будь-яка. Дія відбувається за 5 раундів. Кожний раунд – це капелюх певного кольору. Всі учасники надягають на себе уявний головний убір і мислять єдиними категоріями хвилину. Далі модератор озвучує інший колір. В такому випадку, кожний учасник записує свої ідеї на папері, не забуваючи позначати номер раунду (або колір капелюху). Другий метод підходить для роботи зі студентами. У такому випадку, фасилітатор має знаходитися так, щоб його всі бачили.

Отже, метою застосування технології фасилітації є активізація діяльності, максимальне розкриття потенціалу всіх учасників процесу. Найбільш точно суть технології фасилітації сформулював давнокитайський філософ Лао Цзи у своєму трактаті «Дао Де Цзин», де він називає фасилітатора – «цілковитомудрим», тому що «він нікуди не кличе, а всі йдуть куди потрібно; він мовчить, а всі його слухають; він знаходиться позаду всіх, а всі його бачать» (Лао Цзи, 2020).

## **ПРОФЕСІЙНИЙ СТРЕС ТА ЙОГО ПРОЯВИ У ДІЯЛЬНОСТІ РЯТУВАЛЬНИКІВ МІЖНАРОДНИХ ГУМАНІТАРНИХ МІСІЙ**

**С. М. Миронець,**

*доктор психологічних наук, доцент,  
завідувач кафедри психології,*

*Київський національний торговельно-економічний університет*

За роки набуття Україною незалежності проблема психології діяльності фахівців, яким доводиться виконувати завдання за межами території України, досліджувалася лише у військовій сфері, в питаннях участі українських вояків у Міжнародних миротворчих місіях. Цій проблемі присвятили свої наукові праці В. Алещенко, О. Блінов, С. Лебедєва, В. Осьодло, І. Приходько, В. Садковий, В. Стасюк, О. Теличкін, О. Тімченко, О. Хміляр, Ю. Ширококов та ін.

Водночас питання психології діяльності міжнародних гуманітарних місій та пошуково-рятувальних операцій на теренах незалежної України досліджується вперше, оскільки лише з утворенням у 1996 році Центрального органу виконавчої влади з питань цивільного захисту населення Україна стала активно брати участь у Міжнародних гуманітарних місіях та пошуково-рятувальних операціях.

За останні десятиліття фахівці зведених аварійно-рятувальних загонів Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) здійснили майже 40 міжнародних гуманітарних місій та пошуково-рятувальних операцій в інших країнах земної кулі. Найбільш масштабними серед них були місії, пов'язані з катастрофічними землетрусами в центрально-азійському регіоні (Туреччина, 1999 р.; Індія, 2001 р.; Іран, 2003-2004 рр.; Пакистан, 2005 р.);

ліквідацією катастрофічних повеней в Угорщині (1999 р., 2001 р.) та Польщі (1997 р., 2001 р.); ліквідацією лісових пожеж в Республіках Ізраїль (2016 р.) та Чорногорії (2017 р.) та ін.

За весь період роботи у складі мобільного госпіталю ДСНС України в осередках потужних землетрусів медиками-рятувальниками було надано медичну допомогу понад 24 тис. постраждалих, з яких понад 3 тис. лікувались стаціонарно. Більше 20% від загальної кількості постраждалих були діти до 14 років.

Виходячи з аналізу науково-теоретичних джерел та результатів професійної діяльності міжнародних гуманітарних місій, з'ясовано, що психологічне забезпечення їх діяльності потребує подальшого розвитку та вдосконалення. Існує необхідність уточнення індивідуально-психологічних особливостей, що детермінують поведінку фахівців гуманітарних місій та пошуково-рятувальних операцій в екстремальних умовах діяльності.

Мета та завдання дослідження. на основі узагальнення науково-практичного доробку діяльності міжнародних гуманітарних місій та пошуково-рятувальних операцій визначити та обґрунтувати їхню психологічну складову, а саме психологічні особливості утворення, атестації та діяльності фахівців міжнародних гуманітарних місій, провести психологічне вивчення об'єктивних параметрів впливу негативних стрес-чинників на психічне та фізичне здоров'я фахівців зведених рятувальних загонів та запропонувати адекватні механізми щодо профілактики розвитку професійного стресу та професійного вигорання фахівців.

Формування теорії та практики психологічного забезпечення міжнародної гуманітарної діяльності – об'єктивний процес і закономірний результат розвитку сучасного суспільства, активних інтеграційних процесів України на шляху до Європейських стандартів. Однак для того, щоб наукове знання втілювалося у практику, стало елементом діяльності, воно повинно творити специфічні механізми такого переходу – технологію. На базі останнього розробляється сукупність технологічних засобів, форм, методів і способів їхнього використання (В. Алещенко, М. Корольчук).

В. Крайнюк, досліджуючи проблему стресостійкості на прикладі професії рятувальника, зазначає: «широковідомі в нашій країні уявлення про стрес Г. Сельє в даний час – скоріше надбання історії, ніж сучасні наукові дані. Знання про структуру стресу, насамперед психологічні, наслідки його впливу значною мірою змінилися й ускладнилися. Це стосується як визначення самого стресу, так і його похідних, наприклад, способів подолання стресу (копінгу), а також методів їхньої психодіагностики (оцінки) і психологічного впливу на безпосередні й віддалені наслідки стресогенних розладів у посттравматичний період»

Аналіз діяльності рятувальників у складі МГМ дає нам підстави констатувати, що діяльність рятувальників пов'язана з великими фізичними і психічними навантаженнями, впливом несприятливих факторів зовнішнього середовища. Це здебільшого важка праця, що потребує значних енергетичних

затрат зі значним впливом негативних стрес-чинників професійного середовища. В умовах проведення МГМ та ПРО вирішальну роль в успішній ліквідації наслідків НС відіграватиме моральна загартованість, воля і психічний стан рятувальника.

Будь-які оперативні дії й прийняті управлінські рішення, спрямовані на успішне рятування людей під час НС, залежатимуть передусім від здібностей рятувальника міжнародного класу правильно зрозуміти й оцінити обстановку в зоні НС, бути психологічно готовим до дій в умовах впливу стрес-факторів підвищеної інтенсивності, мати можливість швидко і безпомилково реагувати на зміну ситуації, бути максимально мобілізованим у відповідальні моменти виконання завдань з пошуку та рятування постраждалих людей.

Рятувальник як людина, яка надає допомогу, знаходиться у найбільш складній ситуації: йому необхідно виконати певні дії, спрямовані на підтримку життя постраждалого, і водночас він сам відчуватиме екстремальний вплив негативних факторів НС. При цьому певні особливості протікання НС можуть завадити адекватному наданню допомоги й ускладнити його психологічний статус. Перепонами на шляху адекватної допомоги рятувальником постраждалим людям можуть стати: дефіцит часу, відчуття відповідальності, страх допущення помилки, вплив особистості постраждалого на рятувальника та ін.

За даними наукових досліджень М. Решетнікова (1990 р.), в організмі рятувальника під час виконання пошуково-рятувальних робіт відбуваються певні фізіологічні зрушення, що призводять до зниження збудливості кори головного мозку й порушення дії умовних рефлексів.

Через 15–20 с після початку пошуково-рятувальних робіт (а інколи рефлексорно і до їх початку) збільшується кількість серцевих скорочень.

Максимальний кров'яний тиск значно підвищується, в окремих випадках на 60–80 мм рт. ст. Частота дихання може збільшуватися з 16–18 до 30–40 вдихів за хв. У 7–12 разів збільшується хвилинний об'єм серця і легенева вентиляція, що можуть досягати, відповідно, 35 і 100 л/хв.

Температура тіла підвищується на 0,4–0,6°С, а при виконанні деяких видів робіт може досягати до 38,5 і навіть 39,9°С. Порушується водно-соляний баланс і функції організму, що відповідають за регуляцію його функціональних систем, внаслідок чого відбувається значна втрата води при сильному потовиділенні (дегідратації), за умови роботи під впливом високих температур – тепловий стрес.

Допустимим підвищенням температури тіла під час виконання важких робіт вважається 38°С і збільшення частоти серцевих скорочень (ЧСС) до 120 уд./хв. – при легкій праці і 160 уд./хв. – при важкій праці. Під час виконання важкої роботи у мікрокліматі з високою температурою при використанні ізолюючого спорядження інтенсивність перегрівання настільки висока, що несвоєчасне припинення роботи може призвести до втрати свідомості внаслідок теплового удару.

Аналіз психічних станів рятувальників, які виконували обов'язки в екстремальних умовах діяльності при значних психоемоційних навантаженнях, викликаних наявністю реальної вітальної загрози, дозволяє стверджувати, що вплив психогенних факторів такої загрози викликає негативні зміни в структурі їх індивідуальних характеристик.

Таким чином, в усьому різноманітті екстремальних ситуацій МГМ на психіку рятувальників впливатимуть певні стрес фактори, причини розвитку яких можливо умовно розділити на дві групи: зовнішні і внутрішні. Аналіз керівних документів та нормативних актів, звітів про результати міжнародних гуманітарних місій та пошуково-рятувальних операцій, а також бесіди з експертами, дозволили виокремити 83 стрес-фактори, які з високою вірогідністю можуть призводити до негативних психічних станів, а у подальшому – і до професійного стресу та професійного вигорання рятувальників. Факторний аналіз дозволив одержати чотирифакторну структуру, яка описує 58% сумарної дисперсії ознак, – більше половини, що вважається прийнятним результатом, а самі стрес-чинники професійного середовища, що мають найбільший вплив на функціональний стан і працездатність рятувальників розподілені на три основні групи стрес-факторів: 1) ситуаційно-середовищні; 2) соціальні та етнокультурні; 3) супутні стрес-фактори 4) стрес фактори, що здебільшого залежать від типологічної структури особистості.

Проведений факторний аналіз надав можливість виділити 40 провідних стрес-факторів МГМ та ПРО, набір яких притаманний діяльності рятувальників – членів пошуково-рятувальної команди важкого класу, що залучається OSOCC ООН до участі у міжнародних гуманітарних місіях та пошуково-рятувальних операціях. Крім того, було встановлено, що виділені стрес-фактори являють собою консорціум ситуаційно-середовищних, соціальних, етнокультуральних, супутніх та власне психологічних стрес-факторів МГМ та ПРО.

Результати емпіричного аналізу сприяли розробленню комплексу заходів з попередження розвитку професійного стресу у рятувальників міжнародних гуманітарних місій та пошуково-рятувальних операцій ДСНС України.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО СУЇЦИДУ У МОЛОДІ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ**

***А. П. Мороз,***

*магістрант спеціальності «Психологія»,  
Донецький національний університет імені Василя Стуса*

Сучасне суспільство характеризується динамічним розвитком. У життя кожної особистості активно увійшли різного роду діджитал-технології та

інновації. Більшість людей все частіше орієнтуються на інтелектуальну працю, побудову кар'єри, комфортне життя. Така ситуація деякою мірою знижує якість живого, безпосереднього спілкування, що в подальшому стає підґрунтям для виникнення конфліктів та непорозумінь, а постійне перебування у стані підвищеної відповідальності, заклопотаності, роботи понад норму призводить до розвитку дистресу. Загальновідомо, що тривале перебування у стресовому стані знаходить своє негативне відображення на різних рівнях функціонуванні особистості. Наслідки дії стресових факторів можуть проявлятися як на фізичному (головний біль, підвищена стомлюваність, слабкість, важкість дихання, тощо), так і на психічному або когнітивному (зміна реагування на звичні речі, зниження обсягу пам'яті, концентрації уваги, слабкість абстрактного мислення та ін.) рівнях особистості. Також дистрес викликає зміни на емоційному (неспокій, страх, збентеженість, депресія) та поведінковому (алкоголізація, зниження активності, зменшення соціальних контактів, порушення апетиту, сну, сексуальної функції, тощо) рівнях. Найбільш небезпечним є те, що при постійному впливі стресових факторів людина у певний момент часу відчуває, що вона не в змозі впоратися зі всіма проблемами, які її оточують і не знаходить кращого виходу, ніж самогубство.

Суїцид – це обов'язково свідомо та умисно вчинені дії, які спрямовані на заподіяння людиною собі смерті (Мороз А. П., Пузь І. В., 2019). Цей феномен є біопсихосоціальним та відбувається через вплив на особу різного роду чинників, які часто діють комплексно. Серед них виокремлюються індивідуально-особистісні, соціокультурні, біогенні та техногенні (Бугайова Н. М., 2016). Варто зауважити, що найсильніший вплив мають індивідуально-типологічні особливості, відповідно до яких людина сприймає навколишній світ, реагує на нього, виробляє стратегії вирішення проблеми, тощо. Один із таких чинників виступає емоційний інтелект, який виявляється у здатності розпізнавати і керувати своїми емоціями та емоціями інших людей (Шандлоренко Д. Д., 2017).

Дослідники вказують, що емоційний інтелект впливає на усі сфери особистості: когнітивну, емоційну та поведінкову (Щербак Т. І., Щерба А. П., 2016). У першому випадку високий рівень емоційного інтелекту передбачає конгруентне бачення себе та оточуючих людей. В емоційній сфері відбувається регулювання емоційних проявів, а, відповідно, і менший вплив стресу, який має місце у всіх сферах життєдіяльності. Високий рівень емоційного інтелекту передбачає комфортне самопочуття, відсутність або конструктивне вирішення навчальних, виробничих та сімейних стосунків, адекватність реакцій життєвим ситуаціям. Люди з високим рівнем емоційного інтелекту прагнуть до навчання, з задоволенням черпають нову інформацію, синтезують її та застосовують на практиці, цінують дружні стосунки та родинні звичаї і традиції, беруть активну участь у громадському та політичному житті, піклуються про своє здоров'я. Поведінковий аспект людини з розвиненим емоційним інтелектом виявляється в умінні



організувати і спрямувати своє життя таким чином, аби повністю самореалізуватися у всіх сферах життєдіяльності та мінімізувати ризик впливу негативних та стресових чинників. З огляду на життя сучасної молоді високий рівень емоційного інтелекту є надзвичайно важливим і потрібним. Він допомагає уникати стресів, позитивно реагувати на життя та оточуючих людей, втілювати свої плани та задуми, знаходити однодумців і т.д.

З метою вивчення означеної проблеми нами було проведено експериментальне дослідження особливостей схильності до суїциду у молоді з різним рівнем емоційного інтелекту. Дослідження проходило на базі Донецького національного університету імені Василя Стуса серед студентів філологічного факультету. Загальна кількість досліджуваних склала 67 осіб. Середній вік учасників дослідження  $20 \pm 2$  роки. У якості психодіагностичного інструментарію були використані такі методики: Тест емоційного інтелекту EQ Н. Холла; опитувальник ЕмІн Д. В. Люсіна; методика виявлення схильності до суїцидальних реакцій «СР – 45» П. І. Юнацкевич; методика визначення суїцидальної спрямованості (Особистісний опитувальник ІСС).

На першому етапі нашого дослідження було визначено рівень емоційного інтелекту серед досліджуваних. Так, за результатами методики EQ Н. Холла було визначено, що серед усієї кількості досліджуваних молоді із високим рівнем емоційного інтелекту склала частку у 17,9%, протилежна група виявилася більшою – 34,3%, а середні показники отримали 47,8% респондентів. Досліджувані, які потрапили до групи осіб із високим рівнем емоційного інтелекту, характеризуються бездоганним усвідомленням власного емоційного стану, точним розумінням емоцій оточуючих їх людей. Вони адекватно і влучно реагують на будь-які життєві ситуації, досить добре контролюють себе. Такі люди емпатійні, здатні до підтримки, співчуття. Представники, які мають низький рівень емоційного інтелекту, не можуть чітко диференціювати свої емоції, аналізувати причину виникнення тих чи інших реакцій на зовнішні подразники, обирати сприятливі стратегії поведінки. На основі цього їм важко адаптуватися, перебувати у колективі тривалий час. Людям, що мають середній рівень емоційного інтелекту, властивий прояв окремих характеристик високого рівня. Для перевірки вищеописаних результатів нами було використано опитувальник емоційного інтелекту Д. Люсіна. У цій методиці пропонується поділ емоційного інтелекту на п'ять рівнів. Відповідно до результатів, дуже високий рівень розвитку емоційного інтелекту наявний у 6,0% респондентів, високий притаманний 16,4%, середній виявили у 44,8% опитуваних, низький – у 23,9% та дуже низькі показники діагностували у 8,9% опитаних. Якщо підсумувати відсоток високих та дуже високих показників, матимемо 22,4%, що є близьким до результату за першою методикою. Таким же чином додаємо низькі та дуже низькі результати, отримуємо 32,8%. Частка осіб із середнім рівнем емоційного інтелекту також близька до попередніх даних.

На другому етапі, відповідно до отриманих результатів, вибірку було поділена на три групи за рівнем емоційного інтелекту, у яких досліджувалася

схильність до самогубства. Так, аналіз результатів за методикою ІСС свідчить про те, що респонденти із низьким рівнем емоційного інтелекту мають високі показники за шкалою депресивності (54,6%), а у досліджуваних з високим рівнем емоційного інтелекту не було виявлено показників такого рівня взагалі. Натомість, досліджувані з високим рівнем емоційного інтелекту у 80,0% випадків мають низькі показники депресії. Представники із середнім рівнем розвитку EQ отримали середні (53,3%) та низькі (46,7%) результати. За шкалою невротизації маємо схожі результати: серед осіб із високим рівнем емоційного інтелекту домінують низькі показники (60,0%). Більшість представників із низьким рівнем емоційного інтелекту має високий рівень невротизації, 31,8% - середній та 18,2% низький. Респонденти, які увійшли до групи осіб із середнім рівнем емоційного інтелекту, у переважній більшості виявили середні результати (64,3%). Щодо шкали товарищескості, у осіб з високим рівнем емоційного інтелекту цей показник знаходиться на високому та середньому рівнях (40,0% і 60,0% відповідно). У групи із середніми показниками теж виявлено прояв лише двох градацій: високої (33,3%) та середньої (66,7%). Протилежна ситуація спостерігається у молоді з низьким рівнем емоційного інтелекту. Досліджувані цієї групи продемонстрували лише низькі та середні показники (40,9% та 59,1% відповідно). Варто зауважити, що низькі показники товарищескості у поєднанні з високими показниками депресивності та невротизму свідчать про схильність особистості до суїциду.

Для перевірки отриманих результатів ми провели діагностику підгруп за методикою «СР – 45». Згідно із даними, отриманими нами у процесі підрахунку результатів, низький рівень схильності до суїциду мають 60,0% осіб з високим рівнем емоційного інтелекту, 16,7% – із середнім рівнем і лише 9,1% з низьким. Такі люди цінують життя, насолоджуються ним, не задумуються про смерть і не бачать виходу із проблемних життєвих ситуацій шляхом вчинення самогубства. 33,3% респондентів з високим EQ, 36,7% із середнім і 4,5% із низьким мають рівень схильності до суїциду нижче від середнього. У таких осіб суїцидальні реакції можуть виникнути лише на фоні тривалої психічної травматизації та реактивних станах психіки. У нормальних умовах прояви схильності до суїциду у таких осіб обмежуються лише час від часу виникаючими думками про смерть (варто відзначити, що у нормі такі думки хоча б раз у житті мають місце бути у кожній особистості). Середній рівень схильності до самогубства був діагностований у більшості молоді з середнім рівнем емоційного інтелекту – 43,3% опитаних. Серед інших він відзначився у 6,7% молоді з високим рівнем EQ та у 13,6% із низьким. Потенціал схильності до суїциду у них зовсім не стійкий. Якщо виникають думки, планування заподіяння смерті, вони так само швидко зникають і не доходять до етапу реалізації. Проте, якщо взяти до уваги ту ж психотравму або тривале психологічне насилля, люди, що відносяться до цієї групи, з більшою імовірністю зважаться на самогубство, ніж попередні представники. Вищі від середніх показників схильності до суїциду діагностовано у 54,6%

досліджуваних із низьким рівнем емоційного інтелекту та у 3,3% тих, які виявили середній рівень. Вони відносяться до групи ризику. При виникненні проблем, труднощів, травмуючи обставин, ці люди з високою долею вірогідності схиляться до скоєння самогубства. Що стосується високих показників, вони виявлені лише у респондентів із низьким рівнем емоційного інтелекту, а саме 18,2% досліджуваних. Такі люди потребують втручання психолога, адже або знаходяться на межі вчинення суїциду, або можуть зважитися на це рішення при будь-яких найменших негативних змінах звичного устою життя.

Узагальнюючи отримані результати, можна зробити висновок про те, що рівень емоційного інтелекту дійсно має вплив на схильність особистості до самогубства. Результати емпіричного дослідження показали домінування депресивності, невротизації, низьких показників комунікативності та високих показників схильності до суїциду серед молоді з низьким рівнем емоційного інтелекту. З метою збереження фізичного та психічного здоров'я сучасної молоді важливим є запровадження у освітній процес низки соціально-психологічних тренінгів, спрямованих на розвиток емоційного інтелекту, підвищення рівня стресостійкості, формування навичок ефективної міжособистісної взаємодії.

## **ПСИХОМОТОРНА ТЕРАПІЯ: ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ДОСВІД І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ В УКРАЇНІ**

**С. В. Омельчук,**  
*аспірантка,*

*Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Сьогодні все більше уваги приділяється важливості свідомого руху. Люди опинилися в умовах дефіциту фізичних рухів (карантинні обмеження, соціальна дистанція, цифровізація, стресові навантаження). Стан гіподинамії, браку фізичної активності вже зазначен в МКБ-10 (Z72.3), а сучасна політико-економічна та соціальна ситуація зумовлює поширення цього стану серед широких верств населення. Відношення між психічним станом і фізичною активністю відображено в зростаючій кількості статей і досліджень. Однак зусилля медиків та психологів дуже повільно інтегрується в практику. Багато фахівців в сфері психічного здоров'я до сих пір не розглядають тілесно-орієнтовані методи як ефективну стратегію психологічної допомоги. Спостерігається невідповідність теорії і практики в цій сфері. Однак попри те, у станах Бельгії та Нідерландах метод психомоторної терапії добре розвинутий та інтегрований у систему охорони здоров'я.

Психомоторна терапія – це метод лікування, основу якого складає цілісний погляд на людину та переконання, що тіло й розум неподільні

(цілісні, єдині, нерозривні). Психомоторна терапія використовує рух, усвідомлення тіла і широкий спектр рухової активності для оптимізації психологічного стану. Охоплює соматичний (м'язовий, кардіореспіраторний, моторний, фізіологічний) і психофізіологічний рівень функціонування людини у суспільстві, досліджує взаємодії між руховим тілом і розумом з точки зору психологічного стану. Теоретичні основи психомоторної терапії виходили з різних дисциплін, таких як неврологія, психіатрія, психологія, соціологія, кінезіологія і фізіологія. Метод психомоторної терапії має наступні можливості та задачі: регулювання емоцій, поліпшення соціальної взаємодії, зміцнення впевненості у собі та резистентності, покращення сприйняття тіла та самосприйняття, підвищення рівня залученості, розвиток саморефлексії, а також забезпечення кращого розуміння та усвідомлення міжособистих та психологічних конфліктів.

Історія розвитку психомоторної терапії почалась наприкінці XIX сторіччя німецький психіатр Hermann Simon (1867–1947) запропонував впливати на здорову частину особистості кожного пацієнта і стимулювати її. Albert Day (1812–1894) заснував в Нью-Йорку революційну установу, де провідним методом лікування алкогольної залежності були заняття у спеціально обладнаному спортзалі. А доктор Adolf Meyer (1866–1950) підкреслив єдність між тілом і розумом, а також довів позитивний вплив повсякденних рухів на баланс між мисленням, справою і буттям. У 1962 році професор De Nayer, декан факультету кінезіології і реабілітаційних наук в Льовенський університеті, ввів в програму фізіотерапії новатоські курси по рухової терапії при психічному здоров'ї. Професорами H. Pierloot, Van Coppenolle (1989) та Van Roozendaal (1922–1996) було розроблено теоретичний і практичний зміст методу. Так, наприкінці 60-х років термін «рухова терапія» був замінений на «психомоторну терапію» та набув більш широко міждисциплінарного значення в багатьох європейських країнах.

Зараз психомоторну терапію реалізують двома напрямками. Діє-орієнтована психомоторна терапія спрямована на розвитку розумових (когнітивних, соціальних, емоційних) та фізичних (психомоторних, сенсомоторних, перцептивних) умінь, а також на розвитку особистості. Підхід заснований на дослідженнях в області спортивної психології і психомоторної терапії. Здійснюється розвиток дрібної і грубої моторики, зорово-ручної координації, рівноваги, орієнтації у часі і просторі. У процесі співпраці люди навчаються прислухатися до інших, приймати відповідальність, справлятися з емоційністю. Паралельно вони навчаються розслаблятися, придбають хороший фізичний стан, покращують зв'язок із собою та інтеграцію у суспільстві. Терапевтичні ситуації в основному стосуються вивчення алгоритму дій та отриманню необхідних результатів. Люди навчаються цілеспрямованості і набувають досвіду майстерності. Самоконтроль і регулярні ситуації досягнення успіху приводять до позитивної внутрішньої атрибуції (Bandura A., 1977) та створюють стратегії поліпшення самооцінки (Fox K.R., Knapen J, Van de Vliet P.). Психомоторної терапії, що орієнтована на

досвід дає можливість відчувати та пережити власні емоції та негативні думки. Люди усвідомлюють власну поведінку та когнітивні симптоми. Можна зробити висновок, що досвідо-орієнтована психомоторна терапія пропонує більш рефлексивний підхід, ніж діє-орієнтований підхід.

Вже є достатньо досліджень та напрацювань (Twemlow, Hölder, Fonagy, Vancampfort D, Knapen J, Probst M. Demunter, Ayuso-Gutierrez JL, Del Rio Vega JM. ) щодо ефективності психомоторної терапії, але цей метод до сих пір не набув широкого визнання. Faulkner G. та Biddle S. вивели ряд причин того, чому цей метод до сих пір не став загальнодоступним. По-перше, недостатній проміжок часу між результатами досліджень та втіленням нових знань, по-друге, система надання послуг з психічного здоров'я створює перешкоди для альтернативних методів, по-третє, суперечливі позиції щодо доказових критеріїв оцінки та брак знань у практиків, по-четверте, практичне дотримання дихотомії розум і тіло та несумісність вправ із традиційним науковими моделями. Відсутність зацікавленості кваліфікованих фахівців з психічного здоров'я створюють ринок, який заповнюють альтернативні працівники, які фрагментовано використовують різні методів без будь-якого наукового контролю якості.

Попри вищезазначені причини, у методу психомоторної терапії є достатньо засад для поширення в Україні. Завдяки радянським (Ломов Б. Ф., Бернштейн Н. А.), російським (Клиценко О. А., Самороднов В., Озеров В. П., Никандров В. В., Ильин Е. П.) та українським (Клименко В. В., Шмаргун В. М., Кондратюк С. М., Лазуренко С. І.) вченим, поняття психомоторики набуло прикладного значення. Психомоторний розвиток особистості та пов'язані з ним методи ще з радянського періоду активно застосовуються для дитячого, підліткового віку у навчальній та спортивній діяльності, а також для осіб із порушеннями опорно-рухового апарату. Але щодо інших верств населення, а саме молоді та людей дієспроможного віку, які найбільш залежні від сучасних економіко-політичних умов, тема психомоторного розвитку не була достатньо розкрита, що відкриває перспективи для впровадження психомоторної терапії.

На відміну від Європи, на українському ринку психологічних послуг небагато конкуренції, тому впровадження нового методу може швидко отримати прихильників. Відмічається ріст зацікавленості серед психологів, психотерапевтів та студентів, а це відкриває можливість розповсюдити цінність психомоторних методів на широкі верстви населення та втілити у життя надбання наших вчених. Щоб підняти статус психомоторної терапії необхідно довести фундаментальність та ефективність методу на території України. У найближчих планах провести ряд досліджень впливу психомоторної терапії на людей без важких психічних порушень. Дослідити ефекти психомоторної терапії не у якості допоміжного методу, а як основний метод психологічної допомоги умовно здорових людей. Мета майбутнього дослідження: довести ефективність методу для покращення адаптації та

розвитку конструктивних копінг-стратегій молоді і розробити спеціальну психо-корекційну програму з залученням природних матеріалів.

Психомоторна терапія давно та успішно застосовується у багатьох країнах Європи. Метод показав результати у лікуванні депресії, тривоги, аутизму, розладів харчової поведінки та інших важких станів. Психомоторна терапія розвивалась у межах психіатрії та використовується у стаціонарному лікуванні. Але зараз підвищується цінність психомоторної терапії для широких верств населення у якості самостійного метода психологічної допомоги. Ми і далі будемо розширювати кордони застосування психомоторної терапії та наводити мости між європейським клінічним досвідом та сферою психологічної допомоги в Україні.

## **ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЯК ПРОФЕСІЙНО-ВАЖЛИВА ЯКІСТЬ ЖУРНАЛІСТА**

***Н. М. Панасенко,***

*кандидат психологічних наук, доцент,*

*провідний науковий співробітник,*

*лабораторія вікової психофізіології*

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Професія журналіста є унікальною як за своєю специфікою, так і за своєю роллю та місцем у комунікативному процесі сучасного суспільства. Журналісту потрібно бути не тільки ерудитом у багатьох галузях, мати творчу наснагу, а і ризикувати під час виконання професійних функцій, що призводить до психологічної напруги.

Професія журналіста належить до типу: «людина – людина», вона орієнтована на спілкування і взаємодію з людьми. Журналістові потрібні уміння встановлювати і підтримувати ділові контакти, розуміти людей і розбиратися в людських взаємовідносинах, проявляти активність, товариськість і контактність, мати розвинені лексичні здібності і вербальне мислення, мати емоційну стійкість. Також вона належить і до типу: «людина – знак» (робота зі знаковою інформацією, з текстами; для цього вимагаються інтерес до роботи з інформацією, логічні здібності, уміння зосереджуватися, розвинена увага) та до типу «людина – художній образ» (створення художніх творів; для цього потрібно розвинену уяву, художній смак, творчі здібності, образне мислення).

Журналістська творчість є складним психологічним процесом, у який включені інтелектуальна, емоційна і волевольова сфери фахівця масових комунікацій. Зазначається, що з-поміж багатьох професій журналістика – одна з найстресовіших.

При чому, у цієї професії є свої переваги і свої обмеження. Перевагами є: престижна професія; соціальна значущість і творча реалізація; гонорари; можливість познайомитись з цікавими людьми. Обмеження професії: ненормований робочий день; інтенсивний темп роботи; часті відрядження; ризик для життя (особливо під час роботи в «гарячих точках» і у сфері політики).

У журналіста активна інтелектуальна праця і рухливий образ діяльності. Робочий день ненормований, в оперативному ритмі, в режимі тісної роботи з іншими людьми, можливі часті відрядження. Журналісти працюють практично скрізь, де можна знайти цікаву інформацію, взяти інтерв'ю: в містах і віддалених місцевостях, на виставках і в «гарячих точках», в архівах, в повітрі, на воді і під землею.

Труднощі спеціальності: стресовість; наявність таланту; необхідність постійного самовдосконалення; моральна відповідальність за кожен журналістський твір; мистецтво постійного спілкування; налаштованість на універсальність. Зазначається, що з багатьох професій журналістика – найбільш стресова спеціальність.

Для успішної діяльності в якості журналіста, потрібна наявність наступних професійно-важливих якостей: прагнення до постійного саморозвитку; відмінне володіння усною і письмовою мовою, літературні здібності; спостережливість; добре розвинені лексичні здібності; виражена схильність до роботи у сфері спілкування, навички спілкування й роботи з людьми, вміння слухати і чути співрозмовника; схильність до роботи з інформацією; логічні здібності, розвинене аналітичне й образне мислення; здатність до концентрації уваги, високий рівень розвитку пам'яті; активність і фізична рухливість; висока емоційна стійкість. Також до професійно-важливих якостей журналіста необхідно віднести життестійкість, оскільки вона характеризує ступінь здатності особистості витримувати стресову ситуацію, зберігати внутрішню збалансованість і успішність діяльності.

Життестійкість визначається (С. Мадді, 1998) як інтегральна особистісна риса, відповідальна за успішність подолання особистістю життєвих труднощів.

За Леонтьєвим Д. О. (2003) життестійкість характеризує можливості особистості витримати стресову ситуацію, зберігаючи внутрішню збалансованість та не знижуючи успішності діяльності.

Життестійкість людини пов'язана із можливістю подолання різних стресів, підтримкою високого рівня фізичного і психологічного здоров'я, а також з оптимізмом, самоефективністю, суб'єктивною задоволеністю власним життям, здатністю до неперервного особистісного саморозвитку (Малиш В. Є., 2012).

Підводячи підсумки, можна сказати, що життестійкість – це вміння ефективно існувати всупереч життєвим перешкодам та труднощам. Це здатність людини зберігати баланс між пристосуванням до нових вимог та прагненням жити гармонійно, повноцінно. Потрапляючи у важку життєву

ситуацію, людина намагається пристосуватися до труднощів, розробити шляхи подолання проблем та вирішення труднощів, побудувати стратегії опанування.

Отже, для журналіста життєстійкість – це здатність фахівця витримувати стресову ситуацію, зберігаючи внутрішню збалансованість, не знижуючи успішності діяльності.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я**

**Л. В. Перція,**

*аспірант кафедри психології*

*Київський національний торговельно-економічний університет*

У сучасній психологічній науці категорія «професійне здоров'я працівників» розглядається як економічна цінність разом з прибутковістю виробництва, як необхідна умова високого трудового потенціалу, показник культури і вагомий чинник ефективного управління установами та організаціями.

Резолюцією ООН №38/54 від 1997 р. визначено «...здоров'я людини визначається як найвища людська цінність й відображає загальний рівень соціально-економічного розвитку суспільства».

Статистика свідчить, що осіб, які не страждають на будь-які психічні порушення, тобто «абсолютно здорових» на сьогодні нараховується в середньому 35%. Окрім того, дослідження соціологів, лікарів і психологів однозначно показують, що серед переважної більшості населення відсутня стійка мотивація до збереження здоров'я, не сформованим залишається стереотип, імідж здорового способу життя, викривлені життєві пріоритети тощо.

Мета та завдання дослідження полягає у визначенні психологічних детермінант професійного здоров'я працівників компанії «Eleks», розроблення та апробації за результатами емпіричного дослідження Програми психологічного забезпечення професійного здоров'я працівників та практичних рекомендацій щодо її застосування у роботі з працівниками організацій на психологічному, соціальному та функціонально-динамічному рівнях.

Проблема професійного здоров'я останнім часом привертає увагу все більше науковців і практиків у різних сферах діяльності. У сучасній науці формується уявлення про багаторівневість професійного, психічного та психологічного здоров'я. Дослідженню зазначених проблем присвятили свої праці (Б. Братусь, Ф. Василюк, О. Калітеєвська, Д. Леонтьєв, М. Маккей, М. Девіс, П. Феннінг, Є. Потапчук, М. Корольчук, В. Крайнюк, С. Миронець та ін.).



За даними ВООЗ та низки міжнародних соціологічних центрів досліджень за період 2019-2020 року у всьому світі через спалах коронавірусної інфекції спричиненою (COVID-19), вжиття обмежувальних заходів для порятунку людських життів вкрай негативно вплинуло на діяльність бізнесу. Велика кількість підприємств різних секторів економіки зіткнулася з неможливістю здійснювати господарську діяльність, втратила доходи та опинилася на межі закриття. Діяльність інших підприємств була суттєво обмежена. За цих умов значне навантаження щодо розроблення та забезпечення нових виробничих підходів для ефективного управління виробництвом лягли на плечі фахівців ІТ компаній.

Ситуація погіршується також процесами, які відбуваються у світі. Глобальна економіка наближається до однієї з найсерйозніших рецесій в історії: за прогнозами Міжнародного валютного фонду, падіння світового валового внутрішнього продукту у 2020 році очікується на рівні 3 відсотки, що перевищує падіння 2008-2009 років. Глобальні ринки товарів та послуг, капіталу та робочої сили змінюються: з'являються нові торгові бар'єри, знижуються обсяги міжнародних інвестицій та руху робочої сили. В Україні, яка завжди була більш вразливою до кризових явищ, падіння валового внутрішнього продукту прогнозується на рівні 4,8 відсотка.

Аналіз наукових праць з питань задекларованої нами теми дослідження, власні спостереження автора та багаторічний досвід роботи у сфері формування здорового способу життя особистості та профілактики професійного стресу дають нам підстави стверджувати, що психологічні знання в галузі стресових впливів на особистість і їх наслідків в процесі професіогенезу обмежені, крім того, незважаючи на великий інтерес вчених до проблеми стресостійкості особистості, вона залишається малодослідженою, оскільки нині не існує її цілісної концепції.

Тому завдання нашого дослідження полягає у психологічному аналізі та розумінні професійного стресу, копіngu, наслідків стресових впливів на психіку та здоров'я працівників організацій. Такий підхід до вивчення проблеми, на наше переконання дасть змогу комплексно представити концепцію стресостійкості особистості, визначити принципи, структурні елементи, методи психодіагностики, психопрофілактики і психотерапії працівників організацій, зокрема і сфери ІТ та ефективно формувати заходи психологічного забезпечення професійного здоров'я.

Зміст і структура Програми психологічного забезпечення професійного здоров'я фахівців, яку ми передбачаємо розробити для фахівців ІТ компаній, та лише після її апробації рекомендувати широкому загалу для використання, на наше переконання має передбачати змістовно побудовану, логічно поєднану структуру та формуватися на базі таких основних принципів:

- 1) *Дотримання прав людини і справедливості* відносно її оцінки та оцінки її продуктів діяльності;

2) *Активне залучення громади (колективу) до формування корпоративної культури установи (організації) щодо здорового способу життя працівників;*

3) *Принцип «не нашкодь».* Робота над питаннями психічного здоров'я та психологічної підтримки потенційно може заподіяти шкоду, адже вона стосується дуже чутливих аспектів тому має будуватися на принципі індивідуального підходу та суворого дотримання конфіденційності у роботі з клієнтами;

4) *Використання доступних ресурсів і спроможностей,* що є в арсеналі психолога організації та робота над їх розширенням;

5) *Інтегрування системи психологічного супроводу та підтримки працівників організації.* Заходи і програми мають бути максимально інтегрованими та орієнтованими власне на розв'язання конкретних, клієнт орієнтованих проблем;

6) *Багаторівнева підтримка.* Професійний стрес впливає по різному на людей, тому існує потреба різних видів підтримки. Ключем до організації успішної системи роботи з проблемами, пов'язаними з психічним здоров'ям та психологічною підтримкою працівників організацій, є розробка багаторівневої системи додаткової підтримки, яка задовольняє потреби різних груп (див. Рис. Піраміда інтервенцій професійного здоров'я та психосоціальної допомоги, що запропонована до використання та впровадження у практику діяльності Міжвідомчим постійним комітетом «Психічне здоров'я та психосоціальна підтримка» (м. Женева, 2008 р.).



Рис.1. Підтримка інтервенцій з професійного здоров'я та психосоціальна підтримка

Отже, психологічне забезпечення професійного здоров'я має включати комплекс заходів і засобів, спрямованих на підтримку, збереження і прогнозування рівня здоров'я, виявлення груп «ризик», психологічну реабілітацію і корекцію осіб, що перенесли дію чинників психотравмуючої ситуації (Л. Карамушка, М. Корольчук, В. Корольчук, А. Маклаков, С. Миронець, С. Світозарова, О. Тімченко, В. Шевченко).

Розв'язання окресленого нами, далеко не повного списку проблем, що потребують наукового дослідження та вирішення через впровадження змістовних механізмів та цілісної системи підходів до управління процесами формування здорового способу життя працівників організацій, попередження їх передчасного старіння та профілактики розвитку професійного стресу дадуть змогу створити та запропонувати до використання Психологічні програми формування здорового способу життя працівників організацій та установ, сприятимуть утворенню дієвих механізмів та інструментів попередження та подолання наслідків професійного стресу у працівників організацій та установ.

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ЖІНКАМИ СИТУАЦІЇ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

***І. В. Пузь,***

*кандидат психологічних наук, доцент,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

Однією із актуальніших проблем сучасного акушерства вже протягом тривалого часу залишається проблема невиношування вагітності, що являє собою одну із форм порушення репродуктивного здоров'я жінки. За визначенням ВООЗ, невиношування вагітності – це самовільне переривання вагітності на будь-яких термінах, від моменту запліднення до 22 акушерських тижнів вагітності. В залежності від того, на якому терміні відбулось переривання вагітності, прийнято виокремлювати: ранні викидні (до 12 тижнів); пізні викидні (від 13 до 22 тижнів); передчасні пологи (від 23 до 37 тижнів). За статистикою найбільш численні є ранні викидні, які становлять приблизно від 10 до 20% від загальної кількості вагітностей (Вовк І. Б., Корнацька А. Г., Трохимович О. В., 2017).

Слід зазначити, що проблема невиношування вагітності виступає однією і провідних причин репродуктивних втрат, а також передчасного народження дітей із надзвичайно малою вагою, які входять до групи ризику щодо виникнення різного роду захворювань та догляд за якими потребує чималих зусиль не тільки з боку лікарів, але й з боку батьків. Щороку прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності становлять більше 30-40

тисяч ненароджених дітей (Назаренко Л. Г., 2013). Окрім цього ситуація втрати бажаної вагітності на будь-якому терміні виступає кризовою ситуацією у житті жінки, переживання якої може негативно відображатися на її здоров'ї та благополуччі, на характері взаємовідносин з партнером та близьким оточенням, на перебігу наступних вагітностей. Отже, враховуючи вищевикладене, не виникає сумнів у актуальності всебічного дослідження проблеми невиношування вагітності, оскільки це дозволить визначити шляхи організації та надання своєчасної комплексної ефективної медико-психологічної допомоги, що матиме позитивне значення під час плину наступних вагітностей, під час формування адекватної материнської поведінки, що, безумовне, сприятиме підвищенню якості життя жінок репродуктивного віку та рішенню наявних демографічних проблем.

Слід зазначити, що виникнення ситуації невиношування вагітності детерміновано взаємодією складних факторів не тільки фізіологічного, генетичного, а й психологічного та соціального характеру. Стреси та депресії, які переживає жінка під час вагітності, можуть витупати одними із рушійних чинників, що призводять до втрати дитини. На думку більшості дослідників неабияке значення у виникненні ситуації невиношування вагітності мають наявні специфічні індивідуально-психологічні особливості особистості жінок, зокрема емоційна неврівноваженість, дратівливість, високий рівень психоемоційного напруження, тривожності, агресивності, неадекватна самооцінка, невирішені внутрішньоособистісні конфлікти, низький рівень комунікативної компетентності, порушення статевої ідентифікації, неадекватне ставлення до ситуації майбутнього материнства та майбутньої дитини, що може виявлятися, як у надцінному ейфоричному ставленні, так і у гіпогностичному або депресивному ставленні (Астахов В. М., Бацилєва О. В., 2019; Жук С. І., Щуревська О. Д., Вітер В. П., 2011).

У дослідженнях Г. Г. Філіпової відзначається, що в ситуації невиношування вагітності можна спостерігати певні викривлені варіанти взаємозв'язку між «Я» жінки та її тілом. Так, у *першому* варіанті, у жінок спостерігається надцінність власного тіла, а реалізація репродуктивної функції, на їх думку, може спотворити їхнє тіло. Слід зазначити, що така ситуація активно загострюється під впливом сучасних ЗМІ та суспільства, в якому пропагандують стандарти образу жіночого тіла, яке завжди має бути струнким, підтягнутим, сексуальним. При *другому* варіанті відмічається неприйняття жінкою свого тіла, що часто відбувається в наслідок викривлених стосунків із власною матір'ю, яка не приймає тілесність власної доньки, не сприяє успішній ідентифікації з материнською тілесністю. Характерним для *третього* варіанту є недовіра жінки до власного тіла та гіперконтроль за своєю тілесністю. Таке ставлення часто спостерігається у невпевнених жінок, що мають негативний досвід попередніх невдалих вагітностей. Саме тому вони стають безпорадними, в них посилюється контроль над власним тілом, вони стають надчутливими до прояву будь-яких тілесних симптомів, тривожно реагують на будь-які зміни у організмі, особливо під час вагітності. При

*четвертому* варіанті у жінок відмічається уявлення про недостатність власних тілесних ресурсів для реалізації репродуктивної функції. Такий варіант є характерним для інфантильних жінок, схильних до іпохондрії, невпевнених у собі та фізичній спроможності свого тіла виносити та народити здорову дитину. При *п'ятому*, найбільш складному варіанті, і разом з тим найбільш поширеному, варіанті відмічається наявність внутрішніх протиріч, що виявляється з одного боку на свідомому рівні у стрімкому прагненні народити дитину, а з іншого боку на несвідомому рівні у супротиву ситуації майбутнього материнства, що зумовлено із наявність різного роду страхів, пов'язаних із вагітністю, пологами, вихованням дитини, реалізацією ролі та функції матері (Філіпова Г. Г., 2011). Отже, виходячи з вищевикладеного, можна побачити, що проблеми тілесності та пов'язані з цим труднощі у прийнятті нової соціальної ролі можуть виступати одним із чинників, що зумовлює виникнення не тільки ситуації невиношування вагітності, але і виникнення ситуації безпліддя психосоматичного генезу.

Переживання ситуації невиношування вагітності у жінок може відрізнятися за рівнем емоційної інтенсивності та змістової наповненості. У більшості випадків реакція жінки залежить від характеру самої втрати і цілого ряду супутніх факторів, основними серед яких є: ставлення жінки до ситуації вагітності і майбутнього материнства в цілому; термін вагітності, на якому сталася втрата; індивідуально-психологічні особливості жінки; характер взаємин з партнером і рідними. Встановлено, що ситуація втрати вагітності на ранніх термінах може бути досить складною для розуміння і неоднозначною для переживання у жінок у зв'язку з несподіванкою, нерозумінням події на тлі відсутності фізичних відчуттів самого факту вагітності (Вовк І. В., 2017; Соловей В. М., 2020;). Однак це не говорить про те, що переживання ситуації раннього викидня не є травматичним досвідом для жінки. У другому та третьому триместрах, коли жінка відчуває перші ворухіння плоду, образ майбутньої дитини стає більш чітким, а власні уявлення, пов'язані із майбутнім материнством, набувають більшої яскравості та вираженості, вона починає активно готуватися до народження дитини. Саме тому переживання втрати вагітності у цей період є набагато більш інтенсивним у порівнянні з першим триместром (Пузь І. В., 2018).

Ситуація невиношування вагітності виступає для більшості жінок фізіологічним та психологічним стресом. Загальновідомо, що відновлення жіночого організму після припинення гестації внаслідок невиношування відбувається поступово, особливо на пізніх термінах. Тому протягом певного часу жінка може відчувати фізіологічні симптоми та відчуття, які були характерні при наявній вагітності. Слід зазначити, що саме цей факт, може значно погіршувати психоемоційний стан жінки, наслідком чого є виникнення нервово-психічної напруги, зниженого настрою, високого рівня тривожності, емоційної лабільності, що може виступати підґрунтям для розвитку різного дезадаптивних станів. Переживання ситуації невиношування вагітності набуває особливого загострення, коли жінка не відчуває підтримки з боку

близьких, особливо з боку партнера. Часто це призводить до виникнення почуття провини, сорому, невпевненості, що може виступати додатковим психотравмуючим чинником, що відображається на різних сферах життєдіяльності жінки.

Досить часто після втрати вагітності жінки прагнуть якомога швидше завагітніти та народити дитину. Варто відмітити, що така ситуація також може виступати додатковим стресовим чинником для організму та психіки жінки, тому супровід таких вагітних потребує значної уваги з боку фахівців, оскільки нерідко у них можуть виникати різного роду проблеми, як медичного, так і психологічного характеру.

Таким чином, аналізуючи вищевикладене, можна зробити висновок про те, переживання ситуації невиношування вагітності є достатньо складним у психологічному плані. Важливим у роботі з даною категорією жінок є розуміння з боку фахівців особливостей їх психоемоційного стану, специфіки чинників, які зумовлюють характер реагування на ситуацію. Враховуючи тенденцію до поширення окресленої проблеми, сьогодні особливої актуальності набуває запровадження комплексної програми медико-психологічної допомоги жінкам, спрямованої на стабілізацію соматичного та психоемоційного стану, а також попередженню розвитку різного роду дисфункціональних станів, які перешкоджають гармонійному функціонуванню жінки.

## **КЛАСИФІКАЦІЯ ТА ТИПОЛОГІЯ СТРАХІВ ЯК ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТТЯ ДЛЯ ПОШУКУ ЕФЕКТИВНИХ НАПРЯМКІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**О. О. Резніченко,**  
*аспірантка кафедри психології,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

Страх є необхідною та невід'ємною частиною людського життя. Як природна реакція на загрозові ситуації (реальні або передбачувані), він допомагає організму зорієнтуватися та мобілізуватися для їх подолання. Цей емоційний досвід властивий будь-якому віку, але на відміну від дитячих страхів, страхи дорослості мало досліджені як в теоретичному, так і в практичному аспекті. У нашому дослідженні ми зробили спробу, хоча б частково, заповнити цей пробіл.

Класифікація страхів має важливе теоретичне та методологічне значення, оскільки дозволяє окреслити межі предметного поля вивчення страхів, впорядкувати різноманітні за складом множини феноменів, виділити в них більш-менш чіткі структурні одиниці та зв'язки між ними.

Мета дослідження – структурувати численні і різноманітні феноменологічні прояви страхів дорослого періоду життя. Досягнення мети передбачало декілька завдань: а) здійснити критичний аналіз типологій страху, запропонованих в наукових джерелах; б) виділити класифікаційні критерії, найбільш важливі в контексті надання психологічної допомоги; в) впорядкувати відомі прояви страхів дорослості за означеними критеріями.

Аналіз літератури та наш власний досвід роботи з проблемою дозволив виділити декілька найбільш важливих підстав для класифікації страхів.

1. Відповідно до *віку виникнення* розділяють дитячі та дорослі страхи. Дитячі страхи можна додатково розділити на страхи раннього та дошкільного дитинства (обумовлені активним формуванням когнітивних та емоційних процесів на фоні незрілості механізмів регуляції) та страхи підліткового періоду, пов'язані з соціальною ідентифікацією особистості. Хоча дитячі страхи вважаються нормальною ознакою становлення емоційно-регулятивної сфери, вони зазвичай викликають стурбованість батьків, тому знаходяться у фокусі уваги практичних психологів, педагогів та дослідників. Страхи дорослого періоду не менш поширені, але більш «приховані» – про них не прийнято говорити та найчастіше доросла людина при звичається до своїх страхів і не бачить можливості їх подолання. Нерідко дитячі страхи фіксуються у вигляді ригідних реакцій та супроводжують людину протягом всього життя. В процесі життєздійснення страхи трансформуються, зникають або накопичуються.

2. Відповідно до *ступеню вираженості* зазвичай розділяють три типи реакцій: тривогу, страх та жах. Тривога є відносно невиразним, «розпливчатим» станом, страх – виражена відповідь на усвідомлення конкретної загрози, що супроводжується комплексом характерних вегетативних ознак. Крайнім виразом якої є жах або паніка; в цьому випадку страх втрачає адаптивну функцію, блокуючи когнітивні, вольові та поведінкові ресурси.

Для означення сильного та неконтрольованого страху в багатьох працях використовується термін «*фобія*», але більш точне його тлумачення стосується ступеню *нав'язливості* стану. Існує також традиція асоціювати тривожні реакції з соціальними причинами, а страх – з біологічними загрозами.

3. Залежно від *тривалості дії* можна диференціювати *ситуативний страх*, обумовлений поточними подіями, та *тривожність* (або фобічність) як стійку особистісну рису, що обумовлює виникнення негативних емоційних реакцій в широкому спектрі життєвих ситуацій.

4. Відповідно до *наявності обґрунтованої підстави* можна виділити страхи природні, соціальні та ірраціональні. Ми відзначаємо умовність категорії «ірраціональності» страхів, адже ретельний пошук причини завжди дозволяє виявити на певному життєвому етапі (найчастіше у дитячих переживаннях) досить об'єктивну причину виникнення відповідної реакції.

Але будучи фіксованою та ригідною, з часом вона стає відірваною від реальності.

Слід розуміти, що поширені страхи відображають об'єктивні загрози сучасного життя. Натомість, рідкісні страхи (наприклад, страх переходити дорогу, блакитного кольору або циркових клоунів) пов'язані з індивідуальним травматичним досвідом, можливо, витісненим із свідомості людини.

Більш вдалим з практичної точки зору ми вважаємо розділення страхів на *адаптивні* та *дезадаптивні* (відносно поточного моменту), але зміст цих категорій потребує додаткового уточнення. Загалом, страхи виникають та закріплюються в процесі накопичення життєвого досвіду і досить сильно залежать від специфіки соціальної ситуації.

5. За *механізмом походження* виділяють емоційні (інстинктивні) та когнітивні (свідомі) страхи. З практичної точки зору ми вважаємо таке розділення нечітким, і в цілому, недоцільним. Відомо, що будь-яка емоційна реакція має в основі когнітивні інтерпретації, а процеси сприймання та аналізу подій завжди супроводжуються емоційними відгуками. Отже, на практиці досить важко диференціювати ці страхи. Їх нероздільність наочно представлена в техніках когнітивно-поведінкової та емоційно-поведінкової терапії. Крім того, слід пам'ятати, що і когнітивні, і емоційні складові страху мають єдину фізіологічну основу – вищу нервову діяльність, що обумовлює вразливість, силу та спрямованість реакції, а також способи її регуляції.

Одною з найбільш глибоких, конкретних та практично-корисних є класифікація, розроблена О. Ю. Петровою, яка розділила *природний страх*, що допомагає мобілізувати сили в небезпечній ситуації, та «страх як симптом» або *фіксований страх*, що свідчить про дефіцит організації досвіду або порушення в якомусь з глибинних процесів психічної чи особистісної регуляції (Петровою О. Ю., 2017). Фіксовані страхи дітей та дорослих мають різне походження і передбачають різні тактики психотерапевтичного втручання, відповідно до яких виділено вісім типів: ірраціональні символічні страхи з дитячих снів та фантазій; незавершені дії у складних подіях минулого; втрата здатності до адаптації (депресія та тривога); страх, асоційований із соромом; внутрішній невротичний конфлікт «хочу-можу-потрібно»; характерологічні страхи як результат неправильного виховання; екзистенційні страхи (смерті, самотності, втрати сенсу життя), а також страхи, обумовлені психотичними захворюваннями. Окремою проблемою є *панічні атаки* – приступи гострої психічної дезорієнтації, відчуття «близькості до смерті», коли реальної фізичної небезпеки не існує (це тяжкий неврологічний симптом, зазвичай властивий людям з високою організованістю та схильністю до контролю поведінки). Дана класифікація допомагає спеціалісту зорієнтуватися в актуальній ситуації клієнта та окреслити коло найближчих завдань для роботи.

6. Найчастіше теоретики і практики намагаються здійснити класифікацію за *змістом*, тобто за фабулою страху. При цьому кожне нове вимірювання дає відмінну різнобарвну картину, що залежить як від



характеристик дослідницької вибірки (вікових, професійних, гендерних, культурних та інших), так і від аналітичного підходу автора. Так, О. Н. Кузнецова класифікувала страхи за чотирма блоками: загальнолюдські (війни, смерті, ізоляції, старіння, тощо); внутрішні (душевного болю, власної імпульсивної поведінки, зради, тощо); соціальні (фінансових проблем, втрати авторитету в очах інших, зниження статусу) та ірраціональні (висоти, глибини, замкненого простору і т.п.) (Кузнецова О. Н., 2003). Л. М. Грошева зосередилась на вивченні соціальних страхів і виявила 46 найбільш поширених різновидів, які об'єднала в п'ять груп: страхи невдачі і поразки; страхи неприйняття і придушення; страхи втрати; страхи самотійності та страхи комунікації (страх соціальних контактів) (Грошева Л. М., 2004). Н. В. Карпенко розподілила професійні страхи на два великі класи: *страх перед придбанням* (небажаної вагітності, інфекційних, венеричних чи онкологічних захворювань, забруднитися і т.ін.) та *страх перед втратою* (коханого, дитини, привабливості, спокою, безпеки і т.ін.). Ми вважаємо таке розділення найменш вдалим, адже описані «придбання» насправді мають на увазі можливу втрату цінних для особистості аспектів життя (Карпенко Н. В., 2014).

Численні спроби класифікувати страхи за змістом цінні в теоретичному аспекті, але мало діють для практики психологічної допомоги. Крім того, класифікаційні одиниці в даному випадку найменш чіткі та однозначні. Насправді кількість об'єктів та явищ, здатних викликати у людини сильні емоції, нескінченна, тому їх дуже важко укласти в єдину класифікацію.

7. С. М. Ольховецький класифікував страхи залежно від *сфери життя*, де вони з'являються і яку фруструють, викликаючи деформації особистісного розвитку: вітальні, психосоматичні, гностичні, соціальні, самоідентифікаційні (Ольховецький С. М., 2007). Ми бачимо, що зміст визначених категорій частково пересікається з класифікаціями фабул страху.

Загалом зміст страхів певного вікового періоду відображує основні завдання та цінності цього життєвого етапу. Для дорослих жінок середнього віку характерні страхи, пов'язані із сім'єю (проблеми виховання дітей, непорозуміння зі старшими родичами, тощо); з негативним сценарієм розвитку особистих відносин (розлучення, самотність); із погіршенням здоров'я та втратою зовнішньої привабливості; з власним професійним і соціальним статусом; з обмеженістю можливостей самореалізації тощо. Зазвичай людина має декілька страхів різної сили та природи, що складають певну внутрішню ієрархію, котра залежить від індивідуального досвіду, особистісних рис, соціального оточення та актуальної життєвої ситуації. В цьому контексті викликає інтерес вплив на виникнення, нейтралізацію та трансформацію страхів *трансформаційних етапів*, котрі змінюють світогляд та поведінку людини: нормативних та ненормативних криз, значимих життєвих подій.

Таким чином, аналіз літератури показав, що в основі типології страхів може лежати багато досить різнопланових ознак, серед яких найбільш

важливими для надання психологічної допомоги виступають: сила емоційної реакції, нав'язливість та контрольованість стану, причина виникнення та механізм закріплення страху в певному віковому періоді. Визначення найбільш значущих класифікаційних ознак для дослідження особливостей страхів у жінок середнього віку, пошук шляхів їх попередження та корекції, що сприятиме гармонізації функціонування особистості жінок даної вікової категорії.

## **СТАГНИРУЮЩИЕ СТРАТЕГИИ ДИСКУРСИВНОГО КОНСТРУИРОВАНИЯ ОПЫТА КАК БАРЬЕРЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ**

**С. Ю. Рудницкая,**

*доктор психологических наук, доцент,  
заведующая лаборатории когнитивной психологии,  
Институт психологии имени Г.С. Костюка НАПН Украины*

На сегодняшний день в предметной сфере дискурсивной психологии прослеживается тенденция артикуляции всей совокупности субъективных отношений человека с миром как определенных «дискурсивно-нарративных реальностей». Идея конструктивности в дискурсивной психологии предусматривает, что дискурс одновременно является как результатом, так и инструментом конструирования социальной реальности, жизненного и личностного опыта человека, предполагает рассмотрение социальной реальности как символического поля, самоопределяющегося в процессе конструирования интерпретативных моделей социального целого.

Научный интерес к вопросам дискурсивного конструирования опыта в последнее десятилетие стремительно возрастает в контексте общей информационной насыщенности постиндустриального общества, обуславливающей приоритетность постановки проблемы психологического здоровья современного человека. Актуальной проблемой психологических исследований, обусловленной общественными запросами на определение путей развития личности, направленной на саморазвитие, способной продуктивно действовать в изменчивых социокультурных условиях, является выделение и анализ ресурсов и ограничений процесса дискурсивного конструирования опыта, решение которой, в свою очередь, будет способствовать созданию эффективных технологий его конструирования в разных сферах социально-психологических практик.

Задачей исследования является выделение и анализ стагнирующих стратегий дискурсивного конструирования опыта личности.

В русле психологической герменевтики, составляющей методологическую базу нашего исследования, дискурсивное конструирование

личностного опыта рассматривается как интеграция отдельных разнородных «дискурсивных реальностей» индивида в связную целостность путем речевых практик в процессе личностного смыслообразования (смысловоспроизведения). Основным видом дискурсивного конструирования опыта является конструирование нарративное, результатом которого становится мультинарратив, расслоенный на отдельные пространственно-временные, событийные и эмоционально-смысловые составляющие. Ведущим механизмом нарративного конструирования личностного опыта выступает механизм интерпретации. При этом в качестве структурных контекстов повседневного взаимодействия человека с миром здесь могут выступать сами нарративные фреймы. Все личностные феномены приобретают смысл, лишь соотносясь с контекстом. Именно контекст задает оптику видения, при изменении которой содержание опыта для человека может принципиально менять свое значение.

Определение контекста как системы внешних и внутренних условий и факторов жизнедеятельности человека, влияющих на специфику его восприятия, понимания и преобразования конкретной ситуации, определяющих смысл и значение этой ситуации как целого и ее отдельных составляющих, было предложено (Вербицким А. А., 1990). Опираясь на взгляды А. А. Вербицкого, под внешним контекстом мы будем понимать систему внешних факторов окружающей действительности прямого и косвенного воздействия, множественных условий как эксплицитного, так и имплицитного влияния на индивида, социокультурных, природных, человеческих факторов, различных ситуаций повседневности и их отдельных элементов.

Внутренний контекст мы предлагаем артикулировать как смысловую рамку, которую человек применяет для интерпретации опыта: явлений, фактов, событий, происходящих или могущих произойти с ним и/или другими. С одной стороны, внутренний контекст неизбежно является ограничителем опыта: человек видит мир через его призму, через определенное оптику тех или иных смыслов. С другой стороны, наличие внутреннего контекста является ключевым условием того, чтобы диалог человека с миром в принципе стал возможным.

С нашей точки зрения, наличие внутреннего контекста как ценностно-смыслового фрейма восприятия реальности и взаимодействия с ней является необходимой предпосылкой порождения интерпретационных процессов личности. Достаточным же условием здесь выступает внешний контекст, игнорирование которого (нивелирование, полное или частичное обесценивание и т.д.) препятствует продуктивному протеканию процесса интерпретации.

Таким образом, интерпретационные процессы личности как механизмы сопряжения внешнего и внутреннего контекстов разворачиваются в напряженном пространстве их динамического взаимодействия, образуя процессуально-функциональный континуум, интегрирующий все

интеллектуальные (когнитивные и метакогнитивные) процессы личности с целью установления соответствий одного локального фрагмента опыта с другими, порождая тем самым личностные значения и смыслы.

В случае продуктивности протекания интерпретационных процессов происходит ценностно-смысловая интеграция опыта личности: контекстуальная инаковость становится главным порождающим ресурсом формирования качественно нового личностного текста. Различные контекстные опыты, находясь между собой в конфронтационных отношениях, создают зону развития, в которой повторяющийся паттерн, оставаясь самим собой, трансформируется и становится другим. Здесь, с одной стороны, актуальный нарратив является продолжением предыдущего, а с другой, – в процессе интерпретации и реинтерпретации, осмысления и переосмысления опыта он становится его отрицанием.

Таким образом, нарратив, укорененный в определенной дискурсивной ситуации, представляет собой не только результат, но и, что очень важно, саму модель для последующего конструирования опыта личностью, нарративные границы которого предопределяются спецификой взаимодействия внутренних и внешних контекстов субъекта. В ситуации продуктивности интерпретационных процессов человек одновременно «удерживает» оба контекста, чем обуславливает возможность дискурсивного конструирования своего опыта.

В случае же, когда взаимодействие контекстов нарушается, происходит «застревание», «залипание», жесткая фиксация текста личности относительно одного из них. В силу такой ригидности смысл и значение текста как фигуры в поле становятся также неподвижными, что соответствует потере способности к творческой поисковой активности субъекта. Его личностные выборы оказываются заблокированными. Человек как бы действует «по сценарию», который может быть имплицитным, неосознаваемым, воображаемым и пр. Процесс интерпретации блокируется. Конструирование опыта становится невозможным.

Проанализируем две выделенные нами причины стагнации процесса дискурсивного конструирования опыта субъектом.

1. «Внеконтекстуальная доминанта». В этом случае текст личности фиксируется относительно внешнего контекста. При этом внутренний контекст субъекта по каким-либо причинам для субъекта оказывается «не доступным». Его отсутствие обесточивает интерпретационные процессы человека. Такую ситуацию Н. В. Чепелева обозначает как ситуацию с «нулевой интерпретацией» (Чепелева Н. В., 2017). Вследствие чего конструирование опыта личностью не происходит. Характерным примером здесь может служить тенденция приобретения человеком товаров, рекламируемых в СМК.

2. «Внутриконтекстуальная доминанта». Во втором случае текст личности фиксируется относительно внутреннего контекста. Внешний контекст при этом по какой-либо причине «утрачен» (вне зоны доступа) для

личности: обесценен, нивелирован, проигнорирован, не обнаружен. В его отсутствии внутренний контекст будет характеризоваться крайней ригидностью, в результате чего текст личности дезорганизуется, приобретает несвязный расщепленный характер. При этом контекст остается неизменным, а текст служит лишь его подтверждением.

Это ситуация, при которой внутренний контекст как необходимое условие порождения интерпретационных процессов личности является недостаточным для их продуктивного протекания. Этот процесс можно обозначить как «квазиинтерпретация» (Чепелева Н. В., 2017). Яркой иллюстрацией здесь может послужить первая часть «Притчи про топор».

*«У одного человека пропал топор. Он вышел во двор за топором, все обыскал и не нашел его. А за воротами стоял сын соседа, он стоял как человек, укравший топор. Он ходил как человек, укравший топор, смотрел, как человек, укравший топор и даже говорил, как человек, укравший топор.*

*Тут человек, у которого украли топор, споткнулся и увидел, что споткнулся о свой топор. Он его не заметил раньше. Подняв топор, он посмотрел на соседского сына... Тот стоял как человек, который никогда не брал топора, он смотрел как человек, который не может украсть топор...».*

Таким образом, внутренний контекст, в своем отрыве от внешнего, в силу своей плотности и жесткости, а как следствие, и токсичности просто выдавливает, вытесняет собой живую реальность. В обоих вышеизложенных вариантах доминирования одного из контекстов конфигурация «контекст – текст» приобретает замкнутый контур, препятствующий протеканию интерпретационных процессов личности, и, как следствие, конструированию ее опыта.

Обобщая вышесказанное, можно заключить, что именно в процессуальности дискурса личностные феномены (тексты личности) приобретают смысл лишь соотносясь с контекстом, при изменении которого содержание опыта может принципиально менять свое значение для человека. В качестве стагнирующих стратегий дискурсивного конструирования опыта как барьеров психологического здоровья личности выделены внешнеконтекстуальная и внутриконтекстуальные доминанты, при которых текст субъекта жестко фиксируется, соответственно, относительно внешнего и внутреннего контекстов.

## ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖИТТЄСТІЙКОСТІ, МОТИВАЦІЇ, САМОЗДІЙСНЕННЯ ТА ВИГОРАННЯ ВИКЛАДАЧІВ

**Т. Л. Савченко,**

*молодший науковий співробітник,  
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Наше дослідження проводилось у межах теми: «Психофізіологічні закономірності професійної життєстійкості фахівців соціономічних професій». Це професії типу «людина-людина», які передбачають постійну роботу з людьми та безпосереднє спілкування в процесі професійної діяльності.

Основні завдання дослідження: визначення особливостей життєстійкості, професійної мотивації, самоздійснення, самоефективності та вигорання викладачів. Отримані результати передбачається використати з метою науково обґрунтованої розробки системи загальних заходів, спрямованих на сприяння особистісно-професійному самоздійсненню викладачів та підвищенню рівня їхньої професійної життєстійкості.

Методи дослідження: 1) Опитувальник професійної життєстійкості; 2) Опитувальник професійного самоздійснення; 3) Шкала самоефективності Р. Шварцера та М. Єрусалема; 4) Методика «Вивчення задоволеності своєю професією та роботою»; 5) «Мотивація професійної діяльності» (методика К. Замфір у модифікації А. Реана); 6) Модифікація опитувальника на професійне «вигорання» та деформацію – МВІ.

Дослідження проводилося у жовтні-листопаді 2019 року з використанням діагностичного сайту лабораторії вікової психофізіології Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України <http://prof-diagnost.org>, стосується життєстійкості викладачів ДВНЗ «Київське вище професійне училище технологій та дизайну одягу». У дослідженні взяли участь 35 осіб.

Як видно з Таблиці 1, середній рівень життєстійкості мають 42,0% викладачів. Вищий за середній – 55,0% і високий – 3,0%.

Як бачимо, 55,0% викладачів мають вищий за середній рівень життєстійкості, а це означає – високий рівень володіння собою в складних, кризових, екстремальних, конфліктних ситуаціях та в ситуаціях життєвих випробувань і блокування задоволення основних потреб, що означає:

- прояв життєвої витривалості;
- володіння вмінням долати життєві труднощі, не втрачаючи за будь-яких обставин контролю над собою та перебігом свого життя, зберігаючи творчий характер, керування життєвим шляхом;
- залучення у взаємодію з навколишнім світом, контролю та керуванні життєвими подіями;
- позитивне оцінювання себе і своєї майбутньої професійної діяльності;
- володіння самоконтролем;

- готовність йти на ризик;
- здатність протистояти чужому негативному впливові;
- внутрішню налаштованість у всіх життєвих ситуаціях творити добро, любов, свободу і відповідальність та боротися зі злом.

І головне, усі ці складові свідомо здійснюються фахівцем на основі вчасно зроблених життєвих виборів, що й обумовлює ефективність його професійної діяльності.

*Таблиця 1*

**Розподіл викладачів (n = 35) за рівнем професійної життєстійкості**

№ з/п	Рівень професійної життєстійкості	Бали	Кількість у %
1.	Низький	0 - 19	-
2.	Нижчий від середнього	20 - 38	-
3.	Середній	39 - 57	42,0
4.	Вищий за середній	58 - 76	55,0
5.	Високий	77 - 96	3,0

Як видно з Таблиці 2, нами було виділено вісім показників професійної життєстійкості викладачів. Серед них: загальний рівень професійної життєстійкості; рівень професійної включеності; рівень професійного контролю; рівень професійного прийняття ризику; рівень емоційного компоненту; рівень мотиваційного компоненту; рівень соціального компоненту; рівень професійного компоненту.

*Таблиця 2*

**Середні значення показників професійної життєстійкості викладачів**

№ з/п	Показники	Діапазон показників	Середнє значення
1.	Загальний рівень проф. життєстійкості	0 - 96	59,2
2.	Рівень професійної включеності	0 - 32	19,1
3.	Рівень професійного контролю	0 - 32	20,8
4.	Рівень професійного прийняття ризику	0 - 32	19,4
5.	Рівень емоційного компоненту	0 - 24	14,8
6.	Рівень мотиваційного компоненту	0 - 24	15,9
7.	Рівень соціального компоненту	0 - 24	14,1
8.	Рівень професійного компоненту	0 - 24	14,4

Усі показники професійної життєстійкості, за невеликим винятком, позитивно корелюють між собою (див. Табл. 3).

Таблиця 3

Кореляційні зв'язки показників професійної життєстійкості викладачів

№з/п	Показники	1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Загальний рівень професійної життєстійкості	1	,766**	,638**	,802**	,665**	,788**	,710**	,673**
2.	Рівень професійної включеності	,766**	1	,233	,571**	,540**	,643**	,583**	,409*
3.	Рівень професійного контролю	,638**	,233	1	,146	,215	,480**	,506**	,630**
4.	Рівень професійного прийняття ризику	,802**	,571**	,146	1	,701**	,627**	,494**	,430*
5.	Рівень емоційного комп. проф. життєстійкості	,665**	,540**	,215	,701**	1	,439*	,235	,133
6.	Рівень мотивац. комп. проф. життєстійкості	,788**	,643**	,480**	,627**	,439*	1	,424*	,414*
7.	Рівень соціального комп. проф. життєстійкості	,710**	,583**	,506**	,494**	,235	,424*	1	,384*
8.	Рівень професійн. комп. проф. життєстійкості	,673**	,409*	,630**	,430*	,133	,414*	,384*	1

Примітки: \* – кореляція достовірна на рівні  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ .

Також було проведено дослідження зв'язку між показниками професійної життєстійкості викладачів з узагальненими показниками професійного самоздійснення, а саме: загальним рівнем професійного самоздійснення фахівця; рівнем внутрішньопрофесійного самоздійснення; рівнем зовнішньопрофесійного самоздійснення.

Як видно з таблиці 4, загальний рівень професійного самоздійснення фахівця, напряду корелює з рівнем професійної включеності ( $p \leq 0,05$ ), рівнем професійного прийняття ризику ( $p \leq 0,05$ ), рівнем емоційного компоненту професійної життєстійкості ( $p \leq 0,05$ ).

Рівень внутрішньопрофесійного самоздійснення прямо корелює з рівнем професійного прийняття ризику ( $p \leq 0,01$ ), рівнем емоційного компоненту професійної життєстійкості ( $p \leq 0,05$ ); рівнем мотиваційного компоненту професійної життєстійкості ( $p \leq 0,05$ ).

Рівень зовнішньопрофесійного самоздійснення прямо корелює з рівнем професійної включеності ( $p \leq 0,05$ ).



Таблиця 4

Кореляційні зв'язки показників професійної життєстійкості викладачів з узагальненими показниками професійного самоздійснення

Показники професійної життєстійкості	1	2	3
Загальний рівень професійної життєстійкості	,243	,248	,200
Рівень професійної включеності	,417*	,350	,433*
Рівень професійного контролю	-,265	-,249	-,244
Рівень професійного прийняття ризику	,429*	,469**	,318
Рівень емоційного компоненту професійної життєстійкості	,391*	,431*	,284
Рівень мотиваційного компоненту професійної життєстійкості	,332	,373*	,234
Рівень соціального компоненту професійної життєстійкості	,038	-,065	,154
Рівень професійного компоненту професійної життєстійкості	-,080	-,047	-,107

Примітки: \* – кореляція достовірна на рівні  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ . 1 – загальний рівень професійного самоздійснення фахівця; 2 – рівень внутрішньопрофесійного самоздійснення; 3 – рівень зовнішньопрофесійного самоздійснення.

Взагалі за результатами проведеного дослідження нами було зроблено наступні висновки:

1. Переважна більшість викладачів мають середній або вищий за середній рівень професійної життєстійкості. З трьох складових професійної життєстійкості більшу вираженість має рівень професійного контролю, а з чотирьох компонентів – рівень мотиваційного компонента.
2. Близько половини викладачів мають середній рівень професійного самоздійснення, і приблизно третина з них – вищий за середній та високий. Наявний баланс між зовнішньопрофесійним і внутрішньопрофесійним самоздійсненням.
3. У переважній більшості викладачів (70,0%) наявний належний рівень професійної самоефективності – вищий за середній та високий.
4. Практично всі досліджувані викладачі (92,0%) у більшій чи меншій мірі задоволені своєю професійною діяльністю. Лише 8,0% з них мають певний (низький) ступінь незадоволеності.
5. Менше чверті досліджуваних (23,0%) мають рівень внутрішньої професійної мотивації низький або нижчий від середнього.
6. Близько 40,0% викладачів мають певні прояви професійного «вигорання» та деформації (від середнього рівня і вище). При цьому найвираженішою є така складова вигорання, як «емоційне виснаження».
7. Загалом, отримані результати є досить типовими для колективів різних сфер педагогічної діяльності (рівнів освіти), що склалися вже давно і є відносно стійкими. Яскраво виражених «сигналів тривоги», що потребували б нагального реагування, не спостерігається. Однак доцільною була б планомірна робота з метою удосконалення/корекції певних особистісно-професійних якостей та підвищення рівня професійної життєстійкості викладачів.

8. Найбільшої уваги має потребувати профілактика професійного «вигорання», оскільки близько 40,0 % досліджуваних викладачів мають певні його прояви. Також слід шукати резерви щодо індивідуального підвищення рівня професійних самоздійснення та самоефективності викладачів, позаяк у 20,0%-30,0% він є недостатнім. Спрямовані на це заходи спроможні також сприяти підвищенню у викладачів рівня професійної життєстійкості, мотивації та задоволеності своєю роботою.

## **СПРИЙНЯТТЯ Й ОЦІНКА ЖИТТЄВОГО ШЛЯХУ В ПЕРІОД ГЕРОНТОГЕНЕЗУ**

**М. Л. Смульсон,**

*дійсний член НАПН України,  
доктор психологічних наук, професор,  
завідувачка лабораторії сучасних інформаційних  
технологій навчання,*

**І. Г. Коваленко-Кобилянська,**

*кандидат психологічних наук, провідний науковий  
співробітник лабораторії сучасних інформаційних  
технологій навчання,*

*Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

У період геронтогенезу, поряд з іншими напрямками аналізу власного минулого, сучасного, майбутнього, людина похилого віку сприймає й осмислює свій життєвий шлях, аналізує особистий досвід. Роздуми над подіями минулого, їх сприйняття, осмислення й інтерпретація, а також супутні переживання, є непростими, а інколи й болючими, а вектор оцінки певною мірою впливає на загальний стан психічного і соматичного здоров'я літньої людини. Адекватний аналіз і оцінка життєвого шляху потребує серйозної інтелектуальної обробки і досить високого рівня суб'єктності, тому ми розглядаємо сприйняття власного життєвого шляху людиною як результат її суб'єктності та суб'єктивності. Можна вважати, що таке сприйняття є зовнішнім відображенням інтелектуальної діяльності і експліцитується, зокрема, за допомогою поведінки та відповідних автонаративів (оповідей людини про своє життя).

Нами показано раніше, що особистий досвід людини, який вона отримує упродовж життя, з одного боку, відображає її життєвий шлях, з іншого, проходить інтелектуальну обробку (зокрема, відображення, усвідомлення, закарбування та інтерпретацію), набуває форми ментальної (тобто розумової) моделі світу й експліцитується як автонаратив (див. більш докладно Смульсон, 2009). Ментальна модель старої людини у такому контексті розглядається як продукт роботи кристалізованого інтелекту, в якому активно

і продуктивно задіяні як когнітивні, так і метакогнітивні його компоненти, а також всі три основні функції – відображувальна, ціннісно-орієнтувальна, прогностично-перетворювальна. Наявність у людини ментальної моделі світу є принциповим доказом її дієвості та дієздатності. Провідні напрями побудови ментальної моделі світу відбивають смисл життя старої людини, просторово-часові координати ментальної моделі в старості і, нарешті, проблему значущого іншого (інших) як діалогову (децентраційну) підструктуру ментальної моделі.

В лабораторії сучасних інформаційних технологій навчання Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України проведено експериментальне дослідження особливостей інтелектуального розвитку в період геронтогенезу, серед контенту якого ми розглядали, в тому числі, сприйняття і аналіз власного життєвого шляху людьми похилого віку. Вибірка складала 257 досліджуваних віком 56-97 років, з яких 58% – жінки і 42% – чоловіки. База дослідження – пансіонат для ветеранів праці та відділення денного перебування територіальних центрів соціального обслуговування пенсіонерів. У процесі дослідження застосовано такі методи: бібліографічний, анкетування, тестування, клінічна бесіда, феноменологічний аналіз, експертна оцінка, авторська методика актуалізації інтелектуального потенціалу людини в період геронтогенезу (Коваленко-Кобилянська, 2019). Аналіз результатів дослідження проводився відповідно до вікових періодів геронтогенезу за класифікацією ВОЗ: ранній (60-74 pp.), середній (75-90 pp.), пізній (після 90 p.).

Усіх досліджуваних ми умовно розподілили на дві групи (негативне та позитивне сприйняття й оцінка власного життєвого шляху), які, в свою чергу, складаються з певних підгруп.

1. Позитивне сприйняття:

- критичне ставлення до власного життєвого шляху з позитивною домінантою;
- міфологізація власного життєвого шляху.

2. Негативне сприйняття:

- трансляція зовнішніх чинників, які унеможливлювали реалізацію здібностей та потреб (виражений зовнішній локус контролю);
- констатація помилковості власного життєвого шляху на тлі усвідомлення реалізації здібностей та потреб.

За результатами дослідження можна констатувати, що порівняно з представниками раннього і середнього геронтогенезу, у представників пізнього періоду більший відсоток досліджуваних оцінюють власний життєвий шлях позитивно (див. табл.1).

Таблиця 1

Сприйняття й оцінка власного життєвого шляху в різні періоди  
геронтогенезу

Періоди геронтогенезу	Позитивне сприйняття		Негативне сприйняття	
	Критичне ставлення з позитивною домінантою	Міфологізація власного життєвого шляху	Вирішальне значення зовнішніх чинників	Констатація помилковості власного життєвого шляху
Ранній	11%	38%	46%	5 %
Середній	14%	58%	22%	6 %
Пізній	15%	61%	19%	5 %

Підставою для зазначеного феномену може бути збільшення відсотку учасників експерименту, які відносяться до умовної підгрупи «міфологізація власного життєвого шляху». Психологічним підґрунтям такої оцінки є усвідомлення завершення життєвого шляху та об'єктивна/суб'єктивна неможливість/небажання виправити певні життєві ситуації та події, які з суб'єктивно негативним окресленням зберігаються в пам'яті досліджуваного.

Важливим компонентом позитивного або негативного сприйняття людиною власного життєвого шляху є також і зовнішня оцінка результатів її діяльності значущим соціокультурним оточенням (того, що реально існує і/або того, що існувало у попередні етапи життя людини).

Дослідження показало, що у періоди середнього і пізнього геронтогенезу у досліджуваних зазначених підгруп активізуються інтелектуальні зусилля, які спрямовані на створення позитивного сприйняття власного життєвого шляху різними методами, включаючи трансформацію (реінтерпретацію) спогадів. Досліджувані акцентували увагу на тому, що зробили «багато хорошого для людей» протягом життя. Важливо відзначити, що представниками підгрупи «критичне ставлення до власного життєвого шляху з позитивною домінантою» зовнішні, об'єктивно негативні умови, не були схарактеризовані в якості вирішального чинника. У той же час представниками підгрупи «міфологізація власного життєвого шляху» зовнішні чинники були зазначені як дуже важливі.

У тих досліджуваних віку пізнього геронтогенезу, які увійшли до умовної групи «негативне сприйняття», ми спостерігали стан екзистенційного неврозу (усвідомлення безглуздості життя, самотність суб'єктивна/об'єктивна, домінанта активності, спрямованої на підтримку соматичного здоров'я при ігноруванні інших видів діяльності, мислення стереотипами, що існують, про представників пізнього віку і т.п.) або стан психологічного анабіозу (мислення обмежене до можливого мінімуму, неможливість сформулювати навіть власні бажання, інтелектуальний розвиток не відбувається, тощо).

Існує залежність між сприйняттям власного життєвого шляху і здоровим способом життя у період геронтогенезу серед представників різних підгруп. Досліджувані, які відносяться до підгрупи «критичне ставлення до власного життєвого шляху з позитивною домінантою», незалежно від віку прагнуть до здорового способу життя, актуалізуючи всі його елементи: психологічне, інтелектуальне, соматичне, морально-етичне здоров'я. Гармонійне поєднання інтелектуального і фізичного напруження надає їм можливість до літнього віку зберігати задоволеність життям, певною мірою переборювати наявні елементи танатофобії.

У підгрупі «міфологізації свого життєвого шляху» у всіх періодах геронтогенезу відзначена домінанта фізичної активності з метою збереження здоров'я. Можна стверджувати також, що інтелектуальний розвиток в даному випадку замінено зусиллями, спрямованими на підтримку існуючого рівня власного інтелекту. У представників умовної групи «негативне сприйняття свого життєвого шляху» відзначено зниження зусиль, спрямованих на активне довголіття, або ж їх повна відсутність.

Отже, існує зв'язок між усіма видами здоров'я людини похилого віку та її оцінкою власного життєвого шляху. Психокорекційна допомога у період геронтогенезу має відповідати наявному стану його сприйняття й оцінки, орієнтуватися не тільки на вектор, але й на зміст оцінки. Адекватною основою для актуалізації інтелектуального розвитку і саморозвитку є, безумовно, критичне ставлення з позитивною домінантою, певною мірою міфологізація власного життєвого шляху. Негативне сприйняття з зовнішнім локусом контролю і визнанням помилковості життєвого шляху є більш складним підґрунтям для психологічної допомоги. Однак технології самопроекування і саморозвитку в старості все одно, як правило, зводяться до роботи з ментальною моделлю (ментальними моделями) світу, тобто спрямовані на її переструктурування і трансформацію. Це, як уже було вказано вище, перетворення за трьома основними напрямками: смисл життя, хронотоп, значущий інший або значуще соціокультурне оточення.

## **ХУДОЖНЯ РЕЦЕПЦІЯ ДЕПРЕСИВНОГО НАСТРОЮ У ЛІРИЦІ БАРОКО**

**Н. М. Урсані,**  
*кандидат філологічних наук, доцент,  
Донецький національний університет  
імені Василя Стуса*

XVII-XVIII ст. – складний історичний період війн і повстань, очевидно, спонукав до сприйняття нестабільності життя, невпевненості у завтрашньому дні. Тому логічно, що «були популярні теми несталості і швидкоплинності земного буття, мирських зваб, неминучості і нежданності смерті, рівності усіх

перед смертю, елегійні роздуми про добро і зло, про сутність людського щастя» (Коваль В., 2005).

Дмитро Чижевський відносив «закохання бароко в зображенні страхіть, жорстокості, трупів, смерті тощо» до тих елементів, які виходять «поза межі краси» (Чижевський Д., 1952).

Поява таких мотивів була зумовлена історичними подіями: «Сам час підготував наочний матеріал для таких зображень, бо саме сімнадцятий вік належав до епох, що вкрили Європу руїнами та трупом. І Україна належала до тих країн, що в них спустошення були найбільші...» (Чижевський Д., 1952).

Мотив швидкоплинності людського життя у ліриці Бароко тісно переплітається із темою смерті. Вона осмислюється крізь призму християнської свідомості як не відворотне явище і викликає почуття суму, страху, безнадії, пригніченості, депресії у ліричного героя. Пошук відповіді на питання про сенс життя людини спонукав письменників Бароко звернутися до осмислення земного шляху, до осмислення духовних переживань, пов'язаних із очікуванням неминучості його завершення.

Спороадичний інтерес у літературознавстві до вивчення даної проблеми визначає актуальність даного дослідження. Цей аспект розглядається у працях Д. Чижевського, В. Кречотня, Л. Ушкалова, Б. Криси. Переважно дослідники акцентують увагу на смерті, як реалізації Божого промислу, як кінці земного життя людини.

Дане дослідження має на меті окреслити особливості художнього осмислення депресивного стану, пов'язаного із розумінням невідворотності смерті у бароковій ліриці.

Лише одна думка про смерть спонукає ліричного героя до відчуття страху перед її приходом: «Нѣсть, иже укрѣется пред тобою, смерти! / О горе! Цар или раб – должен ест умерти» (Українська поезія, 1992).

Очевидно, що депресивний стан ліричного героя пов'язаний із осмисленням того, що смерть – «...утрата цінного – є мірилом усього, приводом замислитись над плінним життєм» (Гончарук Є., 2011).

Варто відзначити, що у метафізичній ліриці тема смерті розгортається у різних площинах: очікування смерті, неминучість смерті, очікування страшного суду, елегійні роздуми про людське щастя.

Попри наскрізну релігійність поезії Бароко, ліричний герой у ній переважно осмислює суть свого земного шляху, його турбують земні радощі.

Сприйняття світу у ліричного героя відбувається крізь призму християнського сприйняття, спонукає до осмислення його спокус:

Яко при яслех, полних грехов гною

При сердцу моем, содѣяних мною.

Тѣм во жилище тебѣ не достойно (Українська поезія, 1992).

Варто відзначити, що образ ясел набуває нового звучання. Після звитязства Ісуса Христа, який змив своєю кров'ю гріхи цілого людства, воно знову повернулося на несправедливий шлях. Тому ліричний герой знаходиться перед яслами, повними нечистот.

Герой лише мріє про втрачену духовну чистоту та постійно звертається до Творця про допомогу:

И очисти ны от всякая скверны,  
Сохрани нас, яко же крин в терни,  
И спаси, Боже, от бѣд душа наша (Українська поезія, 1992).

Образ земного шляху зображується, як морська подорож, сповнена небезпек:

...утопox в море страстей, якоже Іоана,  
Возстань на мя, адского отверзеса кита,  
Како зубов избѣгну звѣря ядовита (Українська поезія, 1992).

Ліричний герой постійно перебуває у стані емоційного напруження, адже його прагнення жити праведно, намагання досягнути духовної чистоти видаються марними: «утопox в мори страстей», «полно грѣхов гною при сердцу моем» (Українська поезія, 1992).

У бароковій ліриці депресивний стан героя часто пов'язаний із згадкою про смерть, розумінням її неминучості, очікуванням Страшного Суду, осмисленням того, що людина у земному житті не може відійти від спокуси та гріха. Таким чином, у контексті міркувань про невідворотне явище автори бароко описують його через реалії земного життя, в якому Бог «всяку твар у гроб полагає», де «всякому ся родившому потреба умерти» (Українська поезія, 1992).

А тому ліричний герой у метафізичній ліриці часто перебуває у стані очікування невідворотного кінця: «Человѣк, яко трава;ніє его, яко цвѣты – днесь цвѣтет, утро маєт посѣчен быти» (Українська поезія, 1992).

У бароковій ліриці саме земне життя є приводом для тужіння, адже це період спокуси і випробовувань. А тому ліричний герой перебуває постійно у стані емоційної напруги:

Не согришай, ото Бог-серцевидець видит,  
Аггел, стоя, твоими злостями ся бредит,  
Смерть грозит, неприятель душный оскаржает,  
Совѣсть гризет, а пекло уста отверзает (Українська поезія, 1992).

Емоційна напруга постійно підсилюється не лише розумінням, що швидкоплинність життя – як природній процес (зав'язь, цвітіння, відцвітання), але й розумінням того, що гріх постійно супроводжує людину. А тому у душі ліричного героя вирує море пристрастей, пов'язаних із страхом согришити, бажанням очистити душу, відмежуватися від духовних нечистот тощо.

Таким чином, ми спостерігаємо у ліриці Бароко художнє осмислення депресивного стану крізь призму неминучості смерті. Проте заглиблення барокових митців у релігійну традицію спонукало до відтворення даного аспекту крізь призму духовних переживань. Марність світу земного ставить людину перед проблемою вибору між добром і злом, праведністю і гріхом, постійно підштовхує до депресивного сприйняття. Тому ліричний герой перебуває лише у стані споглядання, осмислення, не схильний на рішучі дії, проте сповнений мрії про вічне життя.

## СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ НА ТЛІ ШТУЧНОГО ТА ПРИРОДНОГО КЛІМАКТЕРІЮ.

**Є. О. Шевченко,**

*асистент кафедри акушерства та гінекології,  
Донецький національний медичний університет МОЗ України*

З кожним роком збільшується число жінок, які вступають у період менопаузи. Так, за даними ВООЗ, 10% усього населення земної кулі становлять жінки в клімактеричному періоді. З одного боку, це пов'язано зі збільшенням тривалості життя, з іншого – з раннім настанням клімактеричного періоду. Це призводить до того, що жінка третину свого біологічного часу проводить в стані гіпоестрогенії. За прогнозами ВООЗ, в світі до 2030 р. в періоді постменопаузи перебуватиме 1,2 млрд жінок, що становитиме приблизно шосту частину населення планети. Вікові зміни, що відбуваються в організмі, формують зовнішній вигляд та емоційний статус людини. Вони впливають на професійну діяльність, соціальну активність, взаємовідносини в суспільстві та добробут у родині.

Згідно із сучасними уявленнями, універсальними гормональними характеристиками перименопаузального періоду є підвищення у сироватці крові рівня фолікулоstimулюючого гормону (ФСГ) при практично незмінному рівні лютеїнізуючого гормону (ЛГ) і зниження рівня прогестерону і естрогенів при відносній гіперандрогенії. У перименопаузі одноразове визначення гормонів в сироватці крові є інформативним тільки для даного менструального циклу, оскільки в однієї і тієї ж жінки протягом одного року перименопаузи можуть спостерігатися різні за ендокринними характеристиками менструальні цикли («танок» гормонів). Відповідні зміни відбуваються і в ендометрії. Загальновизнаним є той акт, що дефіцит естрогенів у крові – це тільки пусковий механізм розвитку ранніх клімактеричних розладів; він також лежить в основі подальших трофічних і метаболічних порушень в організмі жінки.

На фоні дефіциту статевих стероїдних гормонів у пери- і постменопаузі виникають різноманітні порушення. Клімактеричний синдром є найбільш раннім і найбільш поширеним ускладненням клімактеричного періоду. Його клінічні прояви зумовлені наявністю в корі головного мозку (насамперед в гіпоталамусі та лімбічній системі) великої кількості цитоплазматичних рецепторів до статевих стероїдних гормонів. Збалансоване функціонування структур гіпоталамуса та лімбічної системи значною мірою забезпечує стан здоров'я на рівні як психічних (сфера емоцій і процеси мислення), так і вегетативних (терморегуляція, апетит, артеріальний тиск та ін.) процесів. Злагоджена взаємодія вище згаданих структур досягається за допомогою



нейротрансмітерів і нейропептидів. Дисфункція на рівні ядер гіпоталамуса та лімбічної системи зумовлює нейроендокринні порушення, що є основними клінічними симптомами КС.

За часом виникнення і характером проявів їх прийнято розподіляти на 4 групи:

- Ранні симптоми – типові прояви КС, частота виникнення якого становить від 40 до 60% випадків. Вони проявляються в основному в пери-менопаузальному періоді і включають: нейровегетативні (вазомоторні) порушення – приливи жару, озноб, підвищена пітливість, головний біль, гіпотонія чи гіпертензія, тахікардія, посилене серцебиття; психоемоційні порушення – дратівливість, порушення сну (безсоння, сонливість), порушення уваги, слабкість, знервованість, неспокій, депресія, забудькуватість, неухважність, зниження лібідо.
- Середньочасові симптоми – прояви, що виникають через 3-5 років після настання менопаузи (30-50% випадків): урогенітальні порушення – сухість слизової піхви, біль при статевому акті, свербіж і печіння у ділянці зовнішніх статевих органів, уретральний синдром, цисталгія, полакіурія, нетримання сечі, дизуричні явища; патологія шкіри та її придатків – сухість і втрата тургору шкіри, трофічні зміни, ламкість нігтів, випадіння волосся, поява зморщок, пігментних плям («плям старості»), сухий кон'юнктивіт, стоматит, ларингіт, рожеві акне.
- Пізні обмінні порушення – прояви, що виникають через 5-10 років постменопаузального періоду (25-40%): остеопороз – переломи хребців, шийки стегна і променевої кістки; ССЗ – ішемічна хвороба серця (ІХС), артеріальна гіпертензія (АГ), інфаркти, інсульти.
- Дуже пізні порушення (5-12% випадків): хвороба Альцгеймера – емоційні порушення і порушення функції мислення (постменопаузальна депресія, деменція, меланхолія).

Мета даного дослідження вивчити особливості клінічного перебігу клімактерію при природній і штучній менопаузі у пацієнток різних вікових груп.

Матеріали та методи. Всього обстежено 98 жінок з природною (68) і штучною (30) менопаузою, у віці від 32 до 65 років, з клінічними проявами цієї патології (КС), а також 20 практично здорових жінок (контрольна група) у пізньому репродуктивному віці та з фізіологічним перебігом менопаузи. Використовувались такі методи обстеження: анкетування, клінічні, гормональні, інструментальні.

Результати. При аналізі клімактеричних проявів у обстежених хворих було виявлено: нейровегетативні і психоемоційні розлади у 80 (81,6%) жінок, майже кожна третя жінка відмічала нестабільність артеріального тиску і серцебиття – 34 (34,6%), обмінно-трофічні порушення проявлялися ожирінням 1–2 ступеня у 31 (31,6%) хворої, сухістю або сальністю шкіри та її придатків – 21 (21,4%), гіпертрихозом – 18 (18,3%).

Найчастішими проявами нейровегетативного синдрому у спостережуваних жінок були: припливи (94%), пітливість (89,7%), відчуття “повзання мурашок” (52%), головний біль (41,8%). Психоемоційні скарги характеризувалися, здебільшого, підвищеною стомлюваністю (68,3%), зміною настрою (53%), зниженням працездатності (53%), погіршенням пам'яті (38,7%). Кожна четверта жінка скаржилася на збільшення ваги (у середньому на 3-5 кг) і біль у суглобах.

Порівнюючи між собою патологічні стани, що виникають при природній і штучній менопаузі, було встановлено: ознаки клімактеричного синдрому виявлено у 26 жінок (86,6%) при штучній менопаузі, тоді як при природній – у 52 (76,4%). У структурі клімактеричних розладів при штучній менопаузі переважали нейровегетативні (16 жінок – 61,5%), психоемоційні (8 жінок – 30,7%) розлади, урогенітальні порушення (7 жінок – 26,9%); при природній менопаузі переважали нейровегетативні (34 жінки – 65,3%), психоемоційні (22 жінки – 42,3%) розлади, обмінно-трофічні порушення (19 жінок – 36,5%), серцево-судинні захворювання (23 жінки – 44,2%).

Використовуючи індекс Куппермана для оцінки ступеня тяжкості КС у обстежених нами пацієнток, виявили слабкі прояви симптомів у 33,6% жінок, помірний ступінь тяжкості – у 55,1% жінок і тяжкий перебіг КС – у 10,2% випадків.

Таким чином досліджуючи жінок із природньою і штучною менопаузою, вдалося визначити, що в період клімаксу на фоні зниження і виключення функції яєчників виникає ціла гама розладів. І хоча клімактерій не є захворюванням, він викликає порушення ендокринної рівноваги в організмі, що в свою чергу призводить до виникнення симптомів клімактеричного синдрому, згаданих вище. Профілактика КС повинна починатися задовго до перехідного віку жінки, оскільки розвиток і тяжкість перебігу КС залежать від резервних можливостей гіпоталамуса та соматичного стану.

## **ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ**

***Н. В. Шудрікова,***

*аспірант кафедри акушерства та гінекології  
Донецький національний медичний університет МОЗ України*

Створення оптимальних умов для здійснення жінкою функції материнства, народження здорового потомства, а також збереження її репродуктивного здоров'я, як і раніше залишаються основними завданнями служби допомоги породіллі. (Лебеденко Е. Ю., 2012.) Проблема невиношування вагітності (НВ) продовжує зберігати свою актуальність і пріоритетність в сучасному акушерстві. Обумовлено це, перш за все тим, що

НВ є однією з головних складових репродуктивних втрат (Пестрикова Т. Ю., 2012., Радзинский В. Е. 2013)

Так, від 15% до 25% всіх зареєстрованих вагітностей перериваються мимовільно, при цьому 5-20% припадає на частку звичного НВ, а 80% вагітностей перериваються до 12 тижнів (Радзинский В. Е., 2013., Радзинский В. Е., 2012).

Не потребує доказів, що вирішення проблем з НВ можливо лише за умови ранньої діагностики, своєчасного проведення адекватних лікувальних заходів і профілактики різних патологічних станів, що ускладнюють перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду (Лебеденко Е. Ю. 2012)

Відомо, що при бажаній вагітності психологічна діада «мати-дитина» формується ще до народження дитини (Добряков І. В., 2010.). Саме тому втрата бажаної вагітності спричиняє низку як психологічних, так і медичних проблем. Наприклад, небажання більше вагітніти через страх нової втрати, потреба довготривалого лікування після втрати вагітності або дитини, психологічна травма та, нерідко, розпад сім'ї через неспроможність пережити втрату. За даними, проаналізованими Г. Філіпповою, причинами порушення перебігу вагітності є сильні стреси або стійкий стан тривоги в матері. Вони негативно діють на її власний фізіологічний стан і таким чином порушують розвиток плода за рахунок біохімічних впливів, найбільш небезпечних у цей період, або викликають втрату вагітності внаслідок скорочень матки при сильному стресі (Філіпова Г. Г. 2002.).

Психологічні проблеми, які переживають жінки з невиношуванням вагітності, вимагають особливого підходу до психологічної допомоги та психологічного супроводу даних осіб. Дослідження (Василенко Т. Д., 2011., Куминская Е. А. 2013.), які проводяться для аналізу психологічних наслідків таких ситуацій, показують, що взаємозалежності особистісних і об'єктивних, клінічних факторів представляють собою досить складну картину.

До теперішнього часу хоч і проведено багато досліджень, спрямованих на виявлення специфіки особистісних особливостей жінок з невиношуванням, їх сімейних взаємин і особливостей ставлення до вагітності, але ця складна проблема і досі залишається дуже актуальною. (М. Блох, В. Брутман, Е. Печникова, М. Рябова, В. Сидельникова, Г. Филиппова і др.)

Мета. Визначити емоційний та психологічний стан жінок, які мають репродуктивні втрати в анамнезі.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося на базі наукової лабораторії психології репродуктивної сфери, пренатальної та перинатальної психології кафедри акушерства та гінекології Донецького національного медичного університету МОЗ України. Під нашим спостереженням знаходилося 95 жінок фертильного віку. Основну групу склали 60 пацієнток з діагнозом «невиношування вагітності» в анамнезі, в групу контролю увійшли 35 жінок з фізіологічним перебігом вагітності. Обидві групи були порівнянні за віком, соціально-економічним статусом, анамнезом.

Для визначення психоемоційного стану жінок з репродуктивними втратами в анамнезі проводилась експрес-діагностика депресивних станів за допомогою шкали самооцінки (ДЕПС шкали депресії), вивчалась наявність і вираженість у досліджуваних депресивної симптоматики, провідні механізми психологічного захисту і типи ставлення до своєї хвороби на основі методик: опитувальник Бека, опитувальник Келлермана-Плутчіка, опитувальник Бехтерівського інституту. Особистісна і реактивна тривожність визначалися методом самооцінки Спілбергера-Ханіна. Для визначення типу гестаційної домінанти проводився тест відношення вагітної Добрякова І. В.

Результати дослідження. Особливу цікавість представляли собою тип гестаційної домінанти вагітності і тип прийняття вагітності. «Тест відношень вагітної» дав змогу виявити психологічну складову вагітності, спрогнозувати перебіг вагітності та визначити точки психокорекції. В даному дослідженні ми виділили 4 типу гестаційній домінанти: оптимальний, тривожний, гіпогестогнозичний, депресивний. За даними автора, в жінок з репродуктивними втратами в анамнезі, частіше за все діагностувався тривожний тип домінанти.

У контрольній групі тривожний стан було виявлено у 41 жінки, що склало 68,3%, оптимальний тип виявлено у 6 жінок (10%), гіпогестогнозичний у 10 жінок (16,7%), депресивний у 3 (5%). У контрольній групі відповідно: тривожний стан у 6 жінок (17,1%), оптимальний тип виявлено у 23 жінок (65,7%), гіпогестогнозичний у 4 жінок (11,5%), депресивний у 2 (5,7%).

За результатами видно, що показники різнилися в основній та контрольній групах. Тривожний тип гестаційної домінанти в основній групі вище, ніж в контрольній групі, що пояснюється пережитими раніше втратами вагітності, необхідністю вирішувати побутові проблеми та піклування про сім'ю, психологічними особливостями кожної вагітної.

Виходячи з даних анкет, нами було виявлено, що такі показники, як втома, тривожність, депресія, незадоволеність особистим життям, емоційна нестабільність, погіршення взаємин між подружжям і оточуючими людьми, значно перевищенні в основній групі.

У 51 жінки основної групи (85%) спостерігався стан зниженого настрою. З типів ставлення до своєї хвороби ми виділили ейфорійний і паранойяльний, які зустрічалися у 43% і 32% пацієнток в основній групі. Інші типи ставлення до своєї хвороби, такі як неврастенічний, тривожний і сенситивний зустрічалися значно рідше. Провідним типом ставлення до хвороби став ейфорійний, що передбачає награне, необґрунтовано підвищений настрій, зневага, легковажне ставлення до хвороби і лікування.

Ейфорійний тип ставлення до хвороби призводить до відмови від лікування, недотриманню режиму прийому препаратів, методів допоміжних репродуктивних технологій, при цьому проблема невиношування вагітності, депресія і тривога, пов'язані з цим, тільки посилюються.

За результатами нашого дослідження, в основній групі пацієнток рівень тривожності значно вище (71,7%) ніж у контрольній (34,3%). Пацієнтки

пояснювали підвищення рівня реактивної тривожності необхідністю очікування результатів обстеження, негативними показниками обстеження та необхідністю тривалого лікування.

Невизначеність репродуктивного статусу при наявності проблем з виношуванням вагітності є сильним психотравмуючим чинником, який проявляється в різних сферах життя жінок. Їм обумовлена специфіка внутрішньої картини хвороби, він призводить до тяжких емоційних переживань, особистісної дисфункціональності, порушенням міжособистісної взаємодії.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що жінки з репродуктивними втратами в анамнезі потребують спеціального моніторингу, психокорекційної та психотерапевтичної допомоги перинатального психолога.

## **УМІННЯ ДОЛАТИ СТРЕСИ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА ЗДОРОВ'Я: РЕСУРС АЕРОАПІФІТОТЕРАПІЇ**

**С. П. Яланська,**

*доктор психологічних наук, професор,*

**Н. М. Атаманчук,**

*кандидат психологічних наук, доцент,*

*Національний університет «Полтавська політехніка  
імені Юрія Кондратюка»*

Останнім часом спостерігається постійний вплив стресогенних факторів на людину внаслідок збільшення інформаційного перевантаження, зростання інтелектуалізації праці, необхідності прийняття рішень в непередбачуваних умовах, тощо. Загострення психоемоційної напруги може призводити до ряду психосоматичних захворювань. Тому досить важливим є уміння долати стреси, забезпечувати балансування організму через призму фізичної та психологічної складових.

Більш ефективному протистоянню стресам сприяють: фізичні активності, відпочинок на природі, масаж, ароматерапія, музикотерапія, вживання «здорової» їжі, тощо. Вважаємо, що одним із ресурсів забезпечення стресостійкості є аероапіфітотерапія.

Смірнов В. В. у своїй роботі «Апитерапия и формирование мотиваций к здоровому образу жизни» зазначає, що до теперішнього часу накопичений величезний інформаційний матеріал про те, як зберегти, зміцнити і примножити своє здоров'я. Але він має цінність і буде користуватися попитом тільки в тому випадку, якщо людина знає, навіщо їй треба бути здоровою, має потребу в цьому. Продукти бджільництва – це своєрідний «25-й кадр здорового способу життя»: діючи як на несвідомому, так і на свідомому рівні,

вони м'яко і природно змінюють на краще ставлення людини до себе і навколишнього світу. Цьому є маса практичних підтверджень, отриманих в результаті тривалих порівняльних спостережень за станом здоров'я, розвитком, поведінкою, адаптацією пацієнтів: а) отримували продукти бджільництва регулярно і цілеспрямовано; б) вживали їх епізодично; в) ніколи не отримували (Смірнов В. В., 2004).

Курик М. В. у роботі «Механізм оздоровлення людини біоенергоінформаційним полем бджіл» та Пащенко О. О. у своїй праці «Вуликотерапія – перспективний метод» відмічають про позитивний вплив сеансів апітерапії. Зазначають, про мікрівібраційний масаж, який йде із вулика, а також особливий іонний склад повітря вулика при постійній роботі бджолиної сім'ї (Курик М. В., 2013, Пащенко О. О., 2014).

Цікавою у науковому відношенні є монографія «Апитерапия» присвячена питанням, пов'язаним з хімічним складом, фізико-хімічними та біологічними властивостями, а також терапевтичній дії продуктів бджільництва: бджолиної отрути, меду, прополісу, маточного молочка, пилюки, перги, воску, бджолиного підмору і розплоду. У роботі розглянуто питання комплексної апітерапії, коли доцільно при тому чи іншому захворюванні використовувати кілька продуктів бджільництва або застосовувати продукти бджільництва з традиційними медикаментозними засобами (Хомутов А. Е., Гіноян Р. В., Лушникова О. В., Пурсанов К. А., 2014)

Степаненко М. І, Яланська С. П., Степаненко С. В. отримали патент на корисну модель «Спосіб психологічного та психофізіологічного розвантаження» (№ 36198 від 12.08.2019 р.). Режим доступу: <http://reposit.pntu.edu.ua/handle/PoltNTU/6775>. У основі розробки аероапифітотерапія – комплексний вплив на здоров'я людини засобами апітерапії шляхом поєднання з іншими факторами впливу, зокрема, фітотерапії, які здійснюють взаємопосилення оздоровлювального ефекту, забезпечують розслаблення та відновлення організму. Переконані, що за відсутності протипоказань щодо впливу продуктів бджільництва, такий системний, комплексний підхід також сприяє вмінню уникати, долати стреси, що є детермінантою здоров'я людини.

Перспективами дослідження є вивчення впливу аероапифітотерапії на забезпечення стресостійкості різних вікових груп.

## **КРИТИЧНЕ МИСЛЕННЯ В УМОВАХ ПОСТПРАВДИ ЯК РЕСУРС ЗБЕРЕЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО БЛАПОЛУЧЧЯ ОСОБИСТОСТІ**

**О. В. Яремійчук,**

*магістрант спеціальності «Психологічна реабілітація»*

*Донецький національний університет*

*імені Василя Стуса*

Фейки, маніпуляції, альтернативні факти, або ж – епоха постправди. Згідно до визначення, представленого у Оксфордському словнику, постправда описує епоху розвитку масових комунікацій, коли істина стає менш важливою, ніж заклики до емоцій і особистих переконань. Отже, постправда – це не брехня, а лише інтерпретація правди. Такі інтерпретації бувають різні – вони можуть як злегка коригувати факти, так і повністю їх деформувати й змінювати.

У 2017 році проблема постправди стає питанням міжнародної безпеки і обговорюється на головному зборі політиків, комунікаторів і журналістів NATO StratcomDialogue, який проходив у Ризі 5-6 липня. Явище постправди стає чудовим плацдармом для поширення конспірологічних теорій, популізму, альтернативної медицини, недостовірних новин.

2020 рік став ідеальним для виникнення та розповсюдження теорій змов. Тема коронавірусу об'єднала весь світ. Мінімальна кількість даних, які постійно змінювались, плутала офіційну владу та профільні організації. Це, зрештою, призвело до того, що вони суперечили одне одному й посилювали недовіру до себе. Критичне мислення в цьому контексті стає одним із найбільш дієвих методів боротьби з такими явищами, оскільки дозволяє розмежувати, при найми певною мірою, правду та її інтерпретацію. Саме критичне мислення, що розуміється як логічне та рефлексивне мислення, яке орієнтоване на прийняття рішень, у що вірити і що робити, є механізмом утворення відносної когнітивно-емоційної рівноваги у свідомості індивіда в інформаційно навантаженому суспільстві та постає ресурсом збереження психологічного благополуччя особистості.

Минулого літа компанія «InMind» провела дослідження, яке показало, що лише 11% українців можуть розпізнати фейк (<https://drive.google.com/file/d/1Oi2Edv15Sr4hS-D2KoxoKkamCarUX7f/view>). Це й створює підґрунтя для зростання довіри до популістської риторики. Так, виявлено, що 84% українців підтримують популістську політику, а 59% – не лише підтримують, а й вважають її реалістичною ([https://ces.org.ua/populism-paper/?fbclid=IwAR30\\_DStUs7AAJjDlKz\\_XelgCjg6KUtXeV4XFneuysaPcgqZcyNmddnvzmA](https://ces.org.ua/populism-paper/?fbclid=IwAR30_DStUs7AAJjDlKz_XelgCjg6KUtXeV4XFneuysaPcgqZcyNmddnvzmA)).

Звертаючи увагу на популізм, потрібно розуміти, що відсутність критичного осмислення дає доступ і підтримку маніпулятивним діям як окремих осіб, так цілих соціальних груп, у тому числі й політичних партій, що може викликати наслідки державного й міжнародного рівнів.

Ще одним цікавим феноменом в межах проблеми, що розглядається, є теорія змов, що охоплює різні напрямки, які мають далеко неоднаковий вплив як на людину, так і суспільство. Так, наприклад, вигадки про пласку землю, рептилоїдів, НЛО великого ризику не викликають. Основними джерелами небезпеки є альтернативна медицина і пов'язані з нею конспірологічні теорії, небезпека захоплення якими криється як у завданні психологічної та фізичної шкоди здоров'ю й життю людини, так і суспільству в цілому.

Так, однією з таких небезпек є ВІЛ/СНІД-дисидентство. Варто наголосити, що станом на 01.09.2020 р. у закладах охорони здоров'я під медичним наглядом перебувало 141 998 ВІЛ-інфікованих громадян України (показник 373 на 100 000 населення), зокрема 47 771 хворих із діагнозом СНІД ([https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/hiv\\_aids\\_statistics\\_operinfo\\_2020.09.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/hiv_aids_statistics_operinfo_2020.09.pdf)). При цьому більшість adeptів ВІЛ/СНІД-дисидентства упевнені, що вірус не виділено, його фотографії – підробка, ВІЛ вигдали фармацевтичні компанії, а діагноз ставиться за результатами підроблених тестів; і насправді ВІЛ не впливає на розвиток СНІДу. Прихильники даної теорії закликають ВІЛ-позитивних людей та батьків ВІЛ-позитивних дітей відмовитися від прийому антиретровірусної терапії. З окресленого підходу стає зрозумілим, що це серйозна небезпека як для самих послідовників теорії, так і для їх оточення та суспільства в цілому.

І якщо ВІЛ/СНІД-дисидентство поступово все ж таки зникає, то рух антивакцинаторів тільки починає набирати обертів. У 2019 році Всесвітня організація охорони здоров'я вперше внесла у щорічний список глобальних загроз людству відмову від вакцинації.

Американські дослідники проаналізували тисячі звітів у період з 2014 року по 2018 рік. І дійшли цікавого висновку: 93% повідомлень про вакцинацію, більшість яких являються дезінформацією, у твіттері створюють та поширюють тролі або боти.

Варто зауважити, що антивакцинаторська кампанія у соцмережах сприяла спалахові кору в Європі 2018 року, унаслідок якого 72 людини загинуло і 82000 постраждало. Загалом у світі від кору померло 140 000 людей; при цьому однією з провідних причин за даними фахівців стала саме відмова від вакцинації (<https://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2018.304567>).

Антивакцинаторський рух мав свій вплив і в Україні. Так, у 2016 році Україна посіла 3-тє місце з кінця за кількістю щеплень від кору в світі. Тоді лише 45,5% дітей одного року отримали щеплення від кору своєчасно. Цьому також сприяв дефіцит вакцин у попередні роки. Як наслідок, у 2018 році Україна разом із Конго, Ліберією, Мадагаскаром та Сомалі увійшла до п'ятірки країн, де зафіксували найбільшу кількість спалахів кору (<https://www.who.int/news/item/05-12-2019-more-than-140-000-die-from-measles-as-cases-surge-worldwide>).

Тільки 29% українців згодні з тим, що вакцини безпечні, і всього 50% вважають їх ефективними. У світі ці показники значно вищі – 79% та 84%



відповідно. Це дані дослідження «WellcomeGlobalMonitor» за 2018 рік, у якому взяли участь 140 000 людей з понад 140 країн світу. (<https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor/2018>). Недовіра українців до вакцинації – результат десятиліть дезінформації та відсутності критичного мислення. Це створює високі ризики виникнення спалахів інфекційних хвороб і є загрозою національній безпеці країни.

Сьогодні, під час пандемії, лише 25% українців готові скористатися безкоштовною вакциною від коронавірусу, якби вона вже дійсно існувала. Ще 16% вагаються, проте швидше зроблять щеплення. Найбільше – 49% – відмовляться ([http://rb.com.ua/wp-content/uploads/2020/06/rubicon2.0.3\\_rb\\_report\\_20200619\\_4\\_ru.pdf](http://rb.com.ua/wp-content/uploads/2020/06/rubicon2.0.3_rb_report_20200619_4_ru.pdf)). Цікаво, але 7 із 10 українців погоджуються з твердженням, що коронавірус створений штучно (<http://kiis.com.ua/?lang=ukr&cat=reports&id=952&page=1&t=7>).

Це могли б бути просто дані соціологічних досліджень, які відображають ефективність інформаційної кампанії з розповсюдження фейків, якби не інші дослідження. Так, вчені з Університету Делавера виявили, що людина, яка повірила в одну конспірологічну теорію, починає вірити і в інші. Цей стан можна порівняти із наркотичною залежністю ([https://www.huffpost.com/entry/psychology-why-people-believe-coronavirus-conspiracy-theories\\_1\\_5ec46c59c5b6956f4169cea4](https://www.huffpost.com/entry/psychology-why-people-believe-coronavirus-conspiracy-theories_1_5ec46c59c5b6956f4169cea4)).

Безперечно, звернення до альтернативної медицини, відмова від вакцинації та лікування, загрожує життю пацієнта, особливо якщо йдеться про профілактику інфекційних і лікування онкологічних та інших смертельно небезпечних хвороб. Відмова від лікування доказовими методами на користь віри в теорію змови фармацевтичних компаній – не рідкісне явище, що призводить до прогресування хвороб до невиліковних стадій. Хоча, звісно, об'єктивні дані говорять про зовсім інший обіг фінансів у цих сферах.

Наприклад, ринок вакцин США у 2019 році оцінювався у \$41,7 млрд і в 2024 році мав би сягнути \$58,4 мільярдів. При цьому, за прогнозами, обсяг ринку гомеопатії та альтернативної медицини становитиме у 2026 році \$199,2 млрд. А ринок лише фітомедицини у 2024 році оцінюють в \$117,02 млрд. (<https://www.marketsandmarkets.com/Market-Reports/vaccine-technologies-market-1155.html>; <https://www.globenewswire.com/news-release/2019/01/03/1680103/0/en/Complementary-and-Alternative-Medicine-Market-Size-Worth-USD-199-2-Billion-by-2026-Acumen-Research-and-Consulting.html>)

Виходячи з вищевикладеного, стає цілком зрозумілим, що проблематика дослідження та розвитку критичного мислення є безперечно актуальною, практично значущою та має стати однією з провідних тем у розробках психологів. Уточнення методів дослідження наявності критичного аспекту мислення, розробка способів розвитку критичного мислення населення світу й України зокрема, моніторинг ефективності розроблених методик – усе це завдання для подальшої роботи.

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА  
Лабораторія вікової психофізіології  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА  
Кафедра психології  
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
Кафедра акушерства та гінекології**

## **ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я**

**Матеріали  
V Всеукраїнської науково-практичної конференції**

**18 листопада 2020 року**

**[Текст]**

*Матеріали подані в авторській редакції. Відповідальність за грамотність,  
науковий та літературний зміст, достовірність фактів і посилань  
несуть їх автори*

**Головний редактор:**  
**Ольга Валеріївна Бацилєва**  
д-р психол. наук, професор

**Відповідальний за випуск:**  
**Ірина Володимирівна Пузь**  
канд. психол. наук, доцент

MEDICINE

PSYCHE

PSYCHE

PSYCHE

MEDICINE

PSYCHE

MEDICINE