1

ПВНЗ «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА Практичної психології та соціальних технологій

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 053 Психологія

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА Практична психологія

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

на тему:

Дослідження особливостей внутрішньої картини хвороби у осіб із хронічними захворюваннями

Магістрант (ка) _____ Сивець Ольга Василівна
(підпис студента)

Науковий керівник _____ Максимов М.В.
(підпис наукового керівника)
доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри практичної психології та соціальних технологій

Допущено до захисту "25" червня 2023 р.

Завідувач кафедри _____ Абрамян Н.Д.
(підпис)
завідувачка кафедри практичної психології та соціальних технологій, кандидат психологічних наук, доцент

Київ - 2023

2

ПВНЗ «ЄВРОПЕЙСЬКИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

КАФЕДРА Практичної психології та соціальних технологій

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 053 Психологія

ОСВІТНЬО-ПРОФЕСІЙНА ПРОГРАМА Практична психологія

ЗАВДАННЯ

на випускну кваліфікаційну магістерську роботу студентові (ці):

Сивець Ольги Василівни

1. Тема роботи Дослідження особливостей внутрішньої картини хвороби у осіб із хронічними захворюваннями

2. Затверджена наказом по університету від " 22 " 02 2022 р. № 20

3. Цільова установка на вихідні дані до роботи

Метою роботи є визначення закономірностей сприйняття власної хвороби у осіб із хронічними захворюваннями.
Об'єктом дослідження є психічний стан осіб із хронічними захворюваннями.
Предметом дослідження виступають внутрішня картина хвороби в осіб із хронічними захворюваннями.

4. Перелік графічного матеріалу (з точним визначенням обов'язкових креслень)

Кругові діаграми: Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за підсумками використання методики визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана; Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» (Тест «Велика П'ятірка); Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за шкалою «Прив'язаність» (Тест «Велика П'ятірка); Розподіл учасників осіб із хронічними захворюваннями за шкалою «Самоконтроль» (Тест «Велика П'ятірка); Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за шкалою «Нейротизм» (Тест «Велика П'ятірка); Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за шкалою «Відкритість новому досвіду» (Тест «Велика П'ятірка); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Зазвичай мені дуже нудно/Зазвичай я сповнений енергії); Результати

3

відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я не маю визначених цілей і намірів/Я маю визначені цілі й наміри); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя видається мені позбавленим сенсу/ Моє життя видається мені цілком усвідомленим та цілеспрямованим); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя склалося вдало/ Моє життя не склалося); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Коли я піду на пенсію, я займуся цікавими справами/ Коли я піду на пенсію, то нічого не робитиму); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя склалося саме так, як я мріяв/ Моє життя склалося не так, як я сподівався); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я не досягнув успіхів у своїх життєвих планах/Я здійснив переважну більшість того, що запланував); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя порожнє й нецікаве/Моє життя сповнене цікавими справами); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя було усвідомленим/Моє життя було неусвідомленим); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я б побудував своє життя інакше/Я б нічого не змінював у своєму житті); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я часто відчуваю тривогу/Навколишній світ зовсім не викликає в мене тривоги); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я дуже відповідальна людина/Я зовсім не відповідальна людина); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Людина може чинити вибір/Людина не може чинити вибір); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я можу назвати себе цілеспрямованою людиною/Я не можу назвати себе цілеспрямованою людиною); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я ще не знайшов себе в житті/Я вже знайшов своє призначення); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Мої життєві погляди ще не визначилися/Я маю цілком визначені життєві погляди); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я знайшов зацікавлення в житті/Я навряд чи можу знайти зацікавлення в житті); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я керую своїм життям/Моїм життям керують обставини); Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я отримую задоволення від своїх повсякденних справ/Я розчарований своїми повсякденними справами); Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за статтю; Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за віковими показниками; Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за родом занять; Розподіл учасників групи осіб із хронічними

4

захворюваннями за тривалістю обізнаності із хронічним виявом своєї хвороби; Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за впливом інформації про хронічне захворювання на спілкування з близькими; Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за належністю до статусу лікування; Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за ставленням до якості лікування; Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за довірою стосовно ефективності лікування; Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями стосовно наявності планів на майбутнє; Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями стосовно наявності дискримінації ;
Таблиці: Тематичний план занять із арт-терапії з особами з хронічними захворюваннями; Внутрішні суперечності психіки протагоніста М. (на матеріалі «Казки про власне життя»); Внутрішні суперечності психіки А.;

5. Консультанти по роботі, із зазначенням розділів, що їх стосуються:

Розділ	Науковий керівник	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання отримав
Розділ 1	Максимов М.В.		
Розділ 2	Максимов М.В.		
Розділ 3	Максимов М.В.		

6. Зміст випускної кваліфікаційної магістерської роботи (перелік питань)

Поняття емоційної картини світу в осіб із хронічними захворюваннями; Напрями формування коректного емоційного сприйняття власної хвороби у осіб із хронічними захворюваннями; Форми психологічної підтримки осіб із хронічними захворюваннями; Опис та обґрунтування методів емпіричного дослідження особливостей переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями; Аналіз результатів емпіричного дослідження; Умови проведення психологічної роботи з коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями; Структура та форми психологічної роботи з коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями

7. Календарний план виконання випускної кваліфікаційної магістерської роботи

№ з/п	Назва етапів випускної кваліфікаційної магістерської роботи	Термін виконання етапів випускної кваліфікаційної магістерської роботи	
		За планом	Фактично
1.	Обрання теми випускної кваліфікаційної магістерської	31.01.22 – 18.02.22	18.02.22

5

	роботи (ВКМР)		
2.	Опрацювання літератури та інших джерел для написання ВКМР	21.02.22 – 28.04.22	28.04.22
3.	Виконання 1 розділу ВКМР	02.05.22 – 02.09.22	02.09.22
4.	Виконання 2 розділу ВКМР	05.09.22 – 09.12.22	09.12.22
5.	Виконання 3 розділу ВКМР, висновки	01.02.23 – 12.05.23	12.05.23
6.	Передзахист ВКМР	31.05.23 – 02.06.23	02.06.23
7.	Проведення перевірки на плагіат ВКМР	31.05.23 – 02.06.23	02.06.23
8.	Відгук керівника, рецензія	02.06.23 – 06.06.23	06.06.23

8. Дата видачі завдання "31" 01 2022 р.

Керівник _____
(підпис)

Завдання прийняв до виконання _____
(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП 7
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ НАУКОВІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ ЕМОЦІЙНОГО СПРИЙНЯТТЯ У ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ 10
1.1. Поняття емоційної картини світу в осіб із хронічними захворюваннями 10
1.2. Напрями формування коректного емоційного сприйняття власної хвороби у осіб із хронічними захворюваннями 19
1.3. Форми психологічної підтримки осіб із хронічними захворюваннями... 28
Висновки до розділу 1 34
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ЕМОЦІЙ ОСОБАМИ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ 37
2.1. Опис та обґрунтування методів емпіричного дослідження особливостей переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями 37
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження 44
Висновки до розділу 2 76
3.1. Умови проведення психологічної роботи з коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями 78
3.2. Структура та форми психологічної роботи з коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями 85
Висновки до розділу 3 94
ВИСНОВКИ 96
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ 101

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Соціальну політику України не можна розглядати у відриві від глобальних змін і глобальних викликів, від яких залежить загальний суспільний прогрес і загальна безпека людини. Соціальні проблеми сучасної України пов’язані з погіршенням довкілля, збереженням значних ризиків бідності та соціального відторгнення, соціальних і військових конфліктів, поширення тероризму, поглиблення соціальної нерівності, духовного зубожіння нашого народу.

Значним негативним наслідком зазначених процесів і явищ українського соціуму стає поширення різних видів психологічних, психофізіологічних та поведінкових залежностей і хвороб серед населення, що наносять великі економічні та соціальні збитки країні. Однією з них є хронічні захворювання.

Проблема поширення хронічних захворювань серед населення України не втрачає своєї серйозності протягом усього часу незалежності нашої держави. Соціальні негаразди, низький рівень доходів, неможливість доступу до якісної медицини, дискримінація та стереотипи – ця та багато інших проблем є супровідними чинниками поширення хронічних захворювань.

Усвідомлення хронічності хвороби і змін, пов’язаних з подальшим життям, викликають депресію, відмову від боротьби і навіть виконання повсякденних справ. Після переживання цього етапу формується думка, за якої у свідомості людини встановлюється баланс між усвідомленням нового стану та можливостями майбутнього життя [12].

І тому ми обрали тему дослідження: «Дослідження особливостей внутрішньої картини хвороби у осіб із хронічними захворюваннями».

Об’єкт дослідження: психічний стан осіб із хронічними захворюваннями.

Предмет дослідження: внутрішня картина хвороби в осіб із хронічними захворюваннями.

Мета дослідження: визначення закономірностей сприйняття власної хвороби у осіб із хронічними захворюваннями.

Поставлена мета передбачає вирішення таких **завдань дослідження**:

1. Розглянути поняття емоційної картини світу в осіб із хронічними захворюваннями;

2. Виділити напрями формування коректного емоційного сприйняття власної хвороби у осіб із хронічними захворюваннями;

3. Класифікувати методи психологічної підтримки осіб із хронічними захворюваннями;

4. Здійснити опис та обґрунтування методів емпіричного дослідження особливостей переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями;

5. Проаналізувати результати емпіричного дослідження;

6. Сформулювати умови проведення психологічної роботи з коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями;

7. Визначити структуру та форми психологічної роботи з коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями.

Теоретична значущість дослідження: в ході проведених досліджень було розроблено та апробовано методику роботи з коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями.

Практичне значення дослідження полягає в можливості використання його результатів у подальших роботах, присвячених заявленій проблематиці.

Наукова новизна дослідження визначається тим фактом, що за його результатами було вперше у вітчизняній психології виокремлено закономірності емоційної картини світу в осіб із хронічними захворюваннями та запропоновано форми психологічної роботи з її покращення.

Методи дослідження. Для виконання вказаних завдань нами було використано комплекс методів: теоретичні: аналіз психологічної літератури, порівняння, аналіз та синтез, систематизація, порівняння і узагальнення

даних наукових джерел; емпіричні методи: спостереження, бесіда, анкетування, тестування, стандартизовані методики; кількісний і якісний аналіз даних із застосуванням математичної статистики.

У роботі використовувалися такі **методики**:

1. Копінг-тест Лазаруса;

2. П'ятифакторний особистісний опитувальник (Р. МакКрае, П. Коста);

3. «Як влаштований мій світ у хворобі» (за опитувальником Д. Леонтьєва);

4. Авторська анкета

Групу досліджуваних склали 30 учасників віком від 25 до 45 років, різної статі. Усі учасники дослідження на момент участі в ньому мали хронічні захворювання.

Структура дослідження зумовлена його метою та завданнями. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаної літератури.

РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ НАУКОВІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ ЕМОЦІЙНОГО СПРИЙНЯТТЯ У ОСІБ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

1.1. Поняття емоційної картини світу в осіб із хронічними захворюваннями

Суб’єктивне уявлення про власне здоров’я є комплексним поняттям. Воно включає внутрішню картину здоров’я з її складовими; емоційними переживаннями, зокрема такими, як можливість погіршення здоров’я або його втрата (починаючи з дошкільного віку, особливо – у підлітковому віці); способи підтримки та збереження здоров’я, котрі значною мірою визначають психосоматичний потенціал індивіда [12].

Внутрішня картина здоров’я не є вродженою, оскільки формується в процесі соціалізації та виховання ще в ранньому віці. Усвідомлене ставлення до здоров’я, як до джерела мотивації вчинків, спрямованих на його збереження та відновлення, сприяє побудові конгруентної/узгодженої/адекватної внутрішньої картини здоров’я, котра є компромісним шляхом прийняття хвороби як частини життя.

В основі стратегії поведінки самозбереження та самовідновлення також лежить здатність бачити хворобу, як частину здоров’я. Суб’єктивно-психологічну сторону будь-якого захворювання, що характеризується формуванням у хворого певних відчуттів, уявлень і знань про своє захворювання, прийнято називати внутрішньою картиною хвороби, котра є невід’ємною складовою внутрішньої картини здоров’я. Вони відповідають структурі власного тілесного образу (феномен тілесності) як у стані хвороби, так і в стані здоров’я [25].

Емоційна картина світу в людей із хронічними захворюваннями – це суб'єктивно-психологічна сторона будь якого захворювання, що характеризується формуванням у хворого певних відчуттів, уявлень і знань про своє захворювання [28].

Подальша реакція залежить від того, наскільки повно пройшла трансформація фаз первинної реакції у самого пацієнта, а також від зовнішніх чинників, серед яких ставлення суспільства, медичних працівників, родичів та друзів пацієнта [25].

Нормальні психологічні особистісні реакції хворого прийнято відрізняти від психопатологічних реакцій - наприклад, депресивних, фобічних, істеричних, іпохондричних і анозогностичних (в останньому випадку факт захворювання взагалі не визнається). Депресивні стани, що розвиваються на початку захворювання, частіше пов'язані з високою тривожністю, а в подальшому частіше зустрічається і астенодепресивний синдром. Істеричні реакції проявляються в емоційній нестійкості, театральності поведінки, афектах, гіпертрофічних скаргах.

Іпохондричні реакції зазвичай спостерігаються при хронічних, хоча і неважких захворюваннях. Їх появі сприяють тривожний і недовірливий характер хворого, висока чутливість, невпевненість, нестійкість і ригідність; при цьому тривалість реакції зазвичай не перевищує кількох днів або тижнів. Правда, іноді цей стан зберігається роками, переростаючи в іпохондричний розлад особистості. Фобічні реакції полягають у появі нав'язливих і безпідставних страхів.

У процесі психосоціальної адаптації пацієнта основоположну роль відіграє здатність динамічно перебудовувати систему стосунків, установок і життєвих цілей особистості.

Внутрішньо активна адаптація до хвороби відбувається в перші 2-3 роки, коли формується нова система психічної реальності людини з урахуванням її захворювання. Пацієнти часто змушені переглянути свій спосіб життя і ставлення до себе. Відбувається так звана «корекція очікувань і сподівань», яка в деяких випадках суттєво збіднює майбутнє особистості та не дозволяє розкрити внутрішній потенціал пацієнта [7].

Психологічний стрес внаслідок хронічної хвороби, який триває довго, у поєднанні з рештою проблем значно ускладнює життя пацієнтів, особливо

тих, які до появи хронічного захворювання мали психологічні, психічні або невротичні розлади. Взагалі проблема емоційного стресу – одна з найважливіших, яку вивчає сучасна медицина [13].

Більшість населення, особливо у великих містах, в яких за статистикою реєструють найвищу кількість хронічних захворювань, постійно піддається впливу психогенних факторів – соціальної нестабільності, зміни економічних та політичних процесів, погіршення стану навколишнього середовища тощо [21].

Крім вищезазначених факторів, актуальною для людей, що мають хронічні захворювання, є стигматизація суспільства, особливо виражена у деяких країнах, в тому числі і в Україні. Її поява спричинена багатьма факторами, серед яких основну роль відіграє низька обізнаність громадян у питаннях, пов’язаних із хронічними захворюваннями [22].

В результаті переживань з приводу реальних і уявних проблем – розголошення статусу, можливої втрати роботи, місця у соціумі, страхів, пов’язаних з можливістю ранньої смерті, а також за відсутності достатньої державної підтримки і медичного забезпечення виникає нагальна потреба у корекції психоемоційного стану пацієнта. Для цього лікареві необхідно володіти навичками психологічної діагностики і вивчати індивідуально-психологічні особливості пацієнта, що має хронічні захворювання [22].

Найчастіше у людей, що мають хронічні захворювання, діагностують іпохондрію, тривожні та депресивні розлади, реактивні психотичні стани, посттравматичні стресові розлади, шизофреноформний психоз. Ці варіанти функціональних психічних порушень можуть супроводжуватися панікою, анорексією, безсонням, почуттям безвиході.

Негативні емоції пацієнти нерідко спрямовують на лікарів і близьке оточення, друзів та колег, створюючи штучне дистанціювання хворого. Тривожні розлади можуть посилюватися необхідністю обговорювати інтимні сторони життя та включати ряд застережень і обмежень [22].

Постійне надмірне психологічне напруження призводить до формування у ЦНС вогнища застійного збудження і, як наслідок, гіперактивації нейровегетативних механізмів. Результатом стає розвиток порушень соматичних функцій [25].

Усвідомлення хронічності хвороби і змін, пов’язаних з подальшим життям, викликають депресію, відмову від боротьби і навіть виконання повсякденних справ. Після переживання цього етапу формується думка, за якої у свідомості людини встановлюється баланс між усвідомленням нового стану та можливостями майбутнього життя [26].

Ступінь розвитку когнітивних порушень до значної міри залежить від тривалості захворювання та ступеня його вияву, і з часом може призводити до інвалідизації хворого, проте найбільше вони впливають на пацієнта в період, коли збережена критичність до сприйняття свого стану. У багатьох випадках пацієнти приховують зміни свого психологічного стану, в тому числі депресивну симптоматику, тоді як при звичайному обстеженні також не виявляють маловиражених психічних порушеннь [13]. Однак це може впливати на якість результатів дослідження, найкращим варіантом для фіксації розвитку змін в емоційній та інтелектуальній сферах є застосування нейропсихологічних методик у динаміці [13].

Для підвищення ефективності лікувальних заходів необхідна система оцінювання виявлених психічних і психологічних змін, тому науковці намагаються ранжувати психічні порушення, що виникають на ранніх етапах життя із хронічними захворюваннями [27]. Нині завдяки врозвитку технологій хронічні хвороби не є настільки критичним явищем, проте стрес, до якого призводить їх виявлення, спонукає людину до значного переосмислення подальшого життя, в результаті чого формується нове сприйняття сенсу життя та свого місця у суспільстві [26].

Проведені дослідження показали, що існує різниця у сприйнятті змін у стані здоров’я у інтро- та екстравертів. Інтроверти, що мають хронічні захворювання, гірше справляються із стресовими ситуаціями, зазвичай мають

вищий ступінь психічних розладів і ригідні до терапевтичних заходів. Від адаптивних можливостей організму залежить як тип реакції, так і результат лікування та прогноз на подальше життя.

Таким чином, основою внутрішньої картини світу при виникненні хронічного захворювання є варіанти стресової реакції особистості на факт захворювання [28]. Однак природно, що чим більший вплив зовнішніх факторів, тим вищою є вірогідність розвитку відхилень, адже стрес є результатом невідповідності можливостей організму та вимог, які до нього висувають.

Гострота проблем, що відчуваються людьми, що мають хронічні захворювання, міжособистісних протиріч, порушення професійних і сімейних зв'язків впливають на індивідуально-психологічні особливості особистості [28], що проявляється в зміні соціального стилю поведінки, що проявляється в імпульсивності, підозрілості, дратівливості, занепокоєнні, підвищеній тривожності, непевності в собі. При цьому виявляється зниження ініціативи, сміливості у виборі власної лінії поведінки. У осіб, що мають хронічні заїворювання, відзначаються порушення й в емоційній сфері: емоційний дискомфорт, схильність до агресії (аутоагрессії), конфліктній поведінці.

Когнітивні оцінки небезпеки, як правило, є початковою ланкою у виникненні стану тривоги. Їхня переоцінка й стійкість у часі є показниками, що свідчать про низьку когнітивну оцінку стресової ситуації, що сприяє розвитку дистресу [28]. Більш високі показники ситуативної тривожності в групі людей, що мають хронічні захворювання, у порівнянні з особами, що таких захворювань не мають, можна пояснити зміненими відносинами, оскільки для багатьох осіб із хронічними захворюваннями сама ситуація нових соціальних відносин провокує тривожність.

Аналіз рівня особистісної тривожності свідчить про перевагу високої особистісної тривожності у представників осіб із хронічними захворюваннями [13]. Це пов'язане з тим, що люди із хронічними

захворюваннями реагують на більшість ситуацій станом тривоги, оскільки сприймають їх як загрозливі. У них формується недовіра до навколишніх, підозрілість, іноді ворожість. Часто ці люди вважають себе "невдахами", підбудовуються під негативні соціальні стереотипи. У той же час, тривожність може бути захисною реакцією особистості, нездатної до активного включення у суспільні відносини [25].

Перевага особистісної тривожності у пацієнтів із хронічними захворюваннями показує, що вони переживають стан тривоги більшої інтенсивності й значно частіше, а значить більш піддані впливу стресу.

Таким чином, у пацієнтів, котрі усвідомлюють хронічність свого захворювання, відзначаються соціально-психологічні особливості, такі як фрустрованість, нестійкість, імпульсивність, дратівливість, часом агресивність, занепокоєння, підвищена тривожність, непевність у собі, нестійкість емоційного реагування у важких життєвих ситуаціях.

Слід також відзначити низьку опірність осіб, що страждають хронічними захворюваннями, поєднану із високим стресовим навантаженням. Високе стресове навантаження в осіб із хронічними захворюваннями викликають ситуації, події й життєва обставини пов'язані з розлученням, розривом подружжя (партнерів) без оформлення розлучення, зміною в стані здоров'я членів родини, проблеми з родиною, зміна соціальної активності й стереотипів поведінки.

Для осіб із хронічними захворюваннями постає характерним низький рівень емоційної комфортності, адаптивності, самоприйняття й прийняття інших, що сприяє зниженню адаптаційних можливостей. Це говорить про перевагу внутрішнього контролю над зовнішнім і свідчить про те, що пацієнти беруть на себе відповідальність за свою поведінку й вчинки.

Таким чином, на зниження соціально-психологічної адаптації людей із хронічними захворюваннями впливають індивідуально-психологічні особливості, а саме: підвищення ситуативної й особистісної тривожності, низький самоконтроль, зниження стресостійкості, непевність у собі.

Масштаби розповсюдження хронічних захворювань, особливості й специфіка їх перебігу висувають зазначену проблему із прерогативи медиків у нову, соціально-психологічну площину.

Хронічне захворювання розглядається на сучасному етапі як складна кризова ситуація. Вона стосується когнітивних, емоційних і поведінкових сфер особистості. В умовах ламання життєвих стереотипів, відсутності глибоких особистісних контактів, різкого обмеження кола спілкування, соціальної ізоляції у осіб, що мають хронічні захворювання, стосовно ситуації фрустрації виявляється низька толерантність. Соціально-психологічні особливості осіб, що мають хронічні захворювання, відзначають їх соціальну пасивність, замкнутість, конфліктність, агресивність, необґрунтовані лідерські устремління, високий рівень ситуативної й особистісної тривожності, замкнутість, переживання недостатньої цінності власної особистості.

Вони частіше використовують відхід від проблем, що відображає схильність до уявних прагнень і поведінкових зусиль, спрямованих на уникнення або втечу від їхнього рішення. Це обумовлює високий рівень напруженості й збільшує ризик виникнення порушень психічної адаптації й соціалізації. Емоційне самопочуття осіб, що мають хронічні захворювання, що проявляється в емоційному дискомфорті, низькому ступені задоволеності відносинами з навколишніми, соціальним статусом, реалізацією основних потреб, самореалізацією, вимагає не менш серйозної уваги, ніж фізичне.

Біопсихосоціальна модель, що сформувалася у світовій і вітчизняній науці, доводить необхідність цілісного вивчення організму й особистості хворої людини у безперервній єдності його біологічних, психічних і соціальних компонентів [25]. Стосовно до цієї моделі у нашій країні вважається, що "якість життя – це інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного й соціального функціонування хворого, заснована на його суб'єктивному сприйнятті". Якщо говорити про реабілітацію хворих, зокрема, осіб із хронічними захворюваннями, яка являє

собою систему послідовних і спадкоємних медичних, соціальних і професійних заходів, спрямованих на відновлення порушеного хворобою динамічної рівноваги між організмом хворого й навколишнім середовищем, що визначає його оптимальну життєздатність у даних умовах, то вона без вивчення питань якості життя (які у вітчизняній науковій літературі розроблені недостатньо) буде неповноцінна.

Вважається, що здоров'я населення багато в чому визначається способом життя конкретної людини, тому ефективна діяльність з охорони й зміцнення здоров'я вимагає активної участі у ній самих громадян. Однак соціально-економічні реформи, що відбуваються в Україні, породили соціальну нестабільність, супроводжувану руйнуванням устояних норм і стереотипів, кризою системи цінностей, обумовленим суперечливістю переходу від соціоцентричної системи цінностей до персоноцентричної, збільшенням числа "ступенів свободи" для вибору себе й свого життя кожним конкретним індивідом.

З іншого боку, психічне здоров'я населення багато в чому визначає стан соціального здоров'я суспільства, суттєво впливає на його інтелектуальний потенціал, економічне благополуччя, культурну й моральну атмосферу. При цьому відзначається, що охорона здоров'я саме по собі вже не може усунути всі причини психічного нездоров'я, оскільки здоров'я індивіда є складним похідним від соціальних умов життя й роботи (у тому числі одержуваних доходів), набутої освіти, екологічної ситуації, генетичних факторів, можливості одержання якісного медичного забезпечення, індивідуальних особливостей й інтересів [25].

Психологічний захист – це система регуляторних механізмів у психіці, які спрямовані на усунення або зведення до мінімуму негативних, травмуючих особистість переживань, сполучених із внутрішніми або зовнішніми конфліктами, станами тривоги й дискомфорту. Ситуації, що вимагають психологічного захисту, характеризуються реальною або вигаданою загрозою цілісності особистості, її ідентичності й самооцінці [13].

Психологічний захист не можна однозначно розглядати як корисне або шкідливе явище. Дозволяючи зберегти стійкість особистості на тлі дестабілізуючих переживань і добитися більш-менш успішної адаптації, психологічний захист у той же час позбавляє людину можливості активно впливати на ситуацію й усунути джерело переживань. Альтернативою психологічному захисту в подібних ситуаціях може бути або реальне втручання в ситуацію й перетворення її, або самозміна, адаптація до ситуації за рахунок перетворення самої особистості. Корисний (адаптивний) ефект психологічного захисту більшою мірою проявляється, коли масштаб конфлікту, що загрожує цілісності особистості, відносно невеликий. При істотному конфлікті, що вимагає усунення його причин, психологічний захист відіграє скоріше негативну роль, затушовуючи й знижуючи його емоційну напруженість і значимість для особистості [30].

Вважається, що у цей час основним завданням лікаря, що здійснює лікування хворого, є не тільки медикаментозне лікування, але й допомога пацієнтові в оптимізації його якості життя. Тому важливість подібної комплексної оцінки осіб, що страждають на хронічні захворювання, визначається ще й тим, що підтримка вказаних пацієнтів на певному рівні, поряд з виживаністю, у цей час відображає як здатність хворого адаптуватися до проявів своєї хвороби, так і якість його медико-психологічного супроводження.

Виявлені соціально-психологічні зміни особистості осіб, що мають хронічні захворювання, що знижують стресостійкість, здатність до соціальної адаптації, дозволяють конкретизувати уявлення про особливості їх психічного реагування й поведінки й можуть бути використані для вибору методичних засобів при проведенні психокорекційної й психотерапевтичної роботи з особами, що мають хронічні захворювання із подолання життєвої кризи, підтримці працездатності, підвищенню якості їх життя, створення можливостей для самореалізація особистості.

1.2. Напрями формування коректного емоційного сприйняття власної хвороби у осіб із хронічними захворюваннями

У новітніх психологічних дослідженнях протягом тривалого часу є безсумнівним той факт, що зміна зовнішніх та внутрішніх характеристик, пов'язаних із ефективністю діяльності людини внаслідок переживання нею хронічної хвороби, залежить від індивідуальної форми реакції, зумовленої особистісними особливостями (первинним станом організму в цілому, суб'єктивною значущістю діяльності тощо).

Наразі є очевидним, що хронічне захворювання, будучи стресом для людини, створює умови для розвитку кризових станів. Проте, спираючись на доробок численних дослідників та методологічні принципи, закладені у вітчизняній психології стосовно проблеми співвідношення біологічних та соціальних чинників у процесі розвитку, вважатимемо, що сама хронічна хвороба є лише умовою, а не детермінантою кризових станів [13].

Згідно з методологією діяльнісного підходу, психічний розвиток є системно детермінованим процесом, у структурі якого біологічні властивості індивіда є необхідною умовою розвитку, а соціальна взаємодія в формі спільної діяльності – єдиним джерелом розвитку.

Справжнє пояснення свідомості закладене не в процесах, що «розіграються в голові індивіда під упливом подразнювачів», а в «суспільних умовах та способах тієї діяльності, що створює її необхідність» [10]. «Свідомість становить продукт тих особливих, тобто соціальних, відносин, до яких вступають люди і які лише реалізуються за допомогою їх мозку, органів почуттів та органів дії» [10].

Соціальний розвиток людини полягає в формуванні в неї соціальних форм поведінки. Провідним чинником розвитку постає активність в умовах актуалізованого протиріччя між зовнішніми вимогами та оцінкою власної здатності відповідати цим вимогам (безумовно, за наявності внутрішньої мотивації, спрямованої на зміни). Сутність культурного розвитку полягає в зіткненні розвинених, культурних форм поведінки, із якими стикається

дитина, з примітивними формами, які характеризують її власну поведінку [16].

Ситуація труднощів, із якими стикається людина через відсутність у неї адекватних форм поведінки, постає стимулом для виявлення нею активності. Таким чином, спосіб поведінки людини в кризовій ситуації пов’язаний як мінімімум із такими моментами:

- ступенем сприйняття зовнішніх вимог;
- ступенем мотивації стосовно відповідності зазначеним вимогам [14].

Незалежно від визначення змісту кризових ситуацій дослідники сходяться на тому, що є два основних варіанти виходу особистості з кризового стану [11]. Перший (конструктивний) пов'язаний зі збільшенням адаптаційних можливостей особистості, що набула в результаті активної взаємодії з кризою новий життєвий досвід, який зробив її дорослішою.

Наразі дослідження, у яких розглядаються особливості суб'єктів, що використовують цей варіант поведінки, дуже нечисленні. Як правило, наводяться характеристики, у яких вибір на користь цього варіанта поведінки постає неможливим.

Другий (деструктивний) варіант поведінки розвивається у разі, якщо вихід із кризи не знайдено, що затягує депресивний стан та підштовхує до уникнення ситуації. У сучасних дослідженнях найчастіше лише підкреслюється наявність даного варіанта поведінки особистості в кризовій ситуації, проте не робиться спроб класифікувати можливі її прояви.

Так, П. П. Горностай визнає існування «деструктивних стратегій подолання кризових станів особистості», загальною рисою яких виступає «фактичне небажання людини та нездатність працювати зі своєю проблемою» [8]. Проте систематизація проявів деструктивних стратегій поведінки, наведена автором, обмежується такими варіантами, як суїцид та алкоголізм.

Психологічний захист є суттєвим феноменом психічного життя людини, пов'язаним із процесами саморегуляції особистості та адаптації її до об'єктивної реальності [16]. Поняття «психологічний захист» широко

використовується в сучасній психологічній літературі, позначаючи один із найважливіших феноменів психічного життя людини.

Цей феномен відображає існування певної внутрішньоособистісної системи регуляції та стабілізації, функцією якої є захист сфери свідомості від негативних, травмівних для особистості переживань. Впливу зазначеної системи можуть зазнавати як окремі аспекти зовнішньої взаємодії людини із зовнішньою реальністю, так і специфічний зміст свідомості.

Попри те, що не існує очевидних доказів того, що в онтогенезі механізми захисту виникають послідовно, один за одним, у строго передбачуваному порядку, психоаналітики дійшли розуміння того, що деякі різновиди захисту є більш «примітивними» порівняно з іншими процесами. Загалом об'єктом копінгових стратегій, які розглядаються як первинні, чи незрілі, чи «примітивні», є межі між «Я» і зовнішнім світом. Вторинні, зріліші захисти чи захисти «високого» порядку, мають справу зі внутрішніми, інтрапсихічними межами.

Численні труднощі зовнішнього і внутрішнього плану, які виникають перед людиною протягом її існування, інспірують дію механізмів, спрямованих на подолання цих труднощів, що зумовлюють застосування копінг-стратегій і усвідомленої поведінки, яка відображає здатність особистості визначати проблему і знаходити альтернативні рішення, ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями, в яких людина відчуває пригніченість і прагне думати про можливі причини свого стану. Це безпосередньо впливає на збереження фізичного та психічного здоров'я.

Сучасні дослідження та психологічна практика показують, що наявність хронічних захворювань суттєво впливає на різні сторони, як фізичного, так і психічного здоров'я людини.

Стресори в житті людини, що має хронічні захворювання, можна умовно розділити за рівнем інтенсивності на дві групи: сильні критичні події і незначні/слабкі повсякденні події. У психології стресу раніше найпоширенішим був підхід, що робить акцент на впливі на людину саме

критичних подій у житті (таких, як серйозна хвороба, втрата роботи, смерть когось із близьких тощо).

Проте цей підхід має певні обмеження: по-перше, більшість емпіричних досліджень не виявила тісного зв'язку між такими подіями та психологічним функціонуванням, станом здоров'я людини; по-друге, такі події відбуваються не так часто і далеко не з усіма; і, по-третє, використовуючи лише шкалу життєвих стресових подій, ми втрачаємо розуміння ролі сприйняття цієї події людиною. У зв'язку з цим, протягом останніх десятиліть дослідники у сфері станів особистості з хронічними захворюваннями почали приділяти більше уваги ролі повсякденних стресорів у житті. Прикладами повсякденних стресорів є такі дратівливі ситуації, як нестача часу, втрата речей, перебування в автомобільному заторі, негода, фінансові та сімейні проблеми [51].

Як зазначає дослідниця І. В. Головнєва, існує два напрями взаємодії людини із хронічними захворюваннями із кризовими ситуаціями: конструктивна активність (coping) та психологічний захист (defence). Копінг в наведеному випадку є інтегральним психологічним процесом, викликаним зовнішніми або внутрішніми факторами. Він спрямований на вирішення повсякденної ситуації, що суб'єктивно сприймається людиною як складна або скрутна [7].

Важливою складовою реагування людиною із хронічними захворюваннями на кризовий стан із метою його щонайшвидшого та найбільш ефективного подолання є залучення можливостей копінг-стратегій. О. М. Чанцева-Коваленко, розглядаючи сутність поведінки людей із хронічними захворюваннями, формулює класифікацію копінг-стратегій, в якій виділяє такі види:

- емоційні (вирішення кризової ситуації за допомогою емоційних зусиль);

- когнітивні (вирішення кризової ситуації за допомогою когнітивних зусиль);

- поведінкові (вирішення кризової ситуації за допомогою регуляційно-вольових зусиль) [34].

Крім того, автор розглядає відмінності копінг-стратегій залежно від спрямованості: на інших (соціальна), себе (особистісна) та предмет активності (предметна), кожна з яких може бути як активною, так і пасивною та відображається у специфіці організації життєдіяльності людини в цілому, а також у специфіці вирішення труднощів, що виникають на її життєвому шляху.

На думку Р. Лазаруса, провідними завданнями копінг-стратегій у подібних ситуаціях постають такі:

- пристосування, терпіння, регулювання життєвих ситуацій;
- мінімізація негативних впливів обставин та підвищення можливостей відновлення;
- підтримка взаємодії з оточуючими, збереження соціальних контактів;
- підтримка позитивного «образу Я» і впевненості у своїх силах;
- підтримка емоційної рівноваги [49].

Ефективність застосування копінг-стратегій за умов переживання кризового стану особистості залежить лише від перелічених завдань. При цьому на успішність подолання і подолання важкої життєвої ситуації впливають критерії, що відображають психічний добробут особистості:

- відновлення достресової активності;
- запобігання дистресу (усунення психічного виснаження);
- усунення фізіологічного та психологічного напруження [49].

З точки зору О. Т. Шевченко, оцінка успішності процесу вирішення кризових ситуацій особистості та ефективності використовуваних копінг-стратегій характеризується такими категоріями, як «отриманий ефект» або «кінцевий результат». Успішність вирішення складних ситуацій та їх оцінка залежить від суб'єктивної думки про достатність чи недостатність; кінцевий результат взаємодії людини із кризовою ситуацією; а також

задоволеність результатом докладання зусиль для вирішення цієї ситуації [35].

Позитивним результатом застосування копінг-стратегій є зниження рівня невротизації, що виражається у вигляді тривожності, депресії, зростання вразливості до кризових станів і дратівливості. А. А. Бефані відзначає короткочасні та довготривалі ефекти – наслідки подолання кризового моменту [1].

У цьому сенсі копінг-поведінка є центральним поняттям у визначенні сенсу і цінності процесу адаптації, що особливо важливо в сучасному світі, який швидко змінюється. При цьому ефективність процесу подолання оцінюється на основі задоволеності людини життям, собою та взаємовідносинами з іншими.

Крім того, на думку А.А. Бефані, найбільш актуальною моделлю реагування людини на кризову ситуацію має виступати «tend-and-be-friend» - «турбота і підтримка, співпраця». Сутність цієї системи подолання життєвих труднощів полягає в тому, що люди схильні реагувати на кризову ситуацію, з одного боку, у вигляді захисту себе та своїх близьких із допомогою виховної поведінки [1].

З іншого боку, люди зазвичай схильні реагувати на кризову ситуацію за допомогою об'єднання в невеликі групи з іншими людьми, посилення соціальних контактів, тяжіння до приєднання. При цьому А.А. Бефані відсуває на другий план тривалий тип реагування на кризовий стан особистості «fight-or-flight» («борись-або-біжи»), що полягає в тенденції активно реагувати на складні ситуації з метою усунення джерела напруги, а при неможливості боротьби – з метою суб'єктивного видалення стресора шляхом уникнення проблеми [1]. У зв'язку з цим варто зазначити, що соціальна роль і статус жертви кризової ситуації детермінує вибір тієї чи іншої копінг-стратегії і постає як особистісний конструкт людини, який полягає в соціальних експектаціях стосовно реагування на кризові ситуації відповідно до прийнятих норм.

Кризовими для особистості з хронічними захворюваннями переважно є ситуації, які характеризується динамікою сприйняття важких життєвих рішень. Розглядаючи захисну поведінку, П. П. Горностай зазначає, що це «цілеспрямована соціальна поведінка, що дозволяє суб'єкту впоратися із важкою життєвою ситуацією завдяки адекватним особистісним особливостям або ситуативними засобами через усвідомлені стратегії дій» [8].

В кожному окремому випадку кризового чи психотравмівного характеру кожна людина знаходить для себе оптимальну модель поведінки, яка в науковій літературі розглядається як копінг-стратегія, що виконує функцію мінімізації негативних впливів обставин та підвищення можливостей психічного та фізичного відновлення; пристосування чи регулювання, перетворення життєвих ситуацій; підтримки позитивного, позитивного «образу Я», впевненості у власних силах; підтримки емоційної рівноваги; збереження досить тісних взаємозв'язків із іншими людьми.

У практичному використанні з метою подолання наслідків кризових ситуацій виділяють такі основні копінг-стратегії:

- вирішення проблем. За своїм характером ця стратегія є активною поведінковою. За умови її застосування жертва кризового впливу намагається використовувати всі особисті ресурси, які вона має, для пошуку можливих способів ефективного вирішення проблеми.

Наголошується, що ця копінг-стратегія, яка використовується з метою вирішення кризових та проблемних ситуацій, вважається пріоритетною серед людей, що переживають наслідки кризових станів особистості. У череді базисних копінг-стратегій, що використовуються для вирішення проблемних та емоційно-кризових ситуацій, стратегія «вирішення проблем» має найвищу ефективність;

- пошук соціальної підтримки. Ця стратегія характеризується активним залученням соціальних зв'язків (родичі, друзі, значні сторонні люди, соціальні інститути тощо). У процесі реалізації цієї копінг-стратегії

встановлюються нові соціальні контакти або змінюється якість старих, формується інше бачення проблеми та оцінка своєї позиції у її подоланні.

Копінг-стратегія пошуку соціальної підтримки дозволяє за допомогою актуальних когнітивних, емоційних та поведінкових відповідей успішно впоратися з кризовою ситуацією. Для людини у ситуації кризи є суттєво важливою емоційний (розуміння, емпатія, присутність чи слухання, турбота та розуміння з боку близьких) та інструментальний (соціально-побутова та матеріальна допомога, заходи щодо відновлення психоемоційного стану) різновиди соціальної підтримки. Люди в молодому віці схильні до можливості обговорення своїх думок і переживань, у літньому – до довірчих відносин з близькими [9].

Також варто відзначити, що поведінка жертв кризових станів особистості, яка характеризує цю стратегію, спрямована на встановлення дружніх, довірчих відносин у їхньому соціальному оточенні. Вони вважають за краще розповідати про свої проблеми значущим для них особам, обговорюючи з ними способи вирішення кризових ситуацій, просять у них допомоги або порад щодо виправлення помилок та подолання труднощів, що виникли.

Безумовно, звернення жертв кризового стану особистості за соціальною підтримкою збагачує їхній досвід вирішення проблемних та емоційно-кризових ситуацій. Пошук та отримання людиною соціальної підтримки в період переживання кризових явищ стають досить важливою самостійною копінг-стратегією, яка за своїм змістом наближається до проблемно-орієнтованого стилю психологічного подолання чи захисту [22];

- уникнення проблем. Ця копінг-стратегія постає як спосіб досягнення соціально-рольової компетентності, отримання нових комунікативних навичок, навчання прийомів подолання кризового стану особистості та вирішення соціальних проблем. В зазначеному випадку жертва кризового стану особистості може прагнути уникнути контактів з оточуючими, уникнути вирішення проблем.

Копінг-стратегія уникнення – одна з провідних поведінкових копінг-стратегій при формуванні дезадаптивної, псевдоефективної поведінки. Використання цієї стратегії зумовлюється недостатністю розвитку особистісно-середовищних копінг-ресурсів та навичок активного вирішення проблем. У рамках цього напряму можна говорити про звернення до будь-якої діяльності, альтруїзм щодо інших людей, активне уникнення конструктивної активності, що полягає в задоволенні виключно власних потреб, перебування у спокої, компенсацію, що виражається у вигляді виконання будь-яких бажань.

Активне використання індивідом копінг-стратегії уникнення можна розглядати як переважання у поведінці мотивації уникнення невдачі над мотивацією досягнення успіху, а також як «сигнал про можливі внутрішньоособистісні конфлікти» [15];

- контроль за ситуацією. Наявність базисної копінг-стратегії «контроль над ситуацією» у структурі захисної поведінки свідчить про їхню активну позицію у подоланні кризових ситуацій. У складних ситуаціях поведінка людей із хронічними захворюваннями, що переживають кризові стани, насамперед орієнтована на вирішення наявних проблем.

На основі вищесказаного, можна відзначити, що копінг-стратегії, які застосовуються під час переживання кризових станів особистістю, що має хронічні захворювання, на відміну від механізмів захисту, виступають як конструктивний тип поведінки. Це зумовлено активною взаємодією із близькими людьми з метою подолання важкої життєвої ситуації.

Насамперед, це постає необхідним для усунення різних страхів та розчарувань. Найголовнішим у цьому відношенні має бути співвіднесення власних рефлексій із уявленнями та знаннями про себе, про свою особистість із новою соціальною роллю, із виконанням нових соціальних функцій (взаємодія з іншими людьми; забезпечення емоційного благополуччя; розвиток прихильності та базових структур ставлення до світу, спілкування, основних особистісних якостей та самої структури діяльності).

Таким чином, копінг-стратегії як реакція людини на переживання хронічного захворювання характеризуються оптимальною моделлю поведінки, яка виконує функцію мінімізації негативних впливів обставин та підвищення можливостей психічного та фізичного відновлення; пристосування. Для цього необхідно вибудовувати власну мережу соціальних контактів, яка здатна компенсувати вплив негативних факторів, служити засобом послаблення повсякденного стресу і сприяти зростанню задоволеності собою чи регулювання, перетворення життєвих ситуацій; підтримки позитивного «образу Я», впевненості у своїх силах; підтримки емоційної рівноваги та збереження досить тісних взаємозв'язків з іншими людьми.

1.3. Форми психологічної підтримки осіб із хронічними захворюваннями

Досить поширеною і популярною формою роботи психологів з надання психологічної підтримки людям з хронічними захворюваннями є тренінги. Проведення занять в ігровій формі та можливість «зіграти» будь-яку роль робить цю технологію незамінною при роботі з людьми будь-якого віку.

Чим більше часу буде витрачено на підготовку тренінгу, тим ефективнішим буде процес навчання, тим змістовнішою та кориснішою буде інформація, яка буде надана учасникам. До заняття доцільно готуватися в три послідовних етапи - визначити зміст роботи, підготувати загальний план проведення заняття, детально розробити процес проведення заняття за його структурою (передбачити, які дії, вправи, рухи) буде виконано у відповідній частині уроку). Перший етап підготовки – розробка змісту тренінгу. Тренер допоможе розробити сім важливих питань, щоб отримати чітке уявлення про зміст майбутнього тренінгу, який ми можемо спочатку записати в чернетках. Перш за все, має бути записана мета тренінгу, тобто те, чого тренер хоче досягти в результаті всієї роботи, враховуючи потреби учасників [11].

Подруге, слід уявити попередній досвід і рівень знань учасників тренінгу. Це дозволяє не тільки передавати нову інформацію учасникам, але й передбачити можливе зіткнення поглядів, що створює відповідну напругу, яка служить розвитку групової динаміки.

По-третє, мають бути чітко визначені очікувані результати тренінгу, тобто те, чого учасники повинні досягти або навчитися під час роботи. Тренер коротко зазначає, що зміниться для учасників після тренінгу, і збирає їхні записи, щоб зрозуміти потенціал змін.

По-четверте, необхідно визначити зміст тренінгу, який викладається в кожній темі під час тренінгів, тобто те, чого повинні навчитися учасники під час тренінгу. Викладач повинен засвоїти ці матеріали в повному обсязі, але при плануванні конкретного курсу навчання проблематично підібрати змістовні матеріали. Адже їх обсяг досить значний, а обмеженість часу навчання зазвичай унеможливлює надання всієї відомої інформації. Тому, конспектуючи зміст певного тренінгу, тренеру доцільно дотримуватися гарного правила: запитати себе, що учасникам тренінгу конче необхідно знати з цієї теми; які були б корисними, але не абсолютно необхідними; що б хотіли знати учасники, якби було достатньо часу. Розподіляючи зміст книг у кожній темі на три блоки за цим принципом, тренер розробляє змістовні матеріали для кожного тренінгу та використовує їх залежно від часових обмежень, які виникають на практиці.

По-п'яте, ви повинні точно знати тривалість навчання (півдня, два дні, тиждень тощо). Знання доступного часу допомагає визначити пріоритетність матеріалів змісту навчання, певною мірою визначає методи навчання (різні методи вимагають різного часу), дозволяє розумно планувати навчання, надаючи достатньо часу для розумових і рухових вправ, змісту навчання, обговорення роботи, запитання учасників тощо. [6].

Шосте, що тренер повинен зафіксувати, готуючись до роботи, це методи, які використовуються під час навчання. Які навчальні методи, прийоми і технологію вибере викладач для їх застосування, залежить від

часових обмежень у кожному конкретному випадку, змісту матеріалів, рівня підготовки та характеру стосунків між аудиторією, технічних умов і оснащення приміщень, наявність та якість наочних матеріалів – загалом враховується та ефективно використовується багато факторів, знань та навичок, що є невід'ємною частиною майстерності тренера.

Нарешті, викладач повинен детально ознайомитися з майбутнім місцем тренування: він повинен передбачити, як можна змінити розташування столів і стільців; де можуть працювати малі групи; де можна організувати короткі перерви, наприклад «кава-брейки»; визначає розташування точок живлення обладнання, потребу в електричних подовжувачах; рівень шуму приміщення, можливість контролю температури та чистоти повітря тощо. - зазвичай для вирішення багатьох техніко-економічних питань, від яких суттєво залежить успішність навчання [14].

Другий етап підготовки – розробка плану уроку. План уроку – це документ, який містить інформацію, вказівки та допоміжний матеріал, необхідний тренеру для проведення тренінгу, який дає змогу провести урок розумно та організовано. Дотримуючись плану, тренер гарантує собі можливість повністю викласти відповідний матеріал у логічній послідовності.

Щоб написати свої навчальні запитання та відповіді на карті, вам потрібно підготувати кольорові маркери та великий аркуш паперу 4, достатнього розміру для запису ідей, які виникають у процесі планування. Посередині сторінки пишемо назву, цілі та завдання тренінгу. Різними кольорами позначені основні напрями роботи, характеристики групи, методи, прийоми, ресурси, сильні і слабкі сторони виконавця, можливі труднощі, що заважають продуктивній роботі, і кроки для їх подолання. Колір, розмір написів, розмір ліній вказують на важливість зазначених питань, стрілками — зв'язки між ними.

Планування навчання – творчий процес, який займає багато часу. Але це надзвичайно корисна робота – під час її виконання виникають незрозумілі

запитання, додаються нові, відкриваються невідомі раніше перспективи підвищення ефективності навчання.

Незалежно від обраної форми план навчання повинен містити певну обов'язкову інформацію. Текст плану складається зі вступу, який повинен містити:

• організація процедури знайомства учасників;

• економічні питання (розміщення коротких перерв, забезпечення гігієнічних потреб учасників, порядок користування мобільними телефонами під час занять тощо);

• загальний огляд навчання; загальний огляд першого уроку. Крім того, у тексті відображено зміст уроку та використані методи, зокрема:

• детальний опис теми;

• час, відведений на оцінювання кожної теми;

• зауваження щодо використання технічних засобів;

• коментарі щодо використання різних методів навчання; коментарі для викладача щодо певних дій (роздача матеріалів, виконання певної вправи тощо) [5].

У тексті плану також показано процес підбиття підсумків навчання, процедури та вправи, які необхідно виконати наприкінці роботи. До плану додаються додатки, що містять усі необхідні додаткові навчальні матеріали.

Відповідні частини щоденних тренінгів містять певні компоненти/вправи, яким під час тренінгу надається статус ритуалів: вступ, правила, вступ, очікування, інформаційні включення, рухи, оцінка-аналіз, прощання.

Вступна частина тренінгу. Для нього найбільш характерними компонентами є власне вступ, правила, знайомство та очікування. Квиток включає:

• презентація тренерської команди;

• коротка інформація про організаторів навчання;

• оголошення теми тренінгу;

• ознайомлення учасників з методичними та організаційними особливостями тренінгу.

Згідно з правилами групової роботи:

• основні правила пропонує тренер;

• правила повинні бути написані на великому аркуші паперу і розміщені на добре видному місці;

• після написання окремих правил (або разом) важливо, щоб усі учасники погодилися з ними (для цього тренер використовує відповідні формулювання, наприклад: «Правило прийнято? Прийнято! Дякую»).

• у разі порушення правила ведучі або учасники групи нагадують порушнику, посилаючись на список.

У цьому випадку доцільно ще раз підкреслити важливість дотримання цього правила; правила приймаються щоденно, на початку роботи, при цьому форма викладу правил може постійно змінюватися (запис на папері; зображення за допомогою малюнка, значка; сценка-пантоміма, виконана індивідуально, парами чи групами учасниками тощо).

Знайомство - це процес, під час якого учасники знайомляться і придивляються один до одного. Спікер спочатку вітає групу. Зробити це можна в такій формі: «Вітаємо. Мене звати... Радий вас бачити. Рекомендую починати роботу зі знайомого. Візьміть аркуш паперу і напишіть на ньому своє ім'я, як би ви хотіли, щоб до вас сьогодні зверталися» [13].

Очікування. Для того, щоб тренінг був успішним, важливо знати, навіщо люди прийшли на тренінг і які знання вони вже мають про предмет тренінгу. Висловлення учасниками своїх очікувань від тренінгу допомагає правильно керувати роботою групи. Тому перед початком роботи тренер і група повинні домовитися про бажаний результат спільної роботи. Очікування, сформульовані на початку першого дня групової роботи, передусім стосуються загальної спрямованості тренінгу та переваг, які надаються окремим учасникам; на початку наступних робочих днів вони

стосуються визначення конкретних кроків, необхідних для досягнення поставленої мети.

Основна частина тренінгу зазвичай складається з трьох послідовних блоків (підчастин), спрямованих на визначення проблеми, яка є предметом тренінгу; пошук рішень; формування необхідних для цього практичних навичок. Зокрема:

а) блок визначення та актуалізації проблеми спрямований на те, щоб якомога чіткіше прояснити проблему, яку має вирішити група, та її важливість для окремих учасників. Це також допомагає учасникам ознайомитися з поняттями та поняттями теми заняття, допомагає виявити причини актуальності обраної теми тренінгу та наслідки введеного тренінгу для кожного учасника групи;

б) пошук методів розв’язання проблеми та надання необхідної інформації блок містить практики/методи розробки конкретних планів дій для вирішення завдань, необхідних для розв’язання навчальної проблеми; заохочення індивідуального пошуку кожним учасником власних шляхів вирішення проблеми; інформування учасників про проблему (для чого використовуються відповідні інформаційні включення);

в) блок формування практичних навичок особливо важливий, якщо така робота також включена в навчальне завдання (вироблення нових практичних навичок певних дій або зміна актуальних старих стереотипів).

Рухавки - вправи, які забезпечують відповідний рівень рухової (фізичної) активності учасників тренінгу - часто застосовуються після закінчення перерви, щоб усі учасники швидше увійшли в процес навчання (зазвичай для повного засвоєння потрібно близько п'яти хвилин)). Тренер зазвичай намагається заповнити перші хвилини після перерви розминкою (пересуваннями). Також його доцільно використовувати для переривання окремих частин тренінгу, щоб переключити увагу учасників і знизити напругу в групі. «Тренерське портфоліо» має містити різноманітні рухи, ефективність яких неодноразово перевірена на практиці.

Остання частина. Щоденні тренування завершуються спеціальними вправами, які є частиною ритуалу прощання («тренувальне портфоліо» містить подібні вправи). Прощанню передує оцінювання та розбір уроку. Мета такого оцінювання – перевірити ефективність тренінгу, перш за все, визначити, чи були отримані уроки корисними для учасників, чи допомогли вони змінити їхні погляди чи поведінку. Оцінювання сприяє самоаналізу учасників процесу, спонукає до народження нових ідей, допомагає зрозуміти, наскільки учасники досягли поставленої мети, допомагає скоригувати плани на наступні заняття. Найзручнішим способом оцінювання є анкетування учасників тренінгу.

Висновки до розділу 1

Масштаби розповсюдження хронічних захворювань, особливості й специфіка їх перебігу висувають зазначену проблему із прерогативи медиків у нову, соціально-психологічну площину.

Хронічне захворювання розглядається на сучасному етапі як складна кризова ситуація. Вона стосується когнітивних, емоційних і поведінкових сфер особистості. В умовах ламання життєвих стереотипів, відсутності глибоких особистісних контактів, різкого обмеження кола спілкування, соціальної ізоляції у осіб, що мають хронічні захворювання, стосовно ситуації фрустрації виявляється низька толерантність. Соціально-психологічні особливості осіб, що мають хронічні захворювання, відзначають їх соціальну пасивність, замкнутість, конфліктність, агресивність, необґрунтовані лідерські устремління, високий рівень ситуативної й особистісної тривожності, замкнутість, переживання недостатньої цінності власної особистості.

Нормальні психологічні особистісні реакції хворого прийнято відрізняти від психопатологічних реакцій - наприклад, депресивних, фобічних, істеричних, іпохондричних і анозогностичних (в останньому випадку факт захворювання взагалі не визнається). Депресивні стани, що

розвиваються на початку захворювання, частіше пов'язані з високою тривожністю, а в подальшому частіше зустрічається і астенодепресивний синдром. Істеричні реакції проявляються в емоційній нестійкості, театральності поведінки, афектах, гіпертрофічних скаргах.

Іпохондричні реакції зазвичай спостерігаються при хронічних, хоча і неважких захворюваннях. Їх появі сприяють тривожний і недовірливий характер хворого, висока чутливість, невпевненість, нестійкість і ригідність; при цьому тривалість реакції зазвичай не перевищує кількох днів або тижнів. Правда, іноді цей стан зберігається роками, переростаючи в іпохондричний розлад особистості. Фобічні реакції полягають у появі нав'язливих і безпідставних страхів.

У процесі психосоціальної адаптації пацієнта основоположну роль відіграє здатність динамічно перебудовувати систему стосунків, установок і життєвих цілей особистості.

Виявлені соціально-психологічні зміни особистості осіб, що мають хронічні захворювання, що знижують стресостійкість, здатність до соціальної адаптації, дозволяють конкретизувати уявлення про особливості їх психічного реагування й поведінки й можуть бути використані для вибору методичних засобів при проведенні психокорекційної й психотерапевтичної роботи з особами, що мають хронічні захворювання із подолання життєвої кризи, підтримці працездатності, підвищенню якості їх життя, створення можливостей для самореалізація особистості.

Копінг-стратегії як реакція людини на переживання хронічного захворювання характеризуються оптимальною моделлю поведінки, яка виконує функцію мінімізації негативних впливів обставин та підвищення можливостей психічного та фізичного відновлення; пристосування. Для цього необхідно вибудовувати власну мережу соціальних контактів, яка здатна компенсувати вплив негативних факторів, служити засобом послаблення повсякденного стресу і сприяти зростанню задоволеності собою чи регулювання, перетворення життєвих ситуацій; підтримки позитивного

«образу Я», впевненості у своїх силах; підтримки емоційної рівноваги та збереження досить тісних взаємозв'язків з іншими людьми.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПЕРЕЖИВАННЯ ЕМОЦІЙ ОСОБАМИ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

2.1. Опис та обґрунтування методів емпіричного дослідження особливостей переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями

Для правильного визначення напрямків та форм роботи з вивчення особливостей переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями було необхідно спочатку визначити поточний рівень за названим показником. З цією метою було проведене емпіричне дослідження особливостей переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями.

Для проведення емпіричного дослідження нами були відібрані методики, які, на наш погляд, здатні максимально об'єктивно відтворити картину світобачення осіб, що мають хронічні захворювання.

Для дослідження психологічних чинників переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями доцільно застосувати метод опитування, а конкретно – анкетування. Метод анкетування найчастіше використовують у випадках, коли необхідно опитати в стислі строки велику кількість розселених на великій території людей (від сотень до декількох тисяч) або забезпечити анонімність опитування. Зазвичай анкетування здійснюється за допомогою анкети – спеціально оформленого переліку питань, звернених до певної категорії респондентів, заповнення якої здійснюється респондентом самостійно, без участі дослідника» [25].

Метод анкетування найчастіше використовують у випадках, коли необхідно опитати в стислі строки велику кількість розселених на великій території людей (від сотень до декількох тисяч) або забезпечити анонімність опитування. Зазвичай анкетування здійснюється за допомогою анкети – спеціально оформленого переліку питань, звернених до певної категорії

респондентів, заповнення якої здійснюється респондентом самостійно, без участі дослідника

Метод анкетування має такі очевидні переваги. По-перше, він дозволяє максимально успішно формалізувати та регламентувати процедуру «питання-відповідь». Використання методу анкетування сприяє охопленню великої кількості респондентів за обмежений час, що забезпечує репрезентативність результатів. Завдяки анкетуванню можна чітко визначати позиції дослідника та респондента, зберегти анонімність. Відповіді фіксуються самим респондентом, який так само має змогу ознайомитися одразу з усією сукупністю питань, а також давати на них відповіді у вільній послідовності. Вплив особистості дослідника на опитуваного є мінімальним.

Серед недоліків використання методу анкетування необхідно вказати, зокрема, мінімізацію безпосереднього спілкування респондента із дослідником, можливість спотворення результатів дослідження через нещирість респондента, і, відтак, зниження надійності та достовірності отриманої інформації, оскільки від правдивої відповіді досить легко ухилитися.

Опитувальники можна визначити як «методики, завдання яких подані у вигляді питань (тверджень)» [35]. Особистісні опитувальники (стандартизовані самозвіти) – це сукупність методичних засобів, що використовуються для вимірювання окремих властивостей і проявів особистості. Вони складаються з набору пунктів (питань або тверджень), на які досліджуваний має відповідати (виносити судження, погоджуватись / не погоджуватись тощо) згідно запропонованої інструкції.

У роботі використовувалися такі **методики**:

1. Копінг-тест Лазаруса;

2. П’ятифакторний особистісний опитувальник (Р. МакКрае, П. Коста);

3. «Як влаштований мій світ у хворобі» (за опитувальником Д. Леонтьєва);

4. Авторська анкета

1. Методика визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса, С. Фолкмана базується на твердженні, що копінг-стратегії свідомо обираються особистістю та спрямовані на зміну сприйняття та власне, за можливістю, на зміну самої стресогенної ситуації. Опишемо зміст цих копінг-стратегій.

1) Копінг-стратегія конфронтації передбачає емоційно-потужний, поведінково-активний опір особистості стресогенній ситуації. Поведінковими проявами особистості за умови активності копінг-стратегії конфронтації є ворожість, імпульсивність, енергійність, зухвалість, виникнення важкості в плануванні власних дій.

2) Копінг-стратегія дистанціювання характеризується зниженням негативних переживань та емоційної залученості особистості до сприйняття та аналізу деталей стресогенної ситуації. Для даної копінг-стратегії характерними є раціоналізація, почуття гумору та відсторонення особистості від стресогенної ситуації. Зауважимо, що раціоналізацію і відсторонення можна трактувати і як механізми психологічного захисту.

3) Копінг-стратегія самоконтролю характеризується контролем власної поведінки, прагненням до самовладання, стриманістю емоцій та мінімізацією їх впливу на оцінку особистістю стресогенної ситуації. Характерною рисою самоконтролю є прагнення особистості приховати від інших людей власні переживання, що свідчить про високу вимогливість до власної поведінки.

4) Копінг-стратегія соціальної підтримки характеризується пошуком особистістю соціальних ресурсів та емоційної підтримки з метою розв’язання стресогенної ситуації. Характерною рисою цієї копінг-стратегії є орієнтованість особистості на взаємодію з іншими та очікування при цьому нею уваги, підтримки та співчуття від оточуючих.

5) Копінг-стратегія прийняття відповідальності характеризується визнанням особою власної значущості у виникненні стресогенної ситуації; вона виражає прагнення особистості до розуміння взаємозв’язку між власними діями та їх наслідками, готовністю аналізувати власну поведінку в

умовах стресогенної ситуації. Характерною рисою даної копінг-стратегії є самокритичність особистості та переживання нею почуття провини.

6) Копінг-стратегія уникнення характеризується запереченням та ігноруванням особою стресогенної ситуації, фантазуванням, пасивністю, роздратованістю. Характерною рисою зазначеної копінг-стратегії є використання людиною алкогольних напоїв або переїдання з метою зниження емоційного напруження.

7) Копінг-стратегія планування розв’язання проблем характеризується цілеспрямованим аналізом особистістю стресогенної ситуації та плануванням можливих варіантів її поведінки, врахуванням нею об’єктивних умов розв’язання, досвіду власного долання проблем та наявності ресурсів, які б допомогли в розв’язанні проблеми.

8) Копінг-стратегія позитивної переоцінки характеризується доланням особою негативних переживань. Характерними ознаками даної копінгстратегії є філософське осмислення людиною стресогенної ситуації та її аналіз з метою прийняття одного зі шляхів власного особистісного саморозвитку.

2. П’ятифакторний особистісний опитувальник або тест «Велика П’ятірка» («Big five»), розроблений американськими психологами Р. МакКрае і П. Коста в 1983-1985 рр. У подальшому опитувальник удосконалювався і в остаточному вигляді в 1992 р. представлений тестом NEO PI (абревіатура. Від англійського словосполучення: «Нейротизм, екстраверсія, відкритість – особистісний опитувальник»).

На думку Р. МакКрае і П. Коста, виділених на основі факторного аналізу п'яти незалежних змінних (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співпраця, сумлінність) цілком достатньо для адекватного опису психологічного портрета особистості. На сьогодні тест-опитувальник «Велика п'ятірка» набув великої популярності і практичного значення.

П'ятифакторний тест-опитувальник являє собою набір з 75 парних, протилежних за своїм значенням, зіставлених висловлювань, що

характеризують поведінку людини. Зіставлений матеріал має п’ятирівневу 75 оціночну шкалу Р. Лайкерта (-2; -1; 0; 1; 2), за допомогою якої можна вимірювати ступінь вираженості кожного з п'яти факторів (екстраверсія – інтроверсія; прихильність – відособленість; самоконтроль – імпульсивність; емоційна нестійкість – емоційна стійкість; експресивність – практичність).

3. У ході опитування за методикою «Як влаштований мій світ у хворобі» застосовувався опитувальник Д. О. Леонтьєва. Цей опитувальник складається із 40 тверджень, розбитих на 20 опозицій.

Опитувальник «Смисложиттєві орієнтації» Д. О. Леонтьєва дозволяє виявити джерело сенсу життя, що може бути віднайдене людиною або в майбутньому (мета), або в теперішньому (процес), або в минулому (результат), або в усіх трьох складових життя.

Опитувальник смисложиттєвих орієнтацій є адаптованою версією тесту «Мета в житті» Джеймса Крамбо та Леонарда Махолика. Методика була розроблена на основі теорії тяжіння до смислу й логотерапії Віктора Франкла й мала на меті емпіричну валідизацію низки уявлень, пов’язаних із цією теорією.

На основі факторного аналізу адаптованої Д. О. Леонтьєвим версії цієї методики вітчизняними дослідниками був створений тест смисложиттєвих орієнтацій, що включає, разом із загальним показником осмисленості життя, також п’ять субшкал, що відображають три конкретні смисложиттєві орієнтації (цілі в житті, насиченість життя та задоволеність самореалізацією) і два аспекти локусу контролю (локус контролю-Я і локус контролю-життя).

Тест смисложиттєвих орієнтацій містить 20 пар протилежних тверджень, що відображають уявлення про чинники осмисленості життя особистості.

У тесті смисложиттєвих орієнтацій життя вважається осмисленим за умови наявності цілей, задоволення, отриманого при їх досягненні, та упевненості у власній здатності ставити перед собою цілі, обирати завдання серед наявних, і досягати результатів. Важливим є зрозуміле співвіднесення

цілей – із майбутнім, емоційної насиченості – з теперішнім, задоволення – із досягнутим результатом, минулим.

Ситуація дозволяє кожній людині зробити в теперішньому певний вибір у вигляді вчинку, дії або бездіяльності. Основою такого вибору є сформоване уявлення про сенс життя або його відсутність. Сукупність здійснених, актуалізованих виборів формує «минуле», яке є незмінним, варіаціям підлягають лише його інтерпретації. «Майбутнє» є сукупністю потенційних, очікуваних результатів зусиль, що вживаються в теперішньому, відтак, майбутнє є принципово відкритим, а різні варіанти очікуваного майбутнього мають різну мотиваційну привабливість.

Опитуваним було запропоновано обрати між двома протилежними твердженнями, позначивши своє ставлення до них за допомогою обраної цифри від -3 до 3. Близькість до максимальних значень означала максимальну згоду опитуваного із твердженням із лівої (-3) або правої (3) частини опитувальника.

4. Застосовувалася авторська анкета, покликана з’ясувати особливості життя осіб із хронічними захворюваннями після виявлення в них відповідного статусу.

Анкета

Оберіть варіант відповіді, що найбільше вам підходить

1. Ваша стать:

а) чоловіча

б) жіноча

в) інший варіант відповіді

2. Ваш вік (укажіть кількість повних років)

3. Чим ви займаєтесь?

а) навчаюся в закладі професійної освіти

б) навчаюся у виші

в) працюю

г) не навчаюся й не працюю

4. Тривалість хвороби або ваша обізнаність стосовно неї?

а) 1-3 роки

б) 3-5 років

в) 5-10 років

г) від народження

5. Чи змінилися ваші відносини з близькими після виявлення у вас хронічного захворювання?

а) ні

б) погіршилися

в) припинили спілкування

6. Чи проходите ви лікування?

а) так

б) ні

7. Як ви ставитеся до якості лікування від вашого захворювання?

а) позитивно

б) негативно

в) нейтрально

8. Чи вірите ви в ефективність лікування, яке проходите?

а) так

б) ні

9. Чи маєте ви плани стосовно власного майбутнього?

а) так

б) ні

10. Чи стикаєтеся ви з дискримінацією себе як особи, що має хронічне захворювання?

а) ні, ніколи

б) так, рідко

в) так, часто або постійно

Вибірку досліджуваних склали 30 учасників віком від 25 до 45 років, різної статі. Усі учасники дослідження на момент участі в ньому мали хронічні захворювання.

Хронічні захворювання часто супроводжується низкою соціальних проблем, серед яких найбільш важливі стигматизація і дискримінація осіб, що на них страждають. Причиною є недостатнє розуміння захворювання, міфи про неможливість ведення повноцінного соціального, трудового, інтимного життя тощо. Це має ряд негативних наслідків, а саме, спричинюють у таких осіб депресію, занижену самооцінку та комплекси.

Стигма – дуже сильне соціальне «клеймо», яке повністю змінює відношення до інших людей, змушуючи відноситись до них як до носіїв небажаних якостей. Дискримінація – це стигма, яка супроводжується діями. Стигма і дискримінація – наслідок помилкових уявлень, що особи з хронічними захворюваннями створюють лише проблеми, хоча вони можуть брати і беруть участь у контролі свого стану.

Більшість осіб із хронічними захворюваннями здатні та готові виконувати свої трудові зобов’язання і бути частиною соціуму, вони займають активну життєву позицію, працюють волонтерами та соціальними робітниками у громадських організаціях, спілках, благодійних фондах тощо.

Кожен респондент мав право зберегти анонімність: на початку автор анкети пропонує вказати унікальний нікнейм. Реальне ім'я не розкривалося.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Далі з метою визначення провідних копінг-стратегій, що обираються учасниками дослідження з огляду на власне хронічне захворювання, було застосовано копінг-тест Лазаруса. До числа умовно позитивних копінг-стратегій, на наш погляд, можна віднести стратегії соціальної підтримки, самоконтролю, прийняття відподальності, планування розв’язання проблем, позитивної переоцінки. Усі названі копінг-стратегії тяжіють до конструктивного розв’язання проблем, що виникають у житті осіб

із хронічними захворюваннями, передбачають запланованість результату в боротьбі з хворобою та пристосуванні до нормального життя. Негативні ж копінг-стратегії, які пов'язуються із відсутністю віри в ефективність боротьби із хворобою, відчуттям своєї непристосованості до умов виживання у світі, що сприймається як ворожий, представлені такими стратегіями, як дистанціювання, уникнення, конфронтація тощо.

Використання зазначеної методики дозволило отримати такі результати.

В групі осіб із хронічними захворюваннями було відзначено домінування використання такої копінг-стратегії, як дистанціювання (30% опитаних). Учасники, що продемонстрували показники, співвідносні зі змістом заявленої копінг-стратегії, показали тяжіння до зниження негативних переживань та емоційної залученості особистості до сприйняття й аналізу деталей, що є визначальними для стресогенної ситуації. Послугування ними названою копінг-стратегією характеризується прагненням до раціоналізації, активним використання почуття гумору та намаганням до особистісного відсторонення від стресогенної ситуацію. Слід зауважити, що в цьому випадку раціоналізація та відсторонення можуть бути трактовані також і як механізми психологічного захисту.

Трохи меншу частотність виявила в ході дослідження, проведеного в групі осіб із хронічними захворюваннями, копінг-стратегія, пов'язана з уникненням (20% опитаних). Для цієї копінг-стратегії характерною постає наявність заперечення та ігнорування особою, що має хронічне захворювання, стресогенної ситуації, тяжіння до фантазування, пасивності, часте переживання роздратованості. Часто представники групи осіб із хронічними захворюваннями, що виявили показники, співвідносні зі змістом копінг-стратегії уникнення, використовують уживання алкогольних напоїв або переїдання, аби знизити емоційне напруження, що в багатьох випадках постає для них практично нестерпним.

Наступною за частотністю виявлення в межах групи осіб із хронічними захворюваннями була визнана копінг-стратегія, пов'язана із соціальною

підтримкою (10% опитаних). Для учасників дослідження, що продемонстрували показники, співвідносні зі змістом заявленої копінг-стратегії, характерним є постійний пошук соціальних ресурсів та емоційної підтримки, що здійснюється особистістю та спрямований на розв'язання стресогенної ситуації. Для означеної копінг-стратегії питомою рисою постає орієнтованість особистості стосовно взаємодії з іншими та очікування при цьому нею уваги, підтримки та співчуття з боку оточуючих.

Показники, співвідносні з копінг-стратегією конфронтації, були отримані за підсумками обраної методики 10% учасників групи осіб із хронічними захворюваннями. З-поміж зовнішніх ознак реалізації копінг-стратегії конфронтації виділяють наявність емоційно-потужного, поведінково-активного опору особистості стресогенній ситуації. На поведінковому рівні учасники дослідження, що виявляють ознаки цієї копінг-стратегії, характеризуються ворожістю, імпульсивністю, енергійністю, зухвалістю. Їм зазвичай складно планувати власні дії.

Тяжіння до копінг-стратегії самоконтролю було продемонстроване 10% опитаних учасників дослідження. Поведінка, співвідносна із показниками названої копінг-стратегії, виявляє ознаки повного контролю над собою, прагнення до самовладання, стриманості емоцій. Уплив емоцій на оцінку особистістю стресогенної ситуації є зведеним до мінімуму. Реалізуючи копінг-стратегію самоконтролю, особи з хронічними захворюваннями зазвичай прагнуть приховати від інших людей власні переживання, що є свідченням високої вимогливості до власної поведінки.

Показники, співвідносні з копінг-стратегією прийняття відповідальності, були продемонстровані 10% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Для представників зазначеної копінг-стратегії характерною є наявність визнання особою власної значущості у виникненні стресогенної ситуації. Належність до копінг-стратегії прийняття відповідальності демонструє також прагнення особистості до того, аби зрозуміти взаємозв'язок між власними діями та їх наслідками, а також бути готовим до

аналізу власної поведінки в умовах стресогенної ситуації. Носії зазначеної копінг-стратегії є самокритичними в особистісному плані, переважно гостро переживають почуття провини, навіть у тих випадках, коли вони ні в чому не винні.

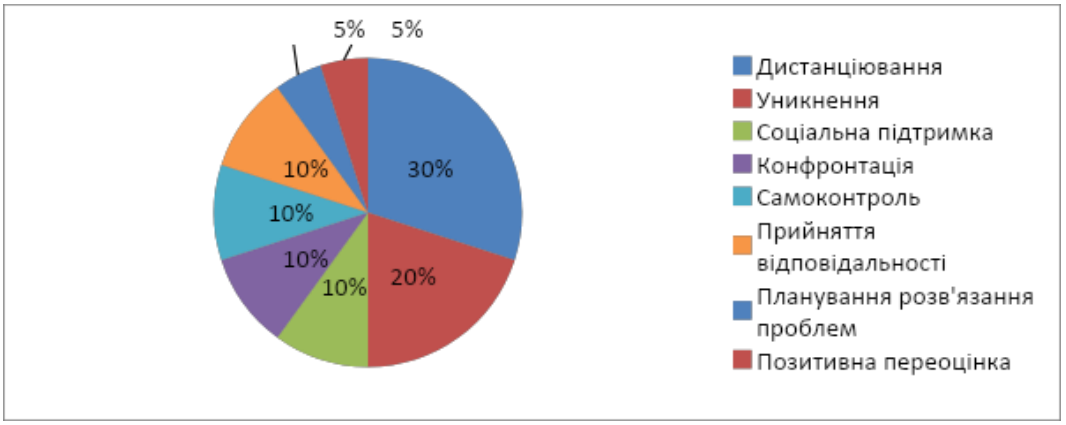

Рисунок 2.1. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за підсумками використання методики визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса та С. Фолкмана

Перевагу показників, асоційованих із копінг-стратегією планування розв’язання проблем, було виявлено в 5% представників групи осіб із хронічними захворюваннями. Для цих учасників дослідження характерним є тяжіння до цілеспрямованого аналізу особистістю стресогенної ситуації, а також схильність до планування можливих варіантів поведінки в таких ситуаціях. Представники цього типу копінг-стратегій враховують об’єктивні умови розв’язання стресогенних ситуацій, а також залучення власного досвіду долання проблем та наявності ресурсів, що могли б стати допоміжними в розв’язанні проблеми.

Домінування копінг-стратегії позитивної переоцінки було зафіксовано в 5% учасників опитування в групі осіб із хронічними захворюваннями. Зазначена копінг-стратегія характеризується доланням особами із хронічними захворюваннями негативних переживань. До числа типових ознак названої копінг-стратегії відносять філософське осмислення людиною стресогенної

ситуації та її аналіз із метою прийняття одного зі шляхів власного особистісного саморозвитку.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 2.1.

Отже, за підсумками проведеного дослідження за методикою визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса, С. Фолкмана маємо змогу сформулювати такі висновки. В групі осіб із хронічними захворюваннями відзначено домінування негативних копінг-стратегій, що пов'язуються із відсутністю віри в ефективність боротьби із хворобою, відчуттям своєї непристосованості до умов виживання у світі, що сприймається як ворожий. Ідеться про такі переважні для групи осіб із хронічними захворюваннями копінг-стратегії, як дистанціювання, уникнення, конфронтація тощо.

П'ятифакторний особистісний опитувальник або тест «Велика П'ятірка» («Big five») було використано для того, аби максимально повно охарактеризувати особливості сприйняття особами із хронічними захворюваннями себе та інших людей в обох групах дослідження. Це диспозиційна модель особистості, яка характеризує людину за допомогою п'яти рис (диспозицій), або, інакше кажучи, чинників. Риса – диспозиція (схильність) поводитися певним чином, що виявляється в поведінці людини в широкому спектрі ситуацій.

За підсумками дослідження із використанням тесту «Велика П'ятірка» в групі осіб із хронічними захворюваннями були отримані такі показники.

Шкала «Залученість до зовнішнього світу», або «Е-фактор», використовується для визначення, наскільки людині подобається перебувати серед інших людей, наскільки вона сповнена енергією та ентузіазмом, позитивними емоціями. За цією шкалою були зафіксовані такі результати.

Високий рівень залученості до зовнішнього світу, співвідносний із екстраверсією, було продемонстровано 20% осіб із хронічними захворюваннями. Вони є активними в групі, люблять висловлювати власну позицію, перебувати в центрі уваги. З-поміж цього сегменту опитаних

показники 5% осіб із хронічними захворюваннями були дуже високими, що свідчить про наявність у їхній поведінці характеристик, що демонструють тяжіння до нав'язливості. Вони є вельми дружніми, комунікабельними, здатними заявити про себе, рухомими, схильними до стимуляції ззовні, життєрадісними.

Середній рівень залученості до зовнішнього світу, співвідносний із екстраверсією, було зафіксовано в 20% осіб із хронічними захворюваннями. Їх активність у групі є можливою в тому випадку, коли всі учасники групи є для них знайомими, а власну позицію вони висловлюють охоче, проте лише в тому випадку, коли їх про це питають. Вони є питомими учасниками групової взаємодії, проте не прагнуть до лідерства в ній.

Низький рівень залученості до зовнішнього світу, що вказує на протилежне відносно екстраверсії явище – інтроверсію – спостерігається в 60% учасників опитування в групі осіб із хронічними захворюваннями. Вони є тихими, спокійними, неквапливими, менше залежать від соціуму й не потребують зовнішньої стимуляції. 20% опитаних із числа зазначеного сегменту продемонстрували крайньо низькі показники за цією шкалою, що свідчить про небажання та неможливість установлювати соціальні контакти.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 2.2.

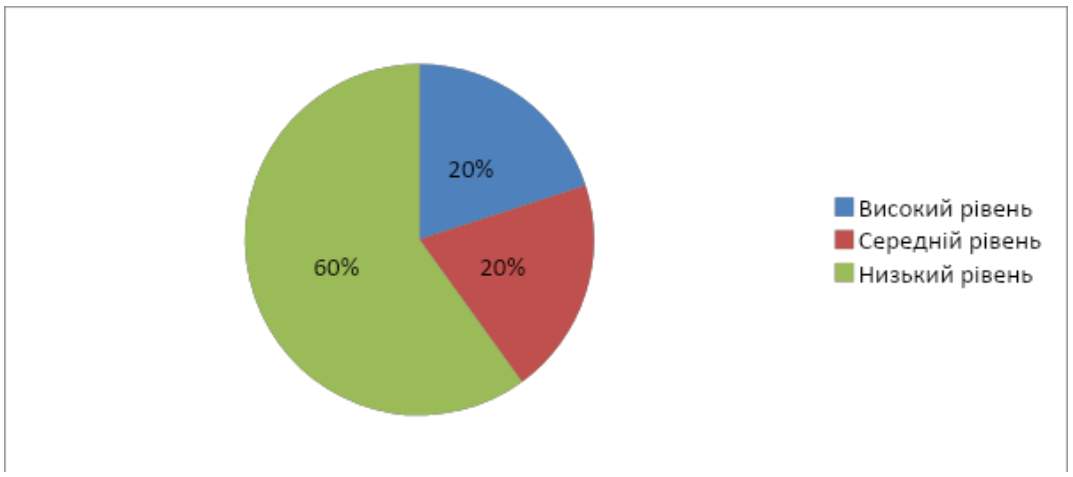

Рисунок 2.2. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» (Тест «Велика П'ятірка)

За шкалою «Прив'язаність» в групі осіб із хронічними захворюваннями було визначено, наскільки гармонійним є існування таких людей у соціумі.

Високий рівень прив'язаності, асоційованої із співробітництвом, було виявлено в 20% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Вони схильні більше орієнтуватися на побажання та інтереси групи, ніж на власні. З поміж цих учасників характерною є наявність доброти, м'якості, терпимості відносно оточуючих, вони наділені «зручним характером», вірять у те, що люди є добрими за своєю природою.

Середній рівень прив'язаності, асоційованої зі співробітництвом, було виявлено в 30% осіб із хронічними захворюваннями. Для них характерним постає пошук компромісу між орієнтацію на побажання, адресовані групою, та власними міркуваннями і пріоритетами. Вони в цілому є позитивно налаштованими відносно інших людей, проте ніколи не забувають і про власні інтереси.

Низький рівень прив'язаності, асоційованої зі співробітництвом, був продемонстрований за підсумками дослідження за шкалою «Прив'язаність» 50% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Для цих осіб із хронічними захворюваннями характерною є високорозвинена егоцентричність, тобто спрямованість на думки, перш за все, про дотримання власних інтересів. Вони не переймаються через груповий добробут. Подеколи такі люди є байдужими до переживань та страждань інших, їм може бути притаманна навіть жорстокість, проте, разом із тим, вони мислять об'єктивно та критично.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 2.3.

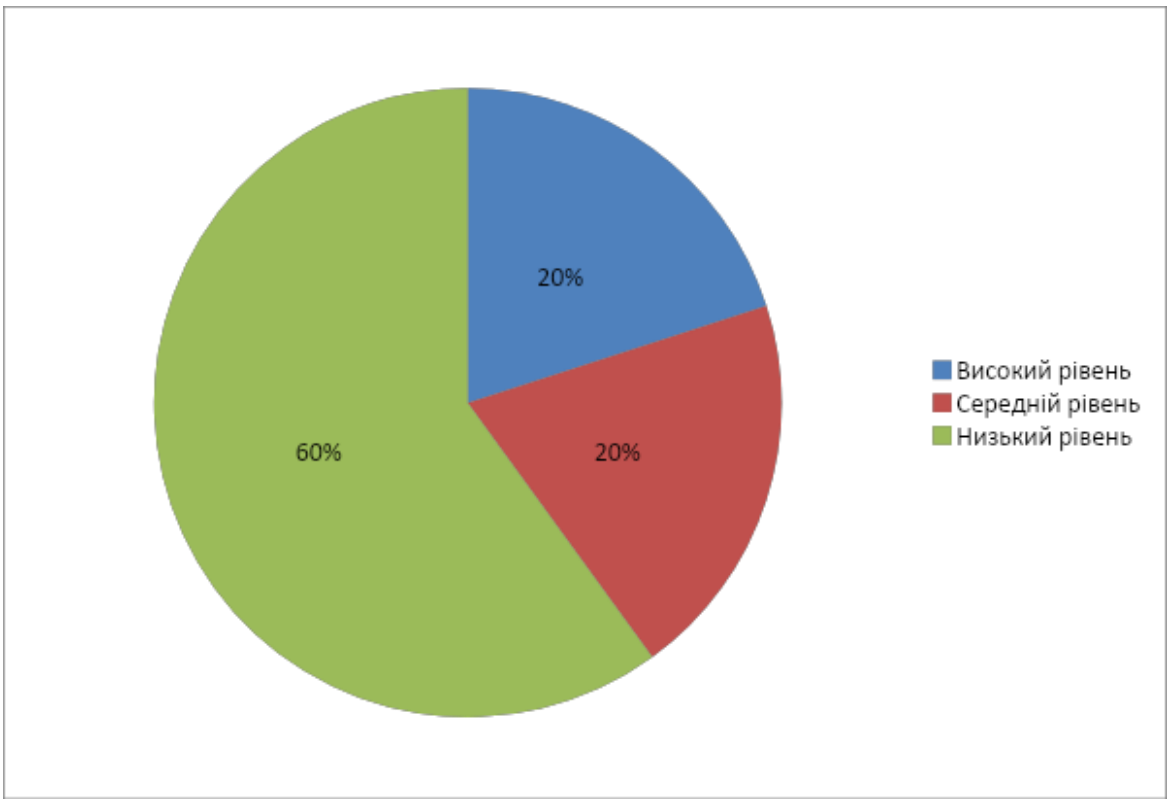

Рисунок 2.3. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за шкалою «Прив'язаність» (Тест «Велика П'ятірка)

За шкалою «Самоконтроль» у групі осіб із хронічними захворюваннями були продемонстровані такі показники.

Високий рівень самоконтролю було продемонстровано 30% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Для них характерним є тяжіння до добросовісного виконання власних обов'язків, наявність цілеспрямованості, організованості, мотивованості. Такі люди демонструють характеристики, притаманні надійній, пунктуальній, самодисциплінованій, педантичній особистості.

Показники, співвідносні з середнім рівнем самоконтролю, були продемонстровані 30% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Вони загалом здатні добросовісно виконувати взяті на себе обов'язки, бути організованими й дисциплінованими, проте деколи через риси характеру або

зовнішні чинники їх поведінка втрачає ознаки організованості та надійності, щоправда, в таких випадках вони здатні швидко відновлюватися.

Низький рівень самоконтролю було продемонстровано 40% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Для представників цього рівня характерною є відсутність схильності до самоорганізації й дисципліни, вони є ненадійними, слабкохарактерними та нецілеспрямованими.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 2.4.

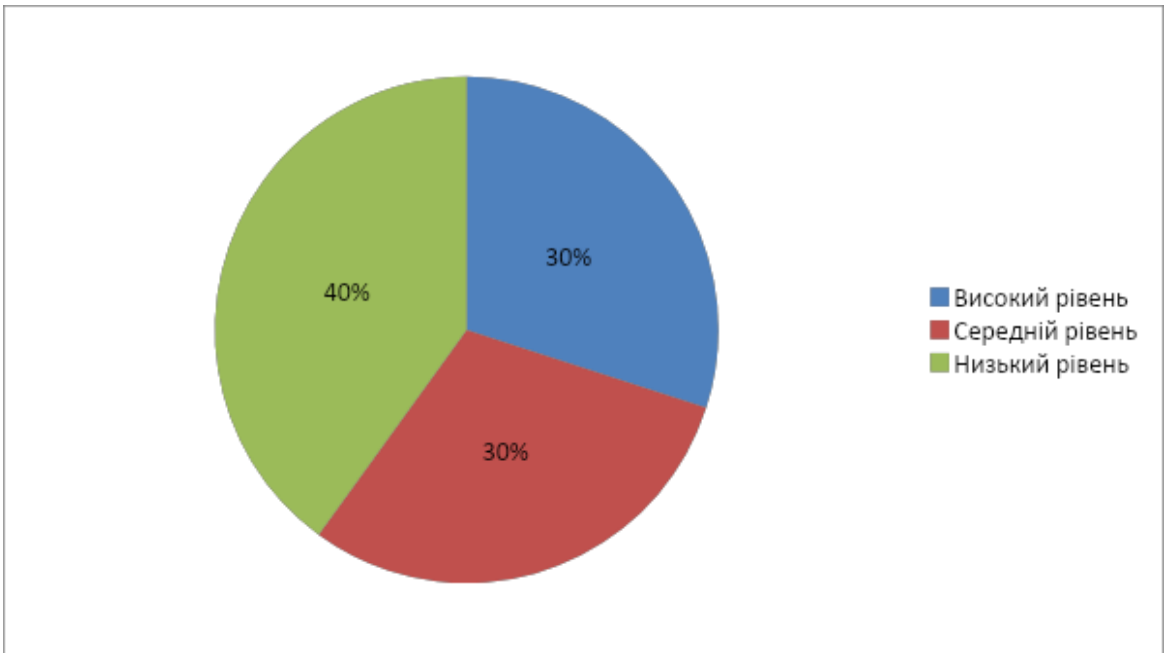

Рисунок 2.4. Розподіл учасників осіб із хронічними захворюваннями за шкалою «Самоконтроль» (Тест «Велика П’ятірка)

Відомості, отримані за шкалою «Нейротизм», використовуються для характеристики тенденції до переживання негативних емоцій. За підсумками дослідження за цією шкалою в групі осіб із хронічними захворюваннями були отримані такі показники.

Високий рівень нейротизму було продемонстровано 60% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Для них характерною є схильність до реактивності, здатність переживати більше, ніж це роблять інші люди. Такі

люди є тривожними, імпульсивними, вразливими, часто схильними до депресивних станів.

Показники, співвідносні з середнім рівнем нейротизму, були продемонстровані 20% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Вони загалом здатні до емоційних переживань, проте лише тоді, коли вони стосуються безпосередньо їх самих, і вони водночас усвідомлюють, що ніяк не можуть вплинути на їх вирішення за допомогою власних емоційних реакцій.

Низький рівень нейротизму було продемонстровано 20% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Для представників цього рівня характерною є відсутність схильності до емоційних переживань, які видаються їм зайвими. Натомість, у них наявна більша емоційна стабільність, стриманість тощо.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 2.5.

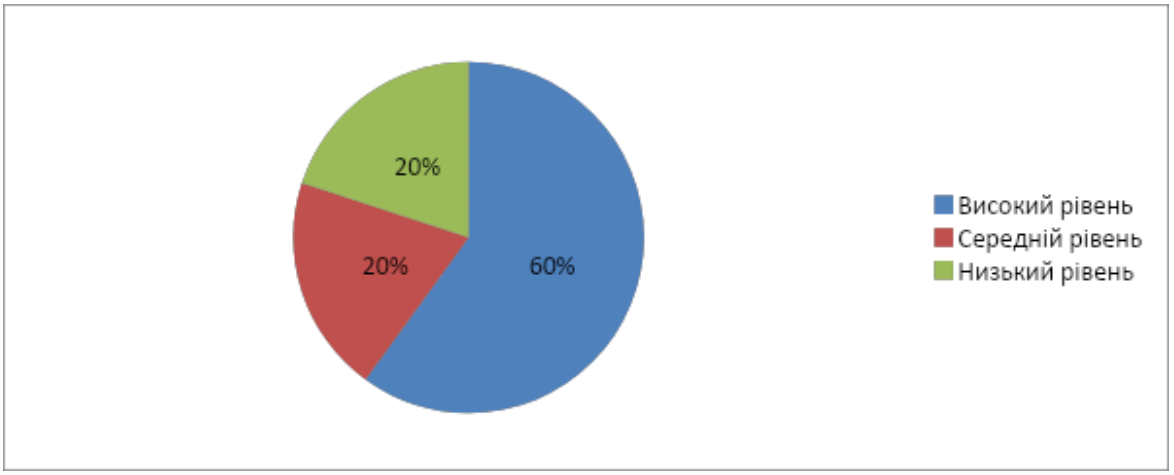

Рисунок 2.5. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за шкалою «Нейротизм» (Тест «Велика П’ятірка)

Шкала «Відкритість новому досвіду» покликана продемонструвати, наскільки людина є зацікавленою стосовно розширення власного світогляду, отримання нової інформації, знайомства з новими людьми, відвідування нових місць. За підсумками дослідження за цією шкалою в групі осіб із хронічними захворюваннями були отримані такі показники.

Високий рівень відкритості до нового досвіду було продемонстровано 20% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Для них характерним є бажання до активностей, що супроводжуються новими знайомствами та дають змогу дізнатися про щось, що до того моменту не було їм відомим. Вони схильні експериментувати та фантазувати.

Показники, співвідносні з середнім рівнем відкритості до нового досвіду, були продемонстровані 10% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Вони загалом не проти нових знайомств та розширення кола спілкування, проте лише в ті моменти, що, на їхню думку, є найбільш зручними для цього, а не будь-коли. Навіть у нових стосунках вони надають перевагу їх практичності, відсуваючи на другий план експресивність, грайливість, відкритість, широту світогляду.

Низький рівень відкритості до нового досвіду було продемонстровано 70% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Для представників цього рівня характерною є надання переваги консерватизму у відносинах, несхильність до експериментів та фантазій, відсутність бажання знайомитися із новими людьми, виходити поза межі звичного кола спілкування загалом.

Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 2.6.

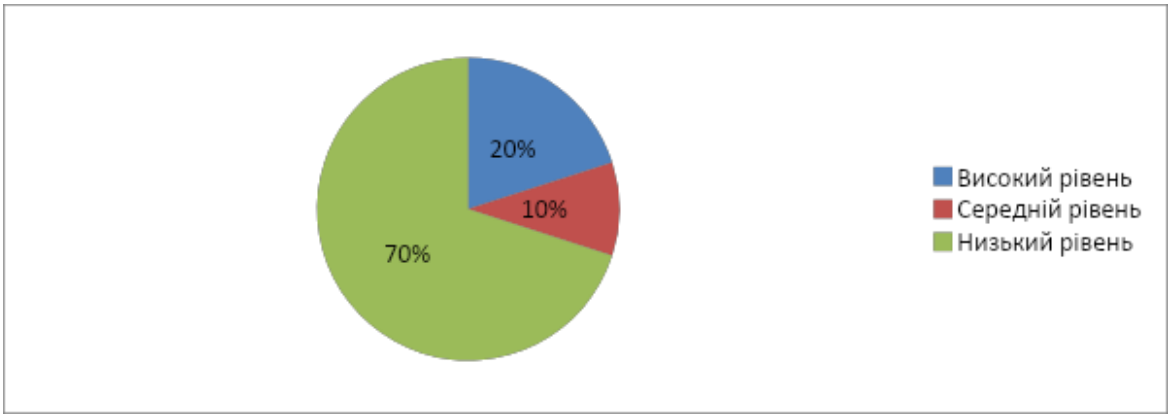

Рисунок 2.6. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за шкалою «Відкритість новому досвіду» (Тест «Велика П’ятірка)

Отже, за підсумками використання тесту «Велика П’ятірка» було виділено такі домінанти особистості учасників дослідження. Так, за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» було відзначене домінування низького рівня залученості до зовнішнього світу, що вказує на вияв інтроверсії та відсутність сильної вкоріненості до соціуму, залежності від нього. У граничних виявах така тенденція засвідчує небажання та неможливість установлювати соціальні контакти. За шкалою «Прив’язаність» також домінував низький рівень виявленості, пов’язаний із високорозвиненою егоцентричністю, відсутністю переживань стосовно колективних інтересів. Шкала «Самоконтроль» продемонструвала перевагу низьких показників, що пов’язані з відсутністю схильності до самоорганізації й дисципліни, слабкохарактерністю.

Високі показники за шкалою «Нейротизм» свідчать про здатність осіб із хронічними захворюваннями глибоко переживати емоції, переважно, власні. Низький рівень «відкритості новому досвіду» підтверджує заглибленість осіб із хронічними захворюваннями у внутрішні переживання.

Анкетування «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» дозволило зробити такі висновки.

Згідно з відповідями на питання про рівень енергії, 30% оцінюють його як доволі високий, що на перший погляд викликає подив. Згідно зі стереотипними уявленнями про осіб із хронічними захворюваннями, вони частіше за все хворобливі та депресивні. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.7.

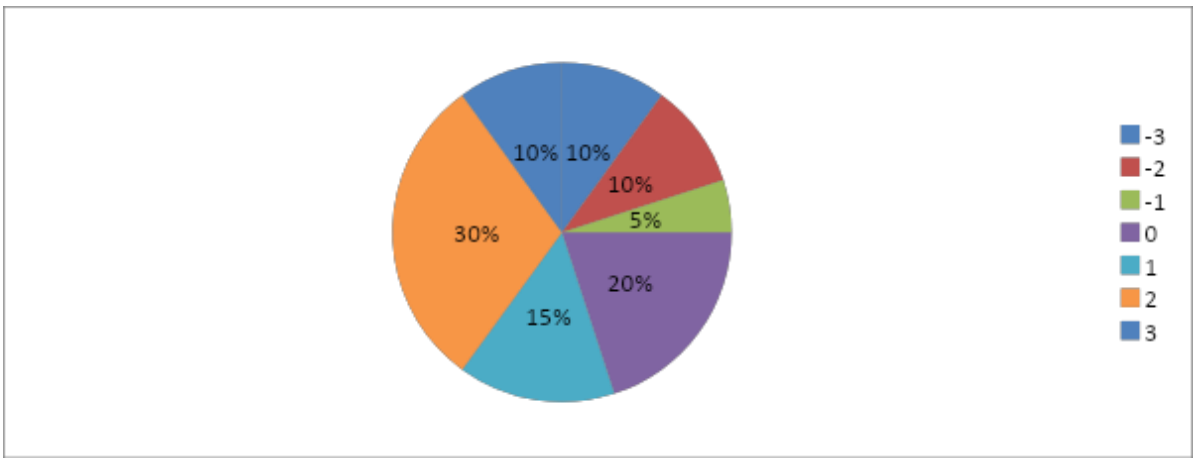

Рисунок 2.7. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Зазвичай мені дуже нудно/Зазвичай я сповнений енергії)

Трохи більше, ніж 40% респондентів вважають своє життя спокійним та рутинним. Проте 30% схиляються до того, що їхнє життя захоплююче. Це доволі високий показник, враховуючи те, наскільки у нашій культурі розповсюджені скарги на нудний побут та нецікаву роботу. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.8.

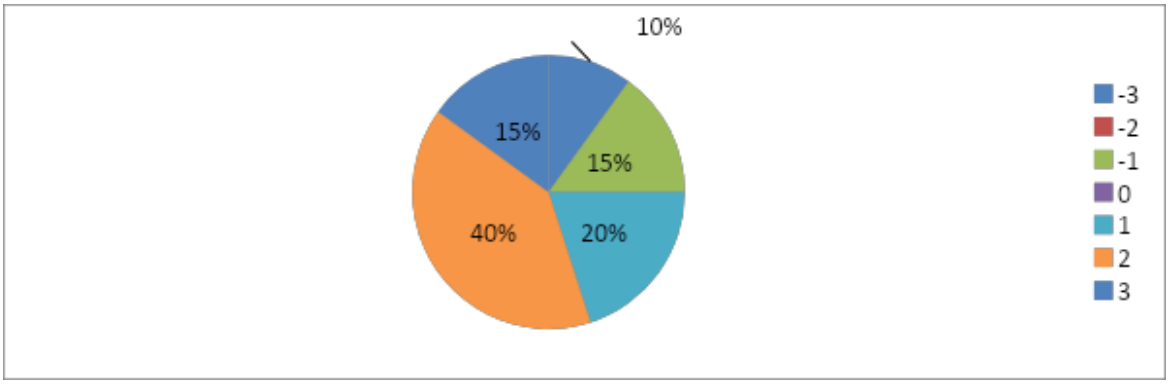

Рисунок 2.8. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я не маю визначених цілей і намірів/Я маю визначені цілі й наміри)

Абсолютна більшість вважає, що має зрозумілі цілі та наміри у житті: 15%, 20% і 40% відповідно.

Слід зауважити, що 30% заявили про велику цілеспрямованість. Це

може говорити про те, що люди, які є носіями хронічної хвороби, більше цінують життя, ніж ті, у кого немає підстав переживати за власне здоров'я. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.9.

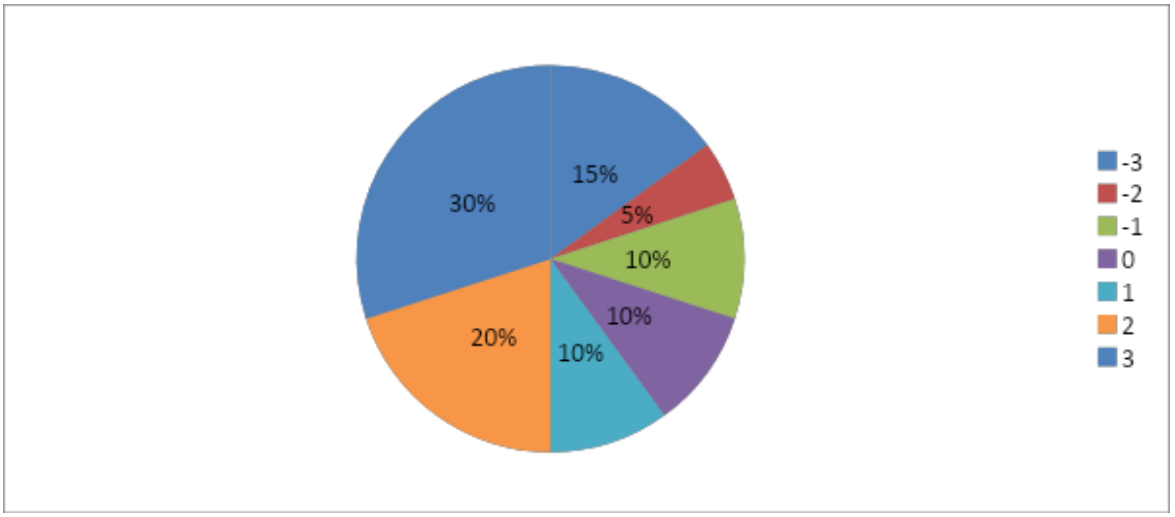

Рисунок 2.9. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя видається мені позбавленим сенсу/ Моє життя видається мені цілком усвідомленим та цілеспрямованим)

На питання про те, як склалося їхнє життя, більшість (30%) обрала варіант “Важко відповісти”. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.10.

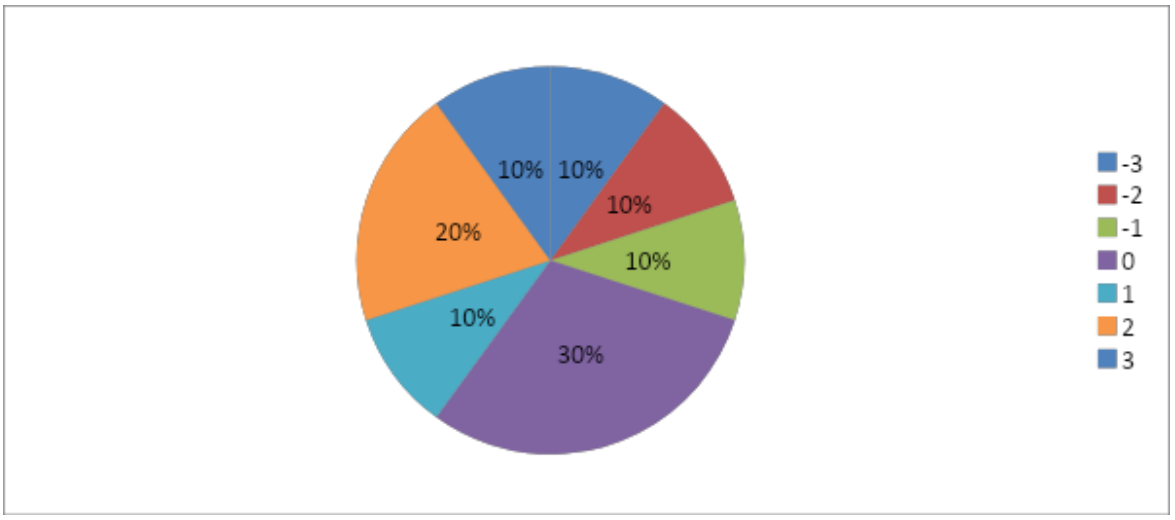

Рисунок 2.10. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя склалося вдало/ Моє життя не склалося)

Далі особам із хронічними захворюваннями було запропоновано

сформулювати власні плани на пенсію. Так, 25% респондентів вважають, що втілили у життя те, що задумали, тому не прагнуть нічим займатися по досягненні пенсійного віку. На нашу думку, такий показник також можна пояснити достатньо молодим віком респондентів, що дозволяє зберігати риси максималізму та характерним для нього максималізмом. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.11.

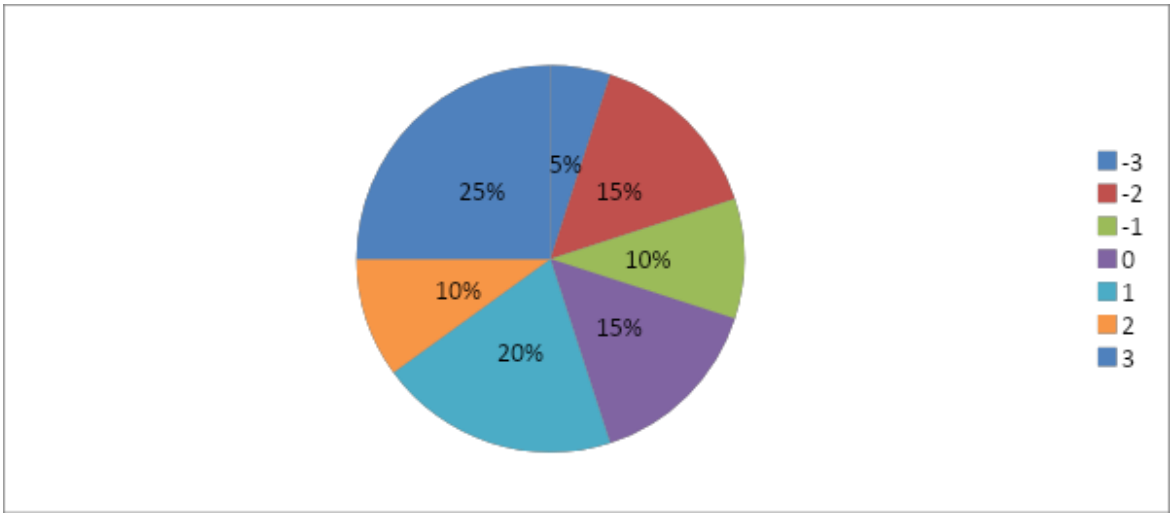

Рисунок 2.11. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Коли я піду на пенсію, я займуся цікавими справами/ Коли я піду на пенсію, то нічого не робитиму)

За підсумками дослідження оцінки власної самореалізації в житті 35% опитаних відповіли, що повністю задоволені тим, як склалося їхнє життя. Це свідчить про те, що особи із хронічними захворюваннями не замикаються в собі через свій діагноз, намагаються прожити своє життя максимально повно. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.12.

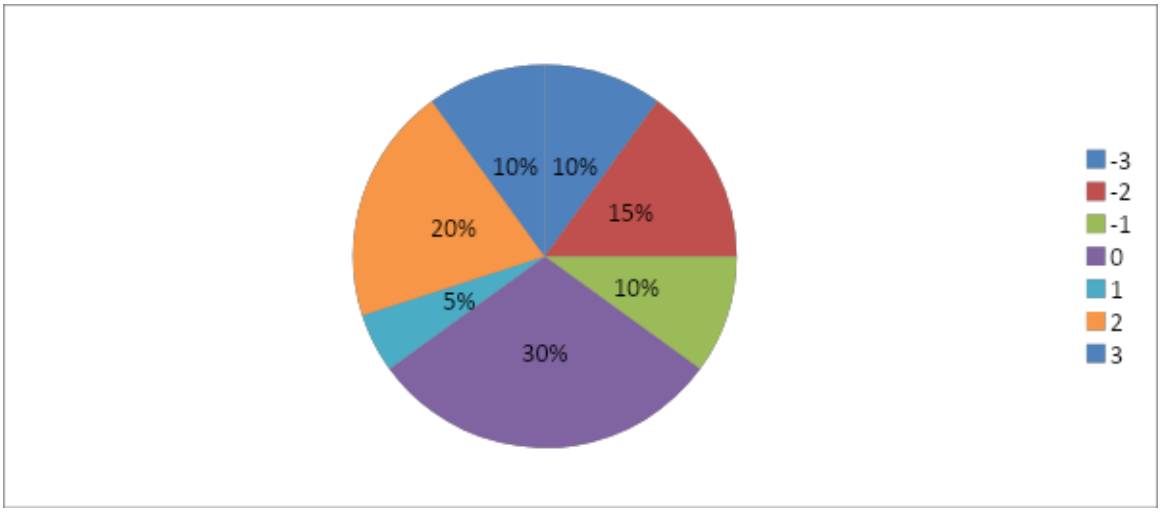

Рисунок 2.12. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя склалося саме так, як я мріяв/ Моє життя склалося не так, як я сподівався)

За підсумками дослідження оцінки успішності власного життя 50% опитаних відповіли, що повністю задоволені власними досягненнями. Це свідчить про те, що особи із хронічними захворюваннями не замикаються в собі через свій діагноз, намагаються прожити своє життя максимально повно. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.13.

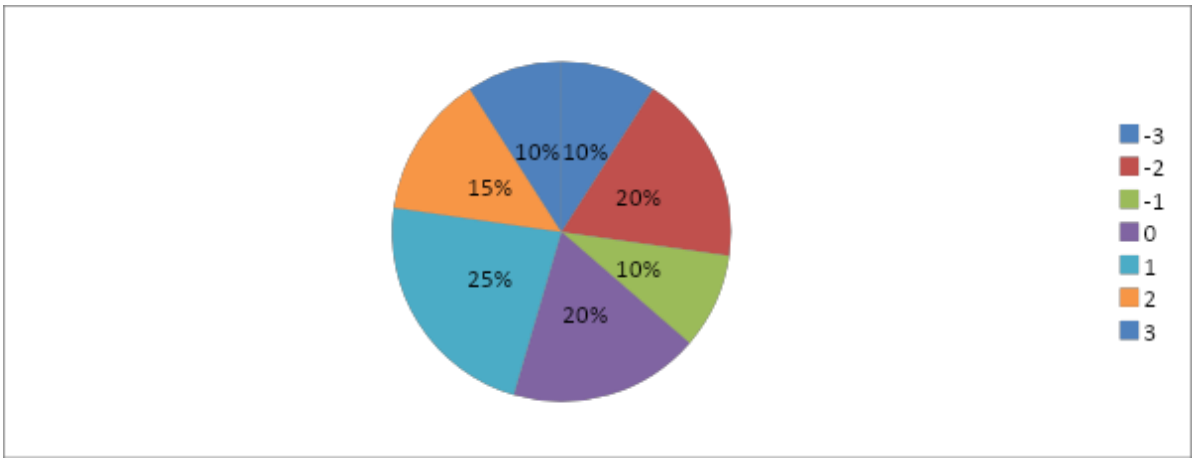

Рисунок 2.13. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я не досягнув успіхів у своїх життєвих планах/Я здійснив переважну більшість того, що запланував)

За підсумками дослідження наповненості життя цікавими справами 65% опитаних відповіли, що їхні будні наповнені цікавими справами. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.14.

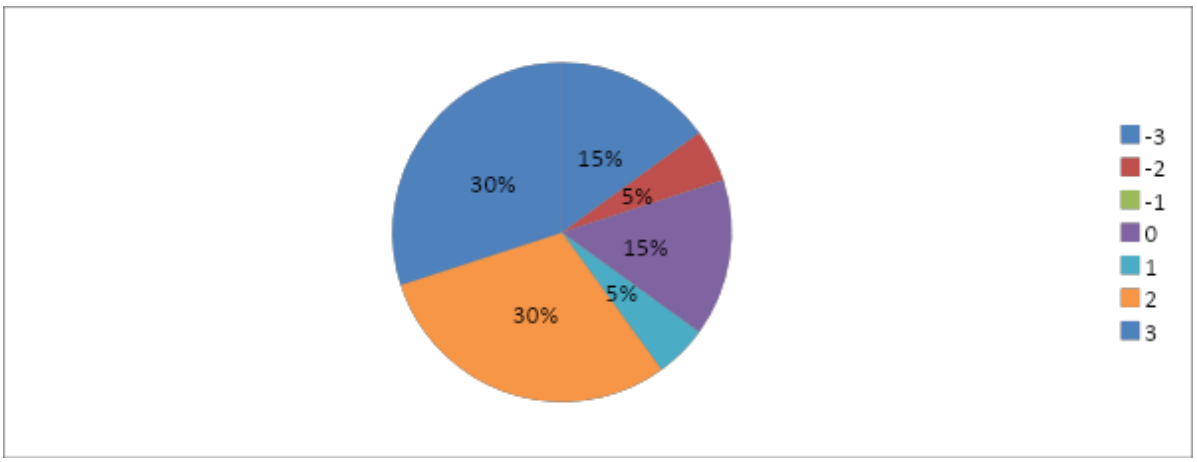

Рисунок 2.14. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя порожнє й нецікаве/Моє життя сповнене цікавими справами)

За результатом дослідження усвідомленості життя більше 40% опитаних вважають, що їхнє життя є цілком усвідомленим та повноцінним. Проте частка респондентів (більше 15%) схиляється до того, що їхнє життя пройшло беззмістовно. На нашу думку, це викликано переживаннями з приводу свого діагнозу, які супроводжують більшість таких осіб із дитинства. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.15.

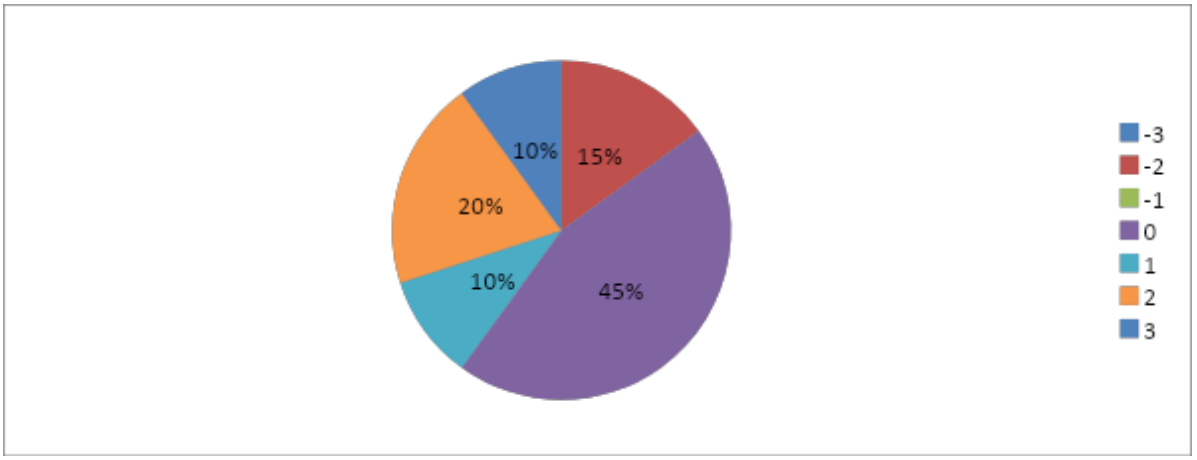

Рисунок 2.15. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Моє життя було усвідомленим/Моє життя було неусвідомленим)

Далі особам із хронічними захворюваннями було запропоновано відповісти на питання, чи побудували б вони своє життя інакше, якби в них

була така можливість. Відзначимо, що 45% опитаних, тобто майже половина від загальної їх кількості, висловилися позитивно з приводу такої перспективи. На нашу думку, це свідчить про певний рівень неблагополуччя у цій групі. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.16.

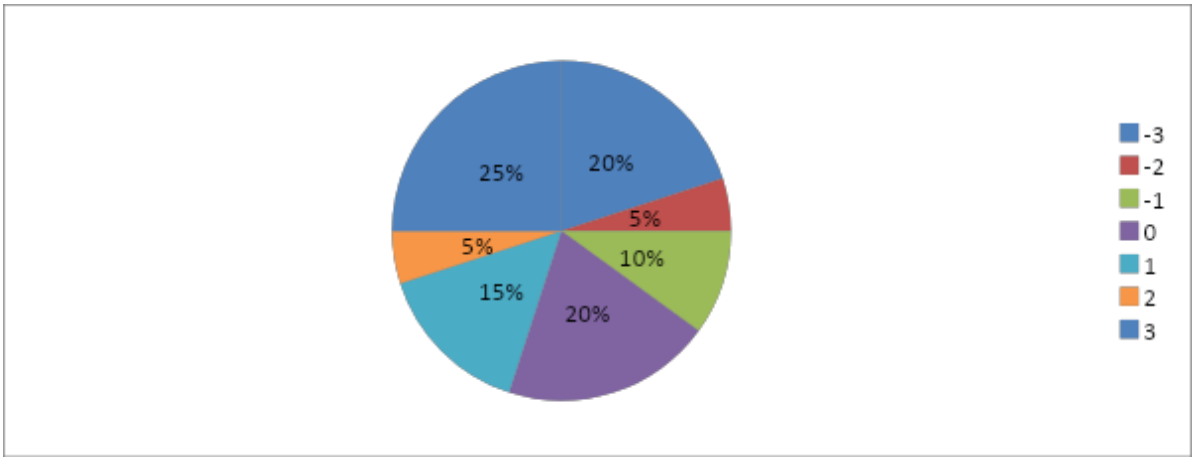

Рисунок 2.16. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я б побудував своє життя інакше/Я б нічого не змінював у своєму житті)

Далі особам із хронічними захворюваннями було запропоновано оцінити власний рівень тривожності. Респонденти виявили доволі низьку схильність до тривоги: із них 50% дивляться на оточуючий світ спокійно, ще 30% обрали варіант “Важко відповісти”. На нашу думку, це свідчить про те, що переважна більшість опитаних живе із хронічним захворюванням достатньо довго, тобто звикли до нього та не мають зайвих переживань із цього приводу. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.17.

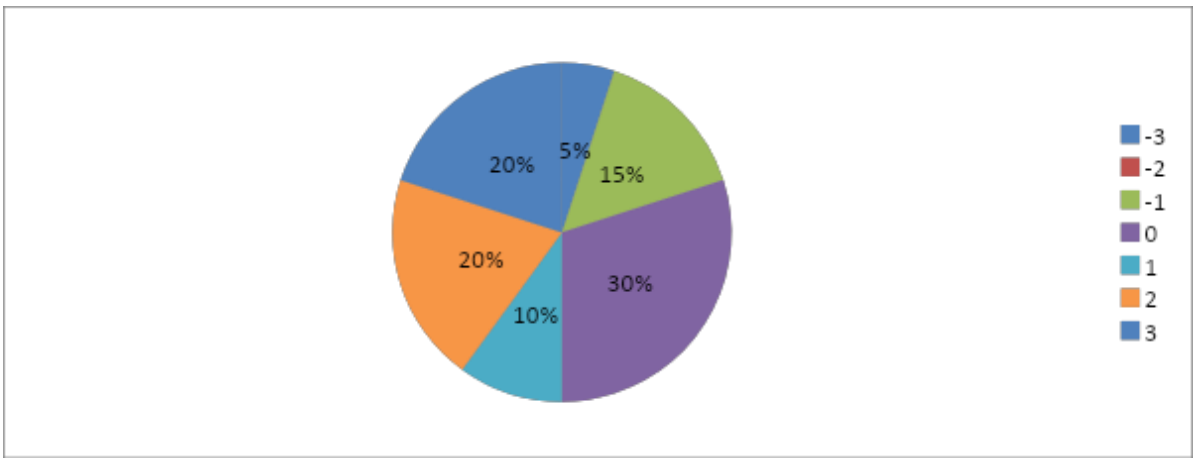

Рисунок 2.17. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я часто відчуваю тривогу/Навколишній світ зовсім не викликає в мене тривоги)

У результаті з'ясування рівня оцінки власної відповідальності особами із хронічними захворюваннями було з'ясовано, що респонденти ретельно відносяться до своїх обов'язків. Згідно з результатами опитування, 13, 15% і 20% вважають себе справжніми педантами. Натомість, безвідповідальними себе вважають 40% опитаних осіб із хронічними захворюваннями. Подібні відповіді не викликають подиву, враховуючи, що більшість отримала хронічне захворювання достатньо давно. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.18.

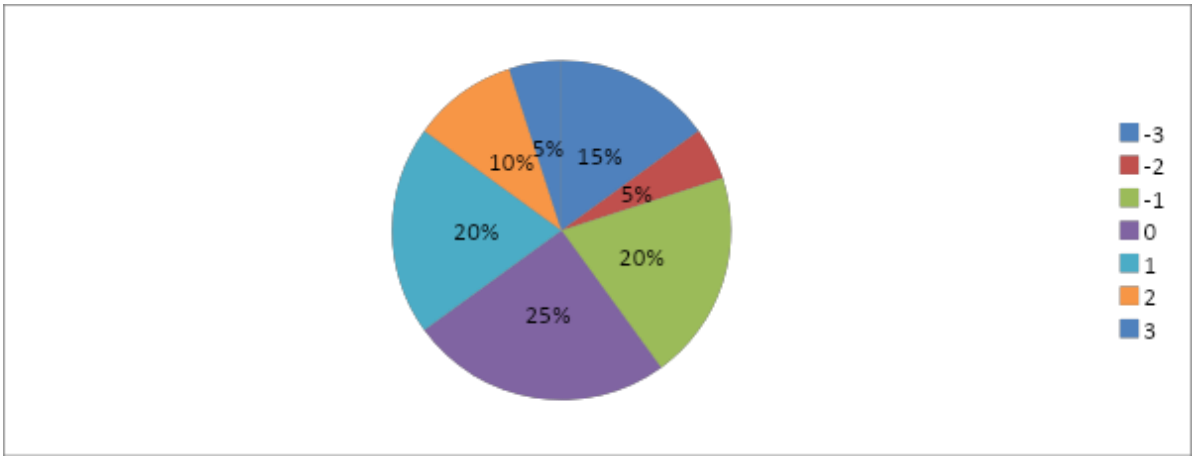

Рисунок 2.18. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я дуже відповідальна людина/Я зовсім не відповідальна людина)

Опитані особи із хронічними захворюваннями виявили доволі високу схильність до фаталізму.

Слід зауважити, що 45% вважають, що людина не здатна обирати свій життєвий шлях самостійно і що існують багато речей, які від нас не залежать. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.19.

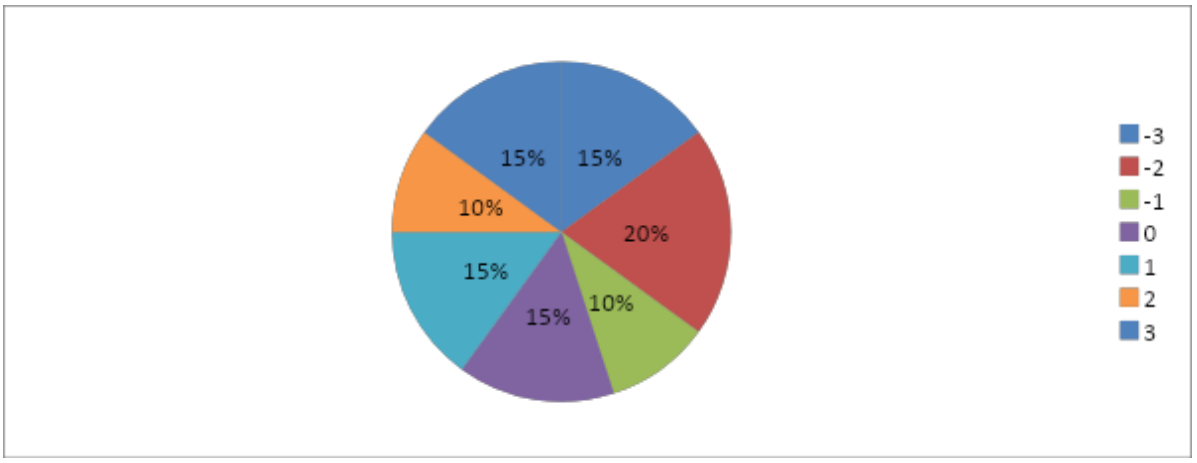

Рисунок 2.19. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Людина може чинити вибір/Людина не може чинити вибір)

Далі особам із хронічними захворюваннями було запропоновано оцінити рівень власної цілеспрямованості. Відзначимо, що 45% опитаних осіб із хронічними захворюваннями вважають, що їм не притаманна цілеспрямованість, а 25% опитаних осіб із хронічними захворюваннями демонструють повну байдужість до того, є вони цілеспрямованими, або ні. На нашу думку, це пов'язано із досвідом життя у статусі людини із хронічними захворюваннями, коли всі плани та прагнення нівелюються постійним ризиком для життя. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.20.

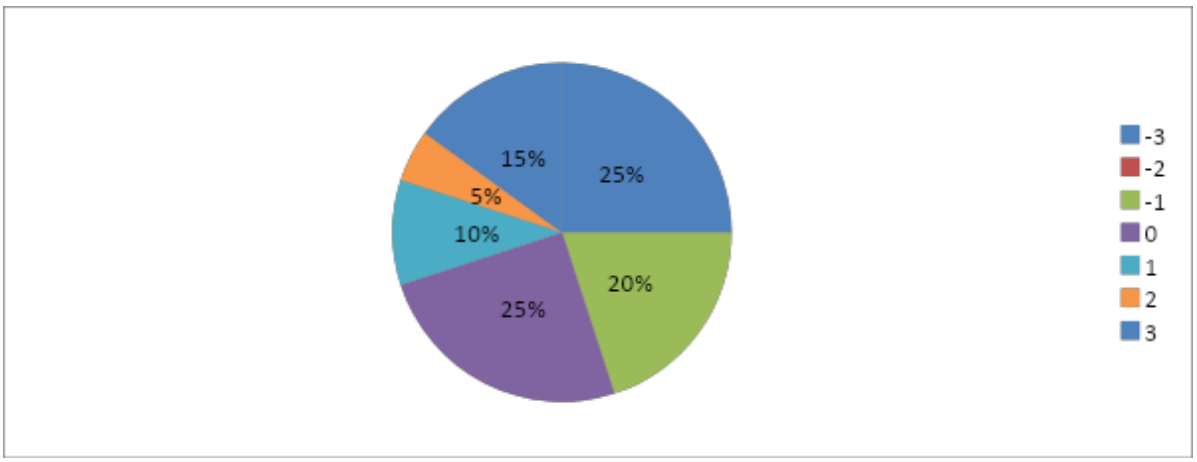

Рисунок 2.20. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я можу назвати себе цілеспрямованою людиною/Я не можу назвати себе цілеспрямованою людиною)

Далі особам із хронічними захворюваннями було запропоновано оцінити результати віднаходження свого місця в сучасному світі. Відзначимо, що 55% опитаних осіб із хронічними захворюваннями вважають, що не змогли реалізуватися в житті, що разом із відсотком осіб із хронічними захворюваннями, які продемонстрували байдужість до віднаходження власного місця в житті (15%), свідчить про негативну оцінку віднаходження власного місця у світі такими респондентами.

Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.21.

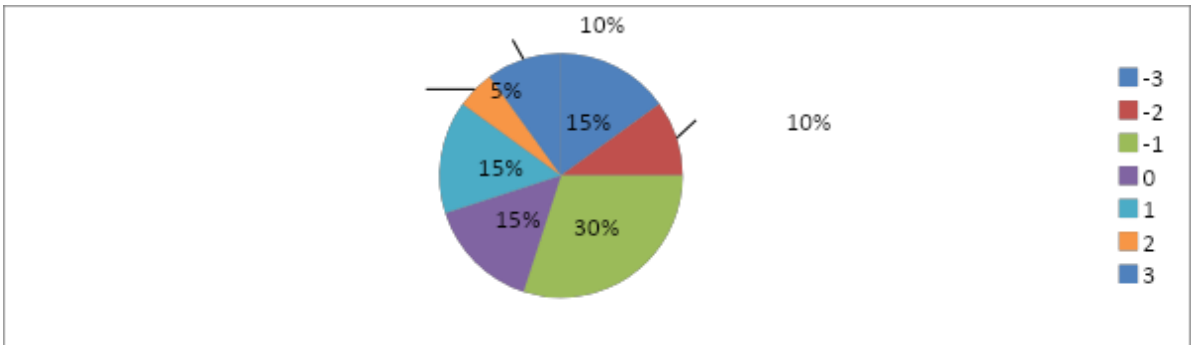

Рисунок 2.21. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я ще не знайшов себе в житті/Я вже знайшов своє призначення)

За підсумками дослідження сформованості життєвих поглядів у групі осіб із хронічними захворюваннями були отримані такі результати. Так, зокрема 25% опитаних осіб із хронічними захворюваннями характеризують свої життєві погляди як цілком сформовані. Індиферентно ставляться до важливості мати сформовані життєві погляди 30% опитаних. На нашу думку, такі результати свідчать про мінливість життєвих установок. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.22.

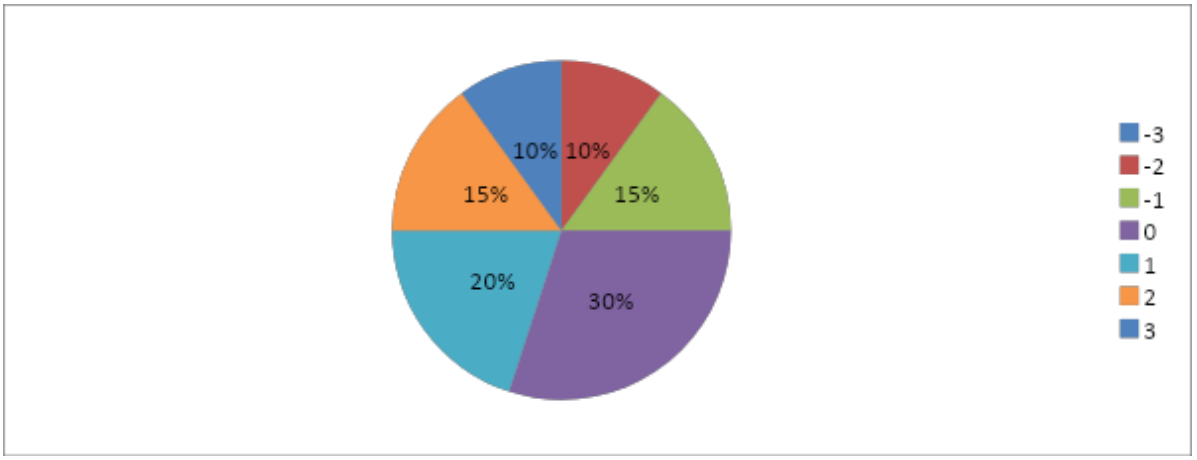

Рисунок 2.22. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Мої життєві погляди ще не визначилися/Я маю цілком визначені життєві погляди)

Далі особам із хронічними захворюваннями було запропоновано оцінити можливість знаходження певного зацікавлення, що вплинуло б на зміни в їхньому житті. Тут відзначаємо досить сумний результат з огляду на те, що 35% опитаних оцінили свої спроби в пошуку зацікавлень як негативні, а ще 35% висловили індиферентність до таких пошуків. У підсумку, 70% опитаних осіб із хронічними захворюваннями не вірять у те, що можуть знайти для себе зацікавлення в житті. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.23.

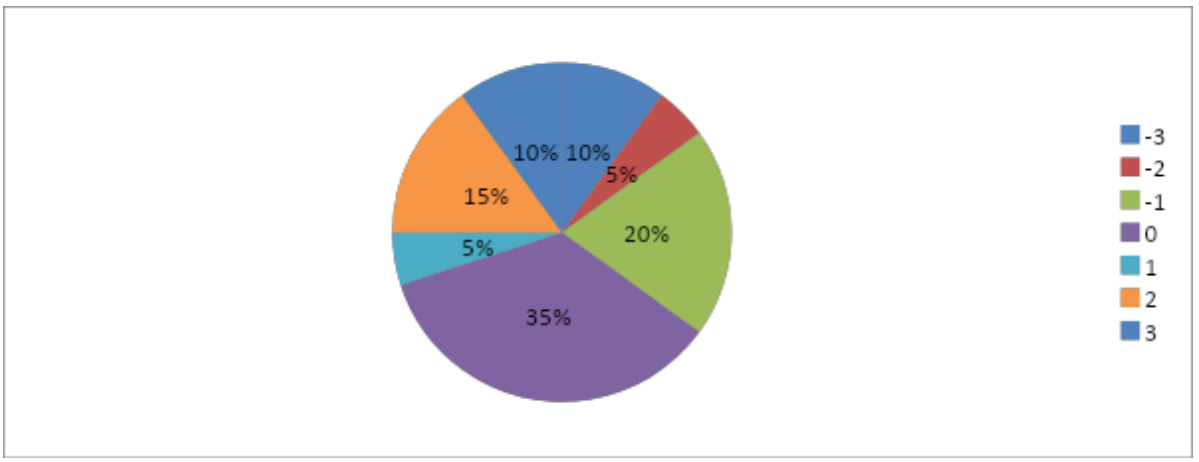

Рисунок 2.23. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я знайшов зацікавлення в житті/Я навряд чи можу знайти зацікавлення в житті)

Далі особам із хронічними захворюваннями було запропоновано оцінити здатність контролювати власне життя. Слід зауважити, що 35% респондентів сумніваються у тому, що тримають своє життя під контролем і вважають, що воно керується певною силою ззовні. На нашу думку, це викликано тим, що ці люди звикли, що їхнє життя багато в чому залежить від зовнішніх чинників, зокрема, допомоги лікарів або певних надприродних сил (віра в Бога). Проте більшість не віддає себе цілком у руки долі та організовує життя так, щоб воно було цікавим. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.24.

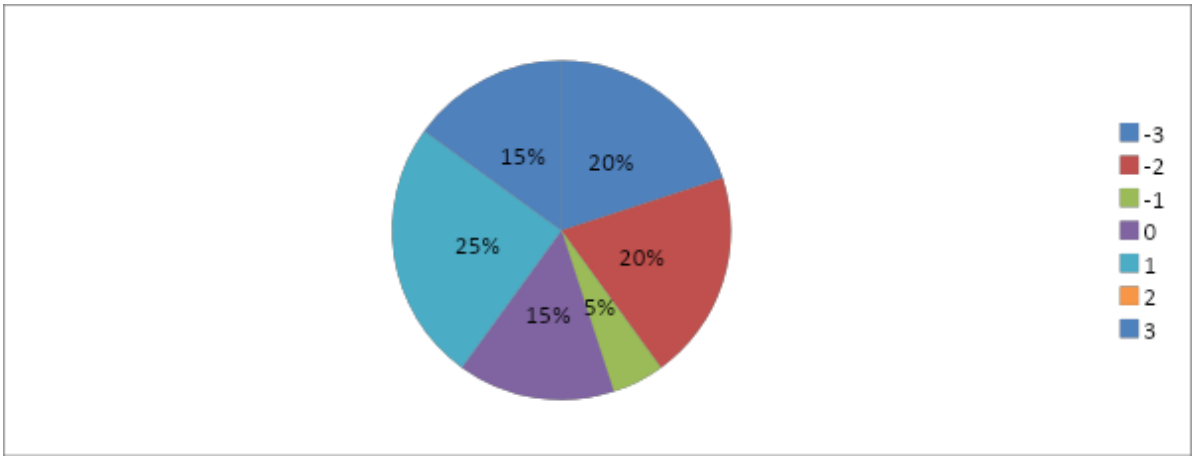

Рисунок 2.24. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я керую своїм життям/Моїм життям керують обставини)

Далі учасникам дослідження було запропоновано з'ясувати, наскільки вони отримують задоволення від своїх повсякденних справ. З-поміж усіх опитаних 35% відповіли, що повсякденні справи приносять їм задоволення і лише 15% проводять свій час у переживаннях. Такі результати можуть свідчити про те, що респонденти вже звикли до свого статусу й не звертають особливої уваги на проблеми довкола, намагаючись жити настільки повноцінним життям, наскільки це можливо. Більш докладно наведені відомості представлені на рисунку 2.25.

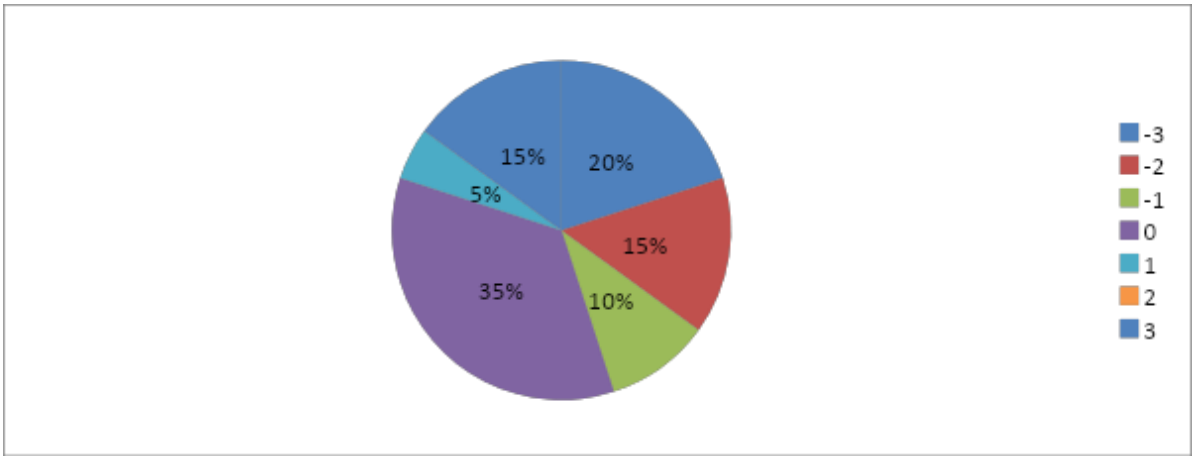

Рисунок 2.25. Результати відповідей за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» (Я отримую задоволення від своїх повсякденних справ/Я розчарований своїми повсякденними справами)

Отже, можна відзначити, що за методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» велика кількість учасників продемонструвала високий рівень цілеспрямованості, відповідальності.

Для отримання відомостей про учасників дослідження було використано авторську анкету. Згідно з першим питанням анкети, учасникам дослідження було запропоновано назвати власну статеву приналежність. За підсумками відповідей на зазначене питання було отримано такі показники.

У вибірці групи осіб із хронічними захворюваннями переважають жінки: 65% проти 35% чоловіків. Згідно з отриманими відомостями, жінки частіше беруть участь у опитуваннях, керуючись бажанням вплинути на ту чи

іншу ситуацію. Є ймовірність, що це – саме цей випадок. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.26.

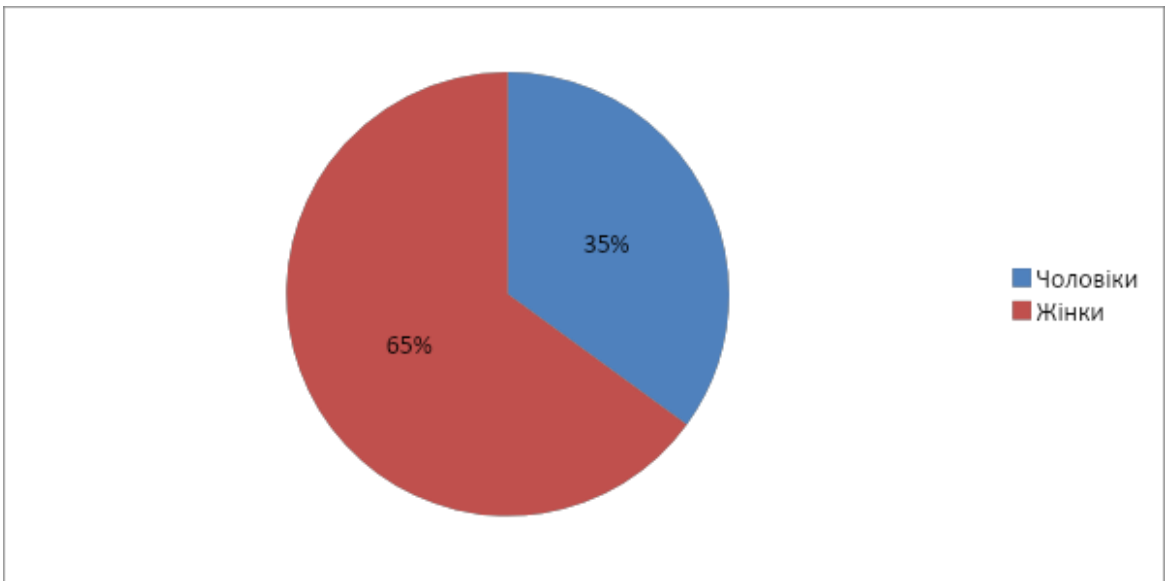

Рисунок 2.26. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за статтю

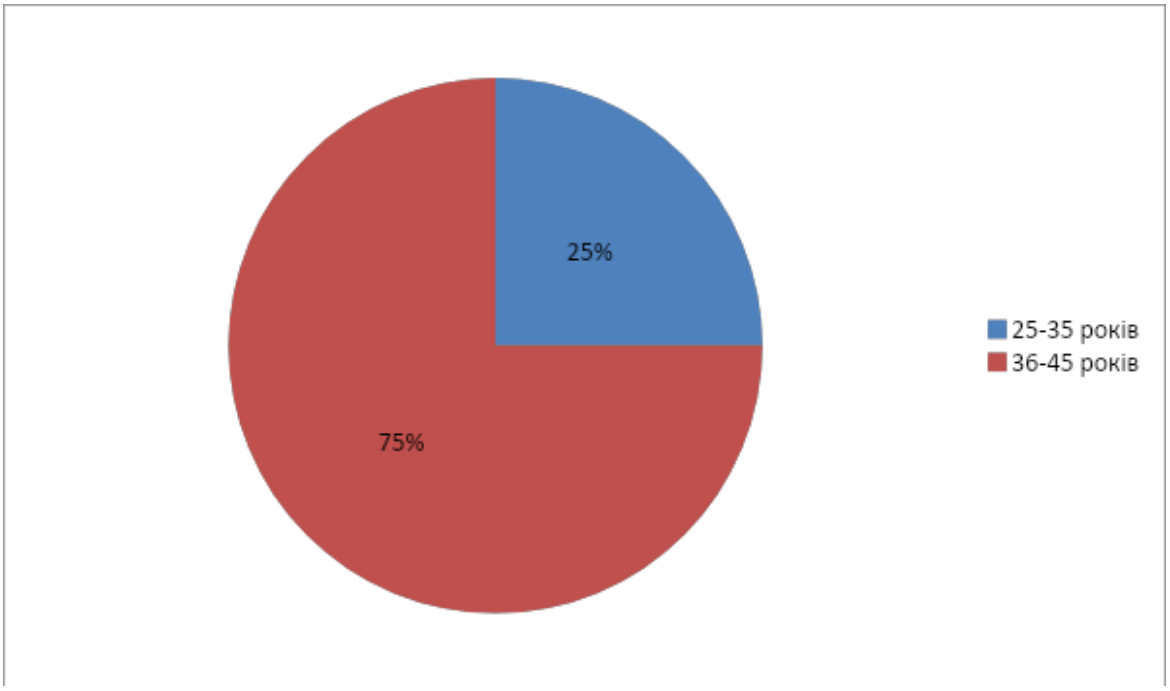

Рисунок 2.27. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за віковими показниками

Наступним було розглянуто віковий діапазон учасників дослідження. Слід зауважити, що абсолютна більшість респондентів групи осіб із хронічними захворюваннями входять у молоду вікову категорію: 25% - від 25 до 35 років, 75% - від 36 до 45 років. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.27.

Наступне питання анкети стосувалося роду занять учасників дослідження. У групі осіб із хронічними захворюваннями 50% учасників відзначили, що працюють. 30% опитаних охарактеризували себе як осіб, що не навчаються і не працюють. 20% учасників опитування відзначили, що наразі навчаються у виші чи отримують середню професійну освіту. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.28.

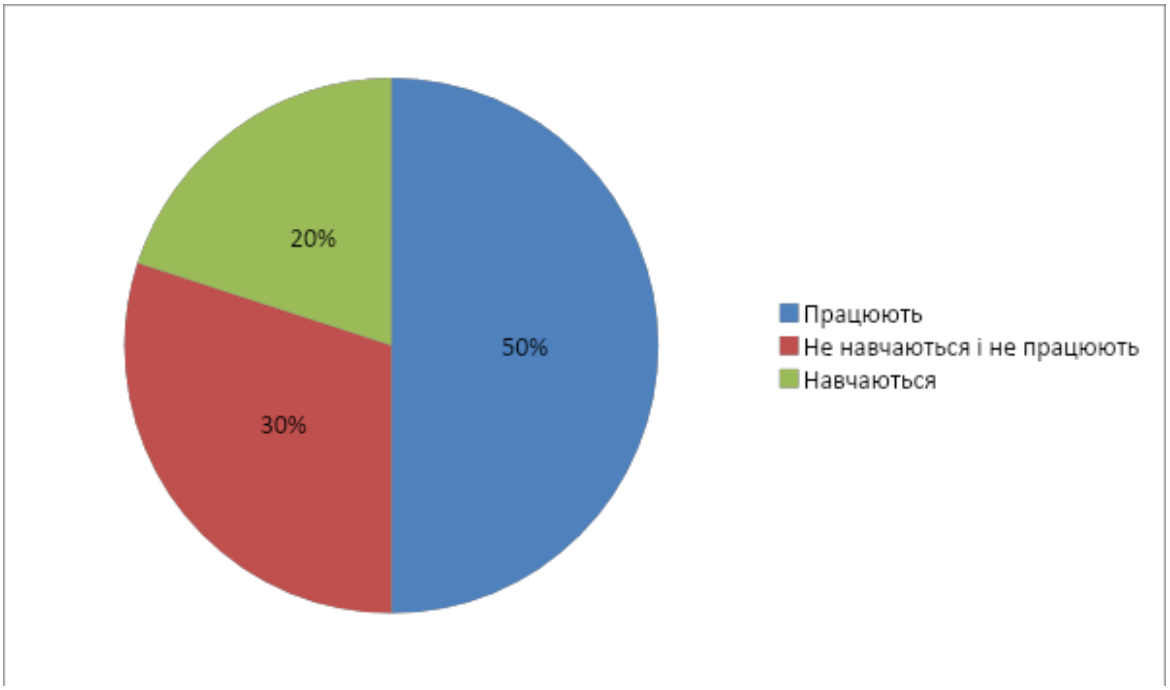

Рисунок 2.28. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за родом занять

Наступне питання, що було опрацьоване в ході роботи над авторською анкетою, стосувалося тривалості знань учасників дослідження про власне хронічне захворювання. За підсумками опрацювання зазначеного питання були отримані такі результати.

В групі осіб із хронічними захворюваннями про власне захворювання від одного до трьох років знають 20% опитаних учасників. Протягом трьох-п’яти років живуть із усвідомленням хронічного статусу власного захворювання 20% учасників дослідження. Від п’яти до десяти років про хронічність власного захворювання знають 30% опитаних. 30% учасників дослідження знають про те, що їх захворювання є хронічним, від народження. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.29.

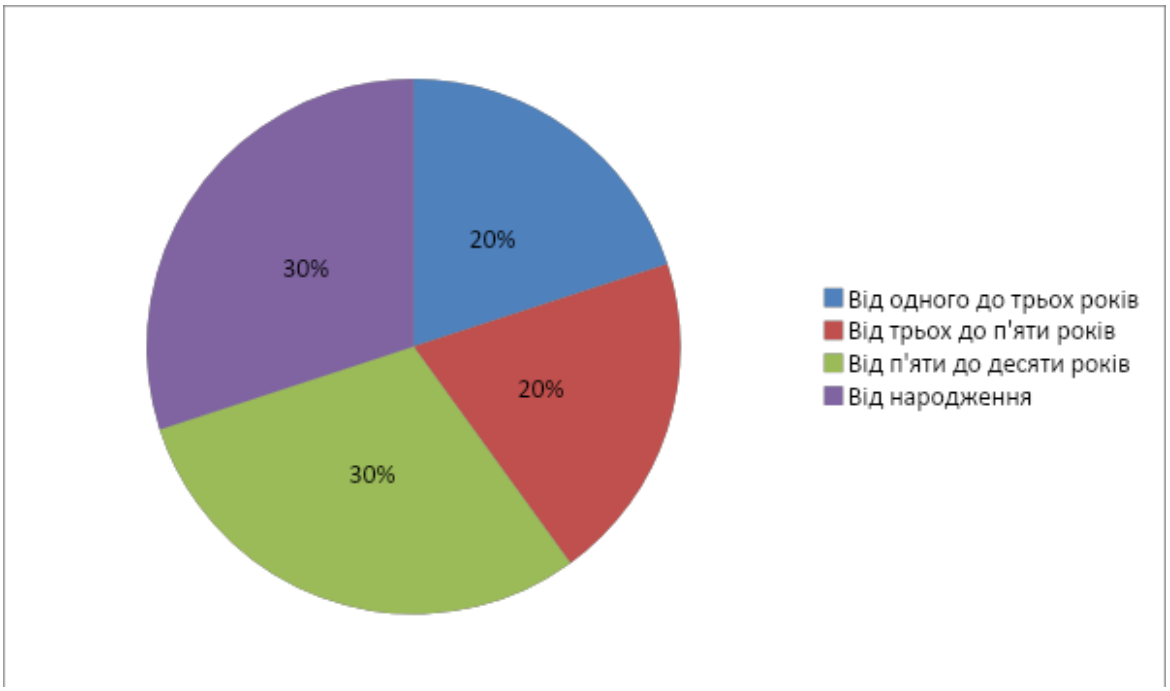

Рисунок 2.29. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за тривалістю обізнаності із хронічним виявом своєї хвороби

Наступне питання анкети стосувалося можливих змін, наявних у відносинах учасників опитування із близькими після того, як у них було виявлено хронічне захворювання. За підсумком опитування за цим критерієм було отримано такі результати.

З-поміж представників групи осіб із хронічними захворюваннями було відзначене домінування варіанту відповіді «ні» (70%), що означає відсутність

негативних змін у відносинах цих учасників опитування із близькими, що могли бути інспіровані виявленням у них хронічного захворювання. Натомість, 20% учасників опитування зауважили, що відносини з близькими людьми після виявлення хронічного захворювання зазнали погіршення. 10% опитаних відзначили, що їх спілкування із близькими практично припинилося, коли ті дізналися про хронічне захворювання учасника опитування. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.30.

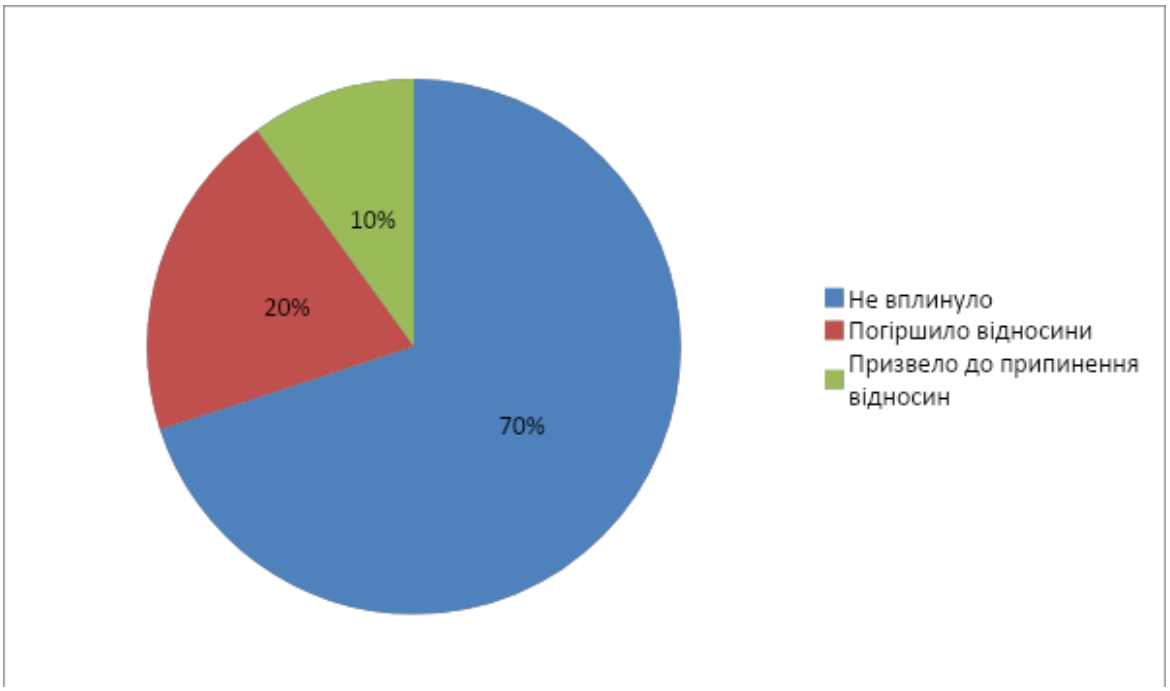

Рисунок 2.30. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за впливом інформації про хронічне захворювання на спілкування з близькими

Наступне питання авторської анкети було покликане актуалізувати поточний стан лікування учасників опитування. За підсумками його застосування було отримано таку інформацію.

В групі осіб із хронічними захворюваннями лікування проходять 90% опитаних, що дали з цього приводу ствердну відповідь. 10% учасників дослідження в групі осіб із хронічними захворюваннями лікування з тих чи

інших причин не проходять. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.31.

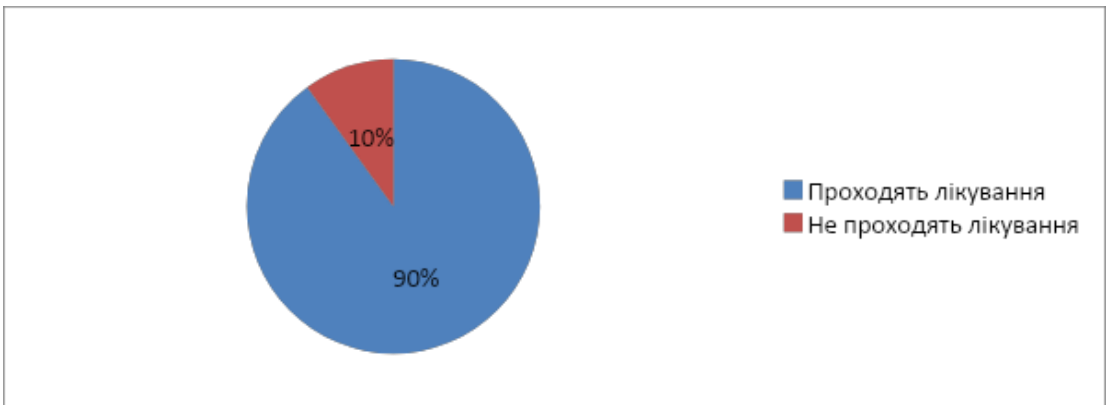

Рисунок 2.31. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за належністю до статусу лікування

Сьоме питання авторської анкети було покликане з'ясувати ставлення осіб із хронічними захворюваннями до якості лікування. Відповіді розподілилися таким чином.

В групі осіб із хронічними захворюваннями 60% опитаних відзначили, що їх ставлення до якості лікування є позитивним. 20% учасників опитування охарактеризували власне ставлення до якості лікування як негативне. Ще 20% опитаних відзначили, що ставляться до якості лікування нейтрально. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.32.

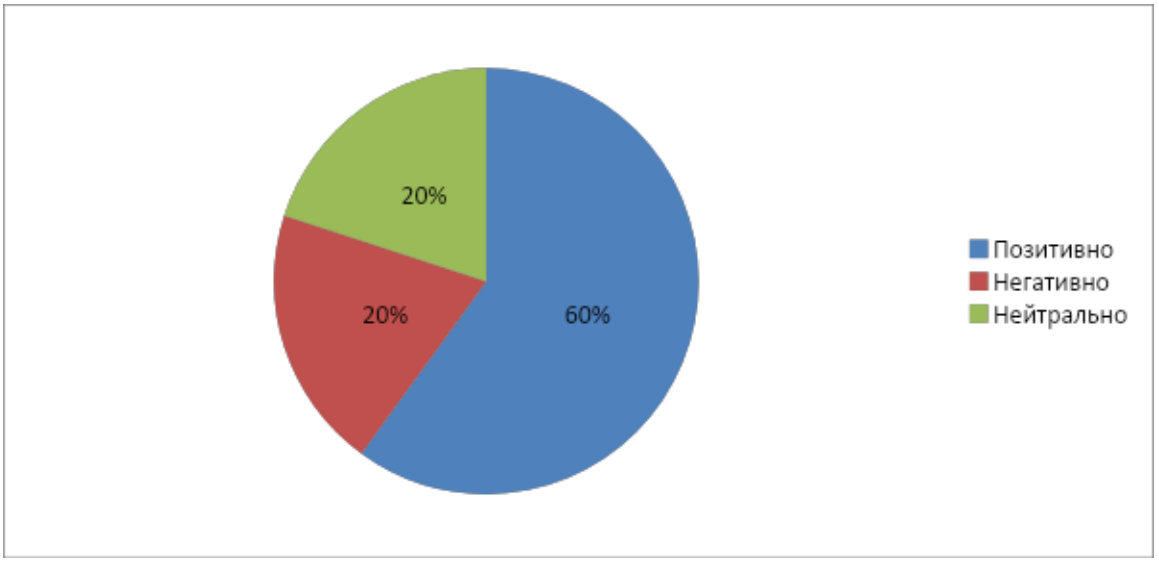

Рисунок 2.32. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за ставленням до якості лікування

Наступне питання, залучене до розгляду, мало на меті виявлення рівня довіри осіб із хронічними захворюваннями в ефективність того лікування, яке вони проходять. За підсумками його застосування було отримано таку інформацію.

В групі осіб із хронічними захворюваннями вірять у ефективність лікування 70% учасників опитування, що дали з цього приводу ствердну відповідь. Натомість, 30% учасників дослідження в групі осіб із хронічними захворюваннями в ефективність лікування з тих чи інших причин не вірять. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.33.

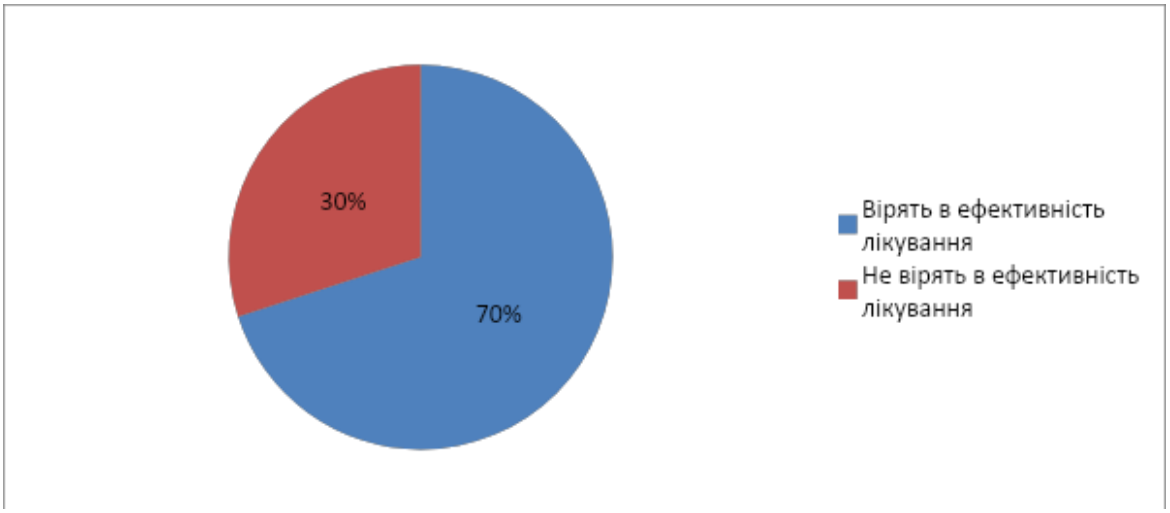

Рисунок 2.33. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями за довірою стосовно ефективності лікування

Наступне питання, залучене до розгляду, мало на меті виявлення наявності в осіб із хронічними захворюваннями планів на майбутнє. За підсумками його застосування було отримано таку інформацію.

В групі осіб із хронічними захворюваннями мають плани на майбутнє 70% учасників опитування, що дали з цього приводу ствердну відповідь. Натомість, 30% учасників дослідження в групі осіб із хронічними

захворюваннями таких планів із тих чи інших причин не мають. Більш докладно розподіл за цим показником представлений на рисунку 2.34.

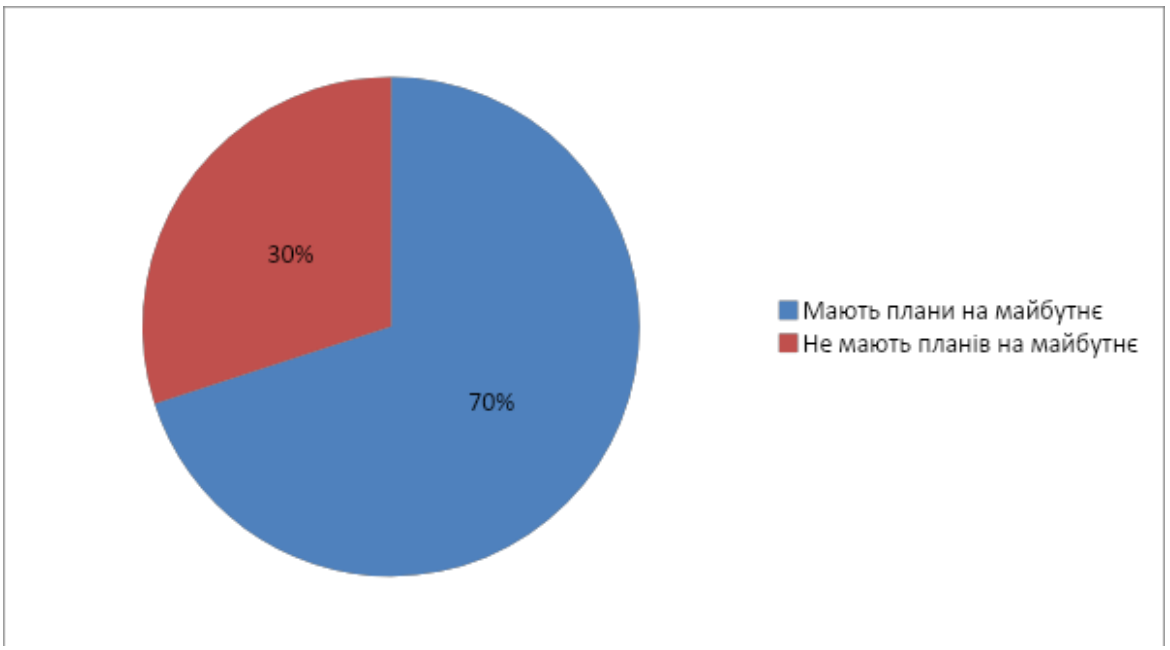

Рисунок 2.34. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями стосовно наявності планів на майбутнє

Останнє питання анкети стосувалося ідентифікації виявів дискримінації осіб із хронічними захворюваннями. За підсумками його застосування були отримані такі результати.

З-поміж учасників групи осіб із хронічними захворюваннями, 60% опитаних відзначили, що часто або постійно стикаються із дискримінацією на свою адресу. 20% учасників дослідження зауважили, що стикаються із дискримінацією стосовно себе, проте це відбувається достатньо рідко. 20% осіб із хронічними захворюваннями підкреслили, що ніколи не стикалися з дискримінацією стосовно себе за цією ознакою. Більш докладно розподіл показників за обраним питанням представлений на рисунку 2.35.

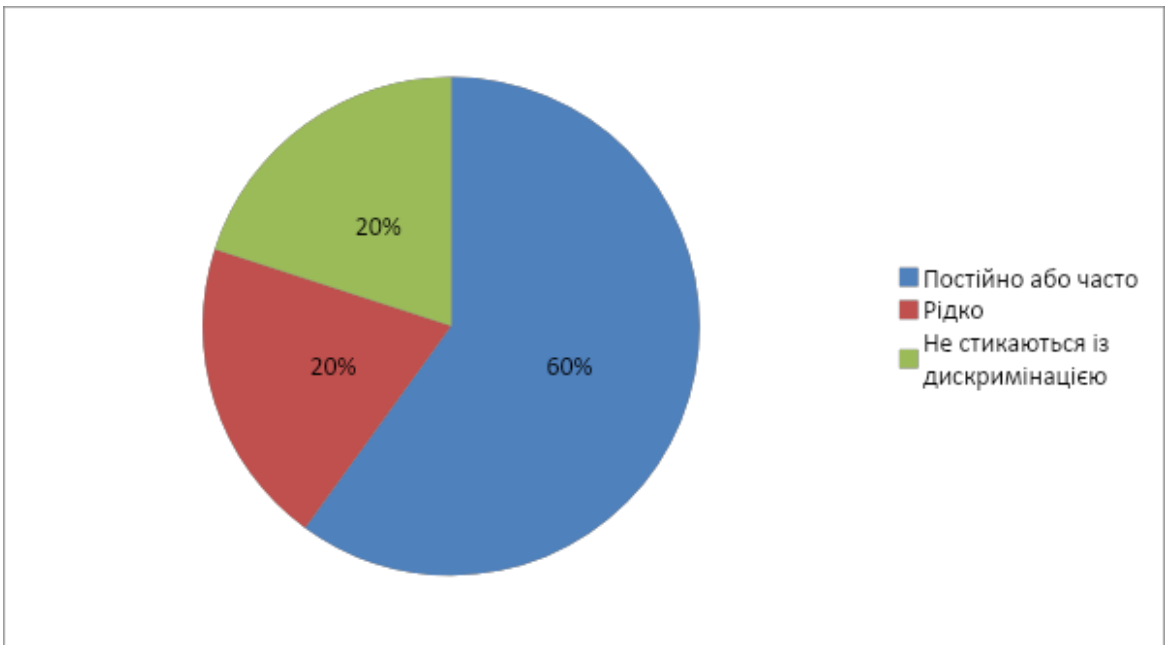

Рисунок 2.35. Розподіл учасників групи осіб із хронічними захворюваннями стосовно наявності дискримінації

Отже, за підсумками проведеного анкетування можна сформулювати такі проміжні висновки. З-поміж учасників дослідження кількісно переважають жінки, від 35 до 45 років. Більшість із них працюють або є безробітними.

Учасники опитування переважно знають про хронічність власного захворювання протягом 5-10 років. Учасники дослідження відзначають, що наявність у них хронічного захворювання здебільшого ніяк не вплинула на якість спілкування із близькими, хоча наявні й окремі випадки погіршення стосунків та навіть припинення спілкування.

Абсолютна більшість осіб із хронічними захворюваннями проходить лікування. Ставлення до якості лікування в осіб із хронічними захворюваннями переважно є позитивним, проте зустрічаються випадки нейтрального та навіть негативного оцінювання лікування. При цьому переважна більшість опитаних вірить у ефективність лікування. Із вірою осіб із хронічними захворюваннями стосовно ефективності лікування, яке вони проходять, прямо пов’язана наявність у них планів на майбутнє.

Переважна більшість представників групи осіб із хронічними захворюваннями постійно стикаються із дискримінацією власної особи.

Таким чином, завдяки обраним методикам нам вдалося визначити закономірності переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями.

Висновки до розділу 2

Для правильного визначення напрямків та форм роботи з вивчення особливостей переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями було необхідно спочатку визначити поточний рівень за названим показником. З цією метою було проведене емпіричне дослідження особливостей переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями.

У роботі використовувалися такі методики:

1. Копінг-тест Лазаруса;

2. П’ятифакторний особистісний опитувальник (Р. МакКрае, П. Коста);

3. «Як влаштований мій світ у хворобі» (за опитувальником Д. Леонтьєва);

4. Авторська анкета.

За підсумками проведеного дослідження за методикою визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса, С. Фолкмана маємо змогу сформулювати такі висновки. В групі осіб із хронічними захворюваннями відзначено домінування негативних копінг-стратегій, що пов’язуються із відсутністю віри в ефективність боротьби із хворобою, відчуттям своєї непристосованості до умов виживання у світі, що сприймається як ворожий. Ідеться про такі переважні для групи осіб із хронічними захворюваннями копінг-стратегії, як дистанціювання, уникнення, конфронтація тощо.

За підсумками використання тесту «Велика П’ятірка» було виділено такі домінанти особистості учасників дослідження. Так, за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» було відзначене домінування низького рівня залученості до зовнішнього світу, що вказує на вияв інтроверсії та відсутність сильної вкоріненості до соціуму, залежності від нього. У

граничних виявах така тенденція засвідчує небажання та неможливість установлювати соціальні контакти. За шкалою «Прив'язаність» також домінував низький рівень виявленості, пов'язаний із високорозвиненою егоцентричністю, відсутністю переживань стосовно колективних інтересів. Шкала «Самоконтроль» продемонструвала перевагу низьких показників, що пов'язані з відсутністю схильності до самоорганізації й дисципліни, слабкохарактерністю. Високі показники за шкалою «Нейротизм» свідчать про здатність осіб із хронічними захворюваннями глибоко переживати емоції, переважно, власні. Низький рівень «відкритості новому досвіду» підтверджує заглибленість осіб із хронічними захворюваннями у внутрішні переживання.

За методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» велика кількість учасників продемонструвала високий рівень цілеспрямованості, відповідальності.

За підсумками проведеного анкетування можна сформулювати такі проміжні висновки. З-поміж учасників дослідження кількісно переважають жінки, від 35 до 45 років. Більшість із них працюють або є безробітними.

Учасники опитування переважно знають про хронічність власного захворювання протягом 5-10 років. Учасники дослідження відзначають, що наявність у них хронічного захворювання здебільшого ніяк не вплинула на якість спілкування із близькими, хоча наявні й окремі випадки погіршення стосунків та навіть припинення спілкування.

Абсолютна більшість осіб із хронічними захворюваннями проходить лікування. Ставлення до якості лікування в осіб із хронічними захворюваннями переважно є позитивним, проте зустрічаються випадки нейтрального та навіть негативного оцінювання лікування. При цьому переважна більшість опитаних вірить у ефективність лікування. Із вірою осіб із хронічними захворюваннями стосовно ефективності лікування, яке вони проходять, прямо пов'язана наявність у них планів на майбутнє.

Переважна більшість представників групи осіб із хронічними захворюваннями постійно стикаються із дискримінацією власної особи.

РОЗДІЛ 3. МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З КОРИГУВАННЯ ЕМОЦІЙНОГО РЕАГУВАННЯ ОСОБАМИ ІЗ ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

3.1. Умови проведення психологічної роботи з коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями

Для коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями було розроблено й апробовано корекційну програму арт-терапевтичних занять.

Мета запропонованих арт-терапевтичних занять: укріплення психологічного здоров'я та коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями.

Програма розрахована на шість занять, спрямованих на роботу з негативними виявами трьох основних компонентів професійного вигорання педагогів – емоційне виснаження (одне заняття), деперсоналізація (три заняття), редукція професійних досягнень (одне заняття).

Зміст занять було реалізовано протягом групових та індивідуальних занять із особами з хронічними захворюваннями. Кожне заняття тривало 1 – 1,5 години. Частотність проведення: 1 раз на тиждень.

Принципи реалізації програми:

науковості – всі розробки мають науково обґрунтований характер і спираються на розробки фахівців у даній галузі;

доступності – методи та техніки доступні всім членам групи;

послідовності – перехід від простого до складного;

активності та свідомості – передбачає активну участь всіх членів групи.

Арт-терапевтичні заняття мали таку структуру:

1. Вступна частина (розігрів): шеринг (вербалізація відчуттів на початку заняття, вправи-розминки, що покликані налаштувати на роботу);

2. Основна частина – дія: вправи, покликані забезпечити вироблення практичних навиків, інформування;

3. Заключна частина: обмін відчуттями та рефлексивний аналіз: шеринг (вербалізація відчуттів у кінці заняття), рефлексія.

Наводимо тематичний план занять (Таблиця 3.1.)

Таблиця 3.1.

Тематичний план занять із арт-терапії з особами з хронічними захворюваннями

Тема	Цілі й завдання	Найменування форм роботи, вправ
Мій настрій	Цілі: саморегуляція емоційних станів; формування навичок саморегуляції емоційних станів як методів корекції та профілактики емоційного вигорання. Завдання: зменшення відчуття емоційної перенапруженості; зниження відчуття втомленості, спустошеності, вичерпаності власних емоційних ресурсів; зняття психоемоційної напруги.	Вступна частина: Озвучення цілей та завдань програми Оголошення принципів роботи арт-терапевтичної групи Шеринг Самооцінка емоційного стану «тут і зараз» Розподіл за кольоровими зонами залежно від переважного настрою Основна частина: Робота в підгрупах із різним емоційним тлом: вправа «Малюнок і колаж настрою» Індивідуальне малювання «Мій настрій» Пошук і віднаходження партнера за малюнком Обмін враженнями у спільному колі Індивідуальне малювання «Мій настрій»: повторне виконання вправи Повторний пошук та віднаходження партнера за малюнком Обмін враженнями у спільному колі: деякі учасники можуть змінити колір свого настрою Заключна частина: Шеринг Рефлексія за підсумками заняття

Малюємо в колах та мандалах	Цілі: дослідження рольових взаємовідносин у групі та впливу членів групи на індивідуальний досвід Завдання: дослідження міжособистісних взаємовідносин, конфліктів, лідерства; спостереження засобів установлення й підтримання контакту, прийняття спільних рішень та розв'язання конфліктних ситуацій; сприяння подоланню поведінкових стереотипів, розвиткові емоційної й поведінкової гнучкості; актуалізація позитивних, конструктивних домінант у ставленні до колег по роботі й до людей у цілому.	Вступна частина: Шеринг Вправа «Броунівський рух» Основна частина: Індивідуальна робота: вибір одного або декількох кол будь-якого розміру (діаметром від 3 до 30 см із цупкого паперу) Дарування обраних кол одне одному Парна, групова робота, заснована на дбайливому, турботливому ставленні до простору та відчуттів інших людей Домальовування чого-небудь у колах інших учасників за попередньою домовленістю із ними Написання добрих слів та побажань біля малюнків, що сподобалися, зі згоди їх авторів Замальовування решти вільного простору в колі візерунками, символами, значками і т.ін. Обговорення вражень у спільному колі Заключна частина: Шеринг Рефлексія за підсумками заняття Домашнє завдання: виготовлення арт-подарунка
Мій арт-подарунок	Цілі: дослідження міжособистісних відносин, індивідуальних потреб, сенсів, цінностей Завдання:	Вступна частина: Шеринг Вправа «Мій арт-подарунок для інших або для себе» Коментування своїх подарунків, розміщення їх на аркуші ватману на столі в центрі кола

	дослідження прихильностей, симпатій та антипатій у групі; створення позитивного, сприятливого емоційного тла для творчого спілкування й міжособистісної взаємодії, для реалізації потреби людини в підтримці, визнанні, сприйнятті; сприяння самовираженню, самоприйняттю, особистісному зростанню	Основна частина: Робота в загальній групі або в групі за бажанням, створення композиції з арт-подарунків на аркуші паперу. Вигадування назви композиції, опис її сюжету Аналіз отриманих результатів, звернення уваги учасників до арт-подарунків, що не були використані при створенні загальної композиції, спостереження за авторами подарунків, що були «проігноровані». Вербалізація відчуттів та побажань Продовження створення групової композиції з арт-подарунків на аркуші паперу до тих пір, поки наявні бажаючі надати їй виразності або щось у ній змінити Індивідуальна робота на тлі підтримання в групі зацікавленості та виявлення емпатії: створення власної композиції на аркуші, розробка її сюжету й назви Дарування своїх композицій (без винятку) одне одному із найтеплішими побажаннями. Можливою є організація виставки індивідуальних композицій на загальному аркуші ватману чи на шпалерах Заключна частина: Шеринг Рефлексія за підсумками заняття
Малюємо на шпалерах	Цілі: дослідження індивідуальних цілей та потреб;	Вступна частина: Шеринг Вправа «Найдобріше коло на Землі» Основна частина:

	актуалізація доброзичливих міжособистісних відносин Завдання: дослідження індивідуальних цілей та неусвідомлених мотивів, потреб, бажань, прагнень; забезпечення емоційної підтримки, «психологічного погладжування»; сприяння розвиткові доброзичливості, співпереживання почуттям інших людей; підвищення прагнення розуміння оточуючих та толерантного ставлення до багатоманітності виявів людської індивідуальності.	Групове малювання на шпалерах (один рулон на групу) в поєднанні з індивідуальним малюванням у просторі власних аркушів паперу, що символізують індивідуальні цілі в сфері здоров'я, професії, родинного життя, фінансів та матеріального добробуту, спілкування й особистісного зростання Обговорення групових та індивідуальних результатів художньої творчості в позитивному напрямку в поєднанні з позитивними побажаннями одне одному Заключна частина: Шеринг Рефлексія за підсумком заняття
Малюємо ім'я	Цілі: розвиток професійної ідентичності й самоідентифікації, посилення позитивного образу «Я» Завдання: розширення рольового репертуару й рольової гнучкості; розвиток здатностей до самоприйняття, саморозкриття, творчого самовираження;	Вступна частина: Шеринг Ходіння по кабінету, вибір найбільш комфортного для себе місця Основна частина: Індивідуальна робота: написання власного імені в повітрі правою рукою, потім лівою рукою Написання свого імені з використанням при цьому якомога більшого просторового обсягу, від підлоги до стелі, за допомогою уявного широкого пензля. Представлення найбільш приємного образу, пов'язуваного із власним іменем,

	сприяння усвідомленню цінності й унікальності власної особистості, розвиткові цілісного образу «Я»; актуалізація сприйняття власного здоров'я як професійно-особистісної цінності	із заплющеними очима, створення його уявного зображення в повітрі Запам'ятовування цього приємного образу за допомогою кольору, звучання імені, розміри літер та інші ознаки Згадка про людину з числа оточення, яка часто використовує це ім'я Зображення свого імені на аркуші паперу (можливе також створення образу імені із використанням кольорового та гофрованого паперу, блискіток, олівців, фарб, предметів тощо) Вербалізація позитивних емоцій та відчуттів, що виникли в ході роботи Вправа з використанням техніки психосинтезу: спроба «почути» в уяві ім'я будь-якої людини однієї з учасником статі, уявлення його образу. Як правило, візуалізована особистість наділена тими якостями, які учасник може або повинен у собі розвинути Індивідуальна робота: «Я малюю успіх і здоров'я» Заключна частина: Шеринг Рефлексія за підсумком заняття
Казка про моє життя	Цілі: розвиток професійної ідентичності й самоідентифікації, посилення позитивного образу «Я» Завдання:	Вступна частина: Шеринг Ходіння по кабінету, вибір найбільш комфортного для себе місця Основна частина: Індивідуальна робота: Створення казки про своє життя Обговорення казок у спільному колі

	розширення рольового репертуару й рольової гнучкості; розвиток здатностей до самоприйняття, саморозкриття, творчого самовираження; сприяння усвідомленню цінності й унікальності власної особистості, розвиткові цілісного образу «Я»; актуалізація сприйняття власного здоров'я як професійно-особистісної цінності	Вербалізація позитивних емоцій та відчуттів, що виникли в ході роботи Заключна частина: Шеринг Рефлексія за підсумком усіх занять

Основними мотиваційними факторами використання методики арт-терапії з метою зниження показників емоційного вигорання, отриманих за результатами оціночного етапу дослідження, ми визначили:

1. Практично всі люди (незалежно від віку, культурного досвіду та соціального статусу) можуть брати участь в арт-терапевтичній роботі, яка не потребує художніх здібностей чи навичок. У дитинстві ми всі малювали. Тому арт-терапія практично не має обмежень у застосуванні. Говорити про те, що існують протипоказання для участі певних осіб у арт-терапевтичному процесі, немає підстав.

2. Арт-терапія – це насамперед засіб невербальної комунікації. Це робить його особливо цінним для тих, хто недостатньо володіє мовою, важко описує свої переживання вербально або, навпаки, надмірно прив'язаний до усного спілкування. Символічна мова є однією з основ образотворчого мистецтва, яка дає змогу точніше висловити свої переживання, по-новому поглянути на ситуацію та життєві проблеми і завдяки цьому знайти рішення.

3. Художня діяльність є потужним інструментом зближення людей, своєрідним «містком» між професіоналом (психотерапевтом, психологом, педагогом тощо) і клієнтом. Це особливо цінно в ситуаціях взаємного відчуження, коли важко налагодити контакт, спілкування на занадто складну і делікатну тему.

4. У багатьох випадках художня діяльність дає змогу обійти «цензуру свідомості», тому представляє унікальну можливість досліджувати несвідомі процеси, виражати й актуалізувати латентні ідеї та стани, вивчати ті соціальні ролі та форми поведінки, які є «репресованими» або слабо виражена в побуті.

5. Арт-терапія – засіб вільного самовираження та самопізнання. Має «інсайт-орієнтований» характер; це означає атмосферу довіри, високої толерантності та уваги до свого внутрішнього світу.

6. Продукти образотворчої творчості є об'єктивним свідченням настрою і думок людини, що дозволяє використовувати їх для ретроспективної, динамічної оцінки стану, відповідних досліджень і порівнянь.

7. Арт-терапевтична робота здебільшого викликає у людей позитивні емоції, допомагає подолати апатію, безініціативність, створити більш активну життєву ситуацію.

8. В основі арт-терапії лежить мобілізація творчого потенціалу людини, внутрішнього механізму саморегуляції та лікування. Воно задовольняє базову потребу в самоактуалізації — дослідженні широкого діапазону людських можливостей і підтвердженні унікального способу існування людини у світі.

3.2. Структура та форми психологічної роботи з коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями

У ракурсі нашого дослідження ми розглядаємо методику «Казка про моє життя» як психодраматичну, оскільки при її виконанні протагоніст задіює уявну реальність, драматизуючи своє сприймання реальної ситуації. Казка, як і психодрама, конкретизує фантазії, внутрішні фігури значущих для

протагоніста людей, посередництвом сили уяви репродукуються його внутрішні конфлікти. Тому для дослідження суперечливості психіки ми обрали методику створення протагоністом казки про власне життя.

У процесі роботи з казкою про власне життя важливим є дотримання принципів роботи групи: спонтанності, добровільності, активності, відкритості між членами групи та ін. [5]. Членам групи пропонується розповісти казку про своє життя – така метафорична форма розповіді створює відчуття захищеності та дозволяє структурувати власне життя суб'єкта з позиції об'єктивного спостерігача. Глибинно-психологічна інтерпретація методики «Казка про власне життя» дає можливість виявлення логіки несвідомого через установлення лінійних взаємозв'язків (асоціацій) між образами та їх елементами. У психокорекційному груповому процесі робота з казкою є стимулом до самопізнання, можливістю поглиблення бачення протагоністом власних психологічних особливостей, розвитку саморефрексії та самоаналізу. Пережиті суб'єктом значущі події можуть зміщуватися в часі та просторі у процесі їх вербального розкриття, а метафоричність їх представлення детермінується системною впорядкованістю психіки, органічно поєднуючись з канвою психологічних захистів. Оскільки сформовані захисні механізми живляться енергією, спрямування якої зумовлене фіксаціями інфантильного періоду розвитку суб'єкта, казка дає можливість інтегрувати у розповіді емоційний і когнітивний аспекти. Тому є підстави стверджувати, що узгодження системності психічних захистів з метафоричністю сприйняття зароджується у дитячому віці, коли психіка ще не усталена й чутлива до сприйняття узагальнених метафоричних змістів – казок.

Важливою є інтерпретація казки, зокрема пояснення «Казки про власне життя» самим протагоністом, що дає змогу вивільнити енергетику фіксацій, витіснених у дитинстві. Глибинно-психологічна інтерпретація сприяє виявленню логіки несвідомого на емпіричній конкретиці – її визначають лінійні взаємозв'язки між образами та їхніми елементами. На думку

В. О. Медведєва «…казка, як і сновидіння, виступає в якості «королівської дороги до пізнання несвідомого», в якості того чарівного дзеркальця, за допомогою якого ми можемо заглянути у невідоме, зрозуміти глибину структурування психічної реальності людини і виявити фантазійний зміст основних неврозогенних конфліктів її інфантильного досвіду» [11].

Представимо казку про власне життя М. з подальшим аналізом, що ілюструє об'єктивування внутрішніх суперечностей психіки протагоніста.

Інструкція. Спонтанно та невимушено розкажіть казку, яка б змогла відобразити ваше життя. Можете використовувати метафоричні форми, фантастичні сюжети, казкових героїв тощо.

Казка про власне життя протагоніста М.

М.: **1.** Жили-були король з королевою. Одного разу у них народилась принцеса, красива і премудра, грайлива і гарненька. Росла вона на радість батькам. **2.** Через десять років у королівської пари народилась ще одна принцеса, мовчазна і спокійна, котра ніколи не плакала. Вона теж росла на радість королю і королеві. **3.** Молодша принцеса отримувала все, чого хотіла: вона займалась танцями з кращими вчителями і бойовими мистецтвами, тому що королівство потрібно було захищати. **4.** Принцеса купалась у річці і росла щасливою.

5. Одного разу старша принцеса зустріла свого Івана-Царевича і поїхала в інше королівство. **6.** Молодша принцеса часто їздила до неї в гості. **7.** У старшої принцеси народилась маленька донька і молодша сестра дуже цьому зраділа. **8.** Старшій принцесі потрібно було вчитись різним премудростям, **9.** тому сестра поїхала до неї жити для того, щоб допомогти ростити маленьку доньку. **10.** Король та королева дуже сумували за своїми доньками і тому часто приїздили до них у гості. Обидві сім'ї жили щасливо. **11.** Але пройшов рік і лікарі виявили у дівчинки смертельну хворобу. Лікування не допомогло і дівчинка померла.

12. Молодша принцеса виросла, стала знайомитись з принцами, **13.** та не зустріла того, в кому знайшла б опору. **14.** Тоді вона зачинилась у башті і залишилась сама.

П.: **15.** Вона стала просто пасивно чекати?

М.: **15.** Ні, вона весь час займалась справами: шила, в'язала, вишивала, отримувала освіту, **16.** але вона перестала чекати на принца.

Таблиця 3.2

Внутрішні суперечності психіки протагоніста М.

(на матеріалі «Казки про власне життя»)

Тенденція «до життя» - 4, 5 14	Тенденція «до психологічної смерті» 14
Тенденція «до сили» 3 14, 16	Тенденція «до слабкості»
Тенденція «до людей» - 6, 9, 12 14, 16	Тенденція «від людей»
Прагнення до самореалізації - 3, 12, 15 14, 16	Блокування власного потенціалу
Любов до сестри 6, 7, 9 1	Конкуренція з сестрою
Прагнення налагодження - стосунків з партнером 13, 14 12	Відчуження партнера

Узагальнювальний науковий аналіз казки про власне життя протагоніста М.

Аналіз тексту авторської казки дозволяє об'єктивувати внутрішні суперечності психіки протагоніста й глибинні детермінанти, що спричинили їх зародження.

У казці акцентується увага на драмі життя автора, яка зумовлена відсутністю емоційної близькості з батьками, конкуренцією з сестрою за їхню увагу, а також горем через втрату маленької племінниці. Текст казки засвідчує наявність суперечності між прагненням досягати успіху в соціально значущих ситуаціях, як, наприклад, отримання хорошої освіти, особистісний ріст і, водночас, імперативним тиском неусвідомлюваних інфантильних бажань, що виражаються у неможливості досягнути успіху без підтримки сильного чоловіка. Така суперечність детермінована едіповою залежністю: з одного боку автор хоче виправдати сподівання «короля та королеви» – батьків і не бути гіршою від «старшої принцеси» – сестри, а з іншого – прагне компенсувати недолік емоційного тепла в дитинстві, зустрівши «принца», в якому «знайшла б опору». Таким чином протагоніст прагне до самореалізації і, водночас, блокує власний потенціал. Згідно тексту казки, автор – «молодша принцеса» – прагне досягти успіху в танцях і бойових мистецтвах, щоб зрівнятись зі «старшою принцесою» – сестрою, яка вже народилась «красивою і премудрою», «гарненькою й грайливою». Конкуруючи з сестрою, автор зреалізовує просоціальну тенденцію «до сили», проте, водночас вона любить сестру і бажає їй допомогти. Поряд з цим існує прихована від свідомості протагоніста тенденція «до слабкості», «до самопокарання», що має глибинно-психологічні витоки і пов’язана з почуттям провини, породженим смертю племінниці.

Казка презентує, що протагоніст прагне до щастя, соціальних досягнень, пізнання нового, що задає психіці спрямованість «до життя». М. хоче отримувати любов від оточення, контактувати з близькими, допомагати їм, таким чином виявляючи тенденцію «до людей». Однак зі змісту бачимо, як негативні переживання дитинства, пов’язані з блокуванням лібідних почуттів у сім’ї та втратою племінниці, вплинули на формування тенденції «до психологічної смерті». Недолік емоційного тепла у сім’ї презентується через необхідність принцеси приховувати свої емоції, залишаючись «мовчазною та спокійною» поряд з «гарненькою та грайливою» старшою

сестрою. Таким чином стає зрозуміло, що М. почувається в сім'ї самотньо та незатишно. Твердження, що молодша принцеса (протагоніст) «ніколи не плакала» підтверджує необхідність блокування емоцій, не дивлячись на те, що у автора є привід для смутку.

Як доводить зміст казки, травмівні події зумовили захисні стратегії поведінки М. Вона уникає чуттєвого контакту з чоловіками через острах, що вони не зможуть стати їй опорою. М. відчужує чоловіків – «принців», покладаючи на них провину за неможливість забезпечити їй підтримку й розуміння і таким чином компенсувати любов батьків та померлої племінниці. Таким чином протагоніст захищається від переживань шляхом їх омертвіння, що є виявом психологічної імпотенції. Аналізанд переживає відчуття самотності, депресивності, закритості перспектив майбутнього, страх соціального життя. У казці такі тенденції представлені рішенням принцеси зачинитись у башті і більше не чекати на принца. Зачинившись у башті, принцеса дистанціюється від оточення, переносячи таким чином атмосферу стосунків з батьками на ситуації взаємодії з іншими людьми, що обумовлює тенденцію «від людей».

Отже, аналіз казки презентує вплив об'єктних відношень на зародження внутрішніх суперечностей психіки протагоніста М. Об'єктності набуває сімейний клімат, що єднав протагоніста з батьками і характеризувався емоційною закритістю, конкуренцією. Об'єктне відношення знаходить вираження у блокуванні лібідних порухів, як це мало місце у батьківській родині протагоніста. Така тенденція виражається через відчуження чуттєвого аспекту, прагнення до самотності, страх соціальних контактів, блокування власних перспектив. Для М. залишається прихованим те, що вона намагається реалізувати інфантильні потреби в любові та підтримці, чого їй бракувало у родинному колі, але у стосунках з партнерами вона несвідомо відновлює атмосферу емоційної закритості, що зумовлює імпотування стосунків.

Для виявлення особливостей об’єктивування внутрішніх суперечностей психіки в контексті вказаної методики представимо психоаналіз «Казки про власне життя» протагоніста А..

Таблиця 3.3

Внутрішні суперечності психіки А.

Тенденція «до життя» Тенденція «до психологічної - 20, 22, 37 смерті» 18
Тенденція «до сили» Тенденція «до слабкості» - 14, 23, 26, 32, 33, 36 31
Тенденція «до людей» Тенденція «від людей» - 20 – 22, 27, 32, 36 29, 30
Прагнення до самостійності Залежність від матері - та незалежності 12, 19, 35 7, 13, 14, 16
Тенденція до душевної гармонії, Тенденція до самопокарання - любові та відчуження любові 36 8, 17, 28, 34, 29,
Прагнення до налагодження Дискредитація партнера - стосунків з партнером 34 36

Казка А. об’єктивує внутрішній конфлікт протагоніста й дозволяє виявити усталені тенденції психіки через встановлення взаємозв’язків між окремими елементами матеріалу, спонтанно продукованого аналізандом. Як свідчить інтерпретація психолога, образи та сюжет казки відображають об’єктні відношення протагоніста.

На початку казки привертає увагу значимість для протагоніста батьківських фігур (король та королева – статусні особи) та великі сподівання

автора на любов та увагу з боку батьків (донька – «довгоочікувана маленька принцеса»). Однак, присутній натяк на негаразди у стосунках з батьками: дівчинка була «слухняною і нікому не заважала»; принцесу відправили в «інше, незнайоме їй, царство», де дівчинці було «страшно й незатишно». З казки видно, що батьки мають щодо доньки завищені очікування, що обумовлюють з одного боку протест та бажання «робити те, що хочу», а з іншого – почуття провини та тенденцію до самопокарання через неможливість відповідати сподіванням батьків. Така тенденція протягом усього сюжету супроводжує прагнення принцеси до самостійності та незалежності.

Як видно з казки, переживання протагоністом травмівної події (смерті батька) поглиблює негативні емоційні стани А., зокрема, смуток та відчуття самотності. Саме після того, як «короля не стало» принцеса перетворюється на Попелюшку. Тенденція до вимушеного повторення травмівних подій дитинства та почуття провини обумовлює прагнення принцеси переїхати в інше королівство і зреалізувати сценарій Попелюшки. Означене доводить наявність у протагоніста саморуйнівних тенденцій і зокрема – тенденції «до психологічної смерті».

Привертає увагу нерівність у стосунках принцеси та її матері-королеви. Висловлювання протагоніста свідчать про амбівалентність у ставленні до матері: з одного боку – любов та співчуття, прагнення замінити батька, а з іншого – розуміння, що мати емоційно експлуатує доньку.

Для А. залишається невидимим, що вона прагне до самостійності, проте залишається залежною від матері. У Попелюшки присутнє бажання повернутись до ситуації дитинства, яке підживлюється фактом, що у той час вона була близька до первинного лібідного об’єкта – батька-короля. На своєму шляху вона зустрічає принца, але він не в змозі виправдати очікувань принцеси, забезпечити її так, як це робив батько. Несвідоме бажання єднатись з батьком обумовлює суперечність: А. хоче гармонійних стосунків з партнером, але водночас дискредитує його. Едіпова залежність розв’язується

одночасно через прагнення принцеси зайняти місце батька – забезпечувати себе та матір й стати на місце матері – самій бути королевою.

Казка протагоніста свідчить про те, що її стосунки з оточуючими обтяжені образою та нерозумінням, що обумовлено дитячим досвідом взаємодії з батьками: «Королі та королеви (по аналогії з батьками) лише віддавали накази, а Попелюшку вважали блазнем»; зусиль Попелюшки не цінували. Тим самим обумовлюються тенденції «від людей» та «до слабкості». Врешті принцеса повертається до замку королеви-матері, яка радо приймає доньку. Таким чином знову зреалізовується тенденція до вимушеного повторення – в дитинстві принцесу віддали до невідомого їй королівства, але вона знала, що «її знову заберуть до замку і їй буде там добре». В той же час принцеса прагне до самореалізації, хоче допомагати іншим людям, намагається досягти щастя та добробуту, що задає психіці спрямованість «до життя», «до сили» та «до людей».

Як свідчить аналіз казки, внутрішня суперечливість психіки А. зародилась під впливом стосунків з батьками й травмівних подій дитинства. Аналіз дозволяє об’єктивувати наслідки інфантильного періоду в актуальній поведінці аналізанда, зокрема, невміння долати труднощі в реальному житті (дезадаптованості). Отже, методика «Казка про власне життя» дозволяє А. усвідомити, що травма розлуки з лібідним об’єктом (батьком) спричинила її капсулювання в дитячій позиції, а страх його втрати вплинув на формування потреби його заміщення в особистому житті. Це призводить до моделювання первинної ситуації спілкування з об’єктом, екстраполюючись на різні сфери – як інтимного, так і професійного характеру.

Подальша інтерпретація психологом казки про власне життя протагоніста дозволяє побачити структурування психіки значущими подіями, які переживалися особою в житті. Висловлювання А. по закінченні психоаналізу казки засвідчує корекційний результат: «Я немов збоку побачила віхи свого життя, змогла по-іншому побачити його, зрозуміти свої помилки. Це було дуже пізнавальним і допомогло мені повернути внутрішнє

відчуття сили та гармонії». Так, протагоніст прагне набути реального погляду на своє життя та позбутися інфантильної позиції.

Як видно з наведених вище стенограм, робота з використанням методики «Казка про власне життя» дає змогу дослідити глибинно-психологічні витоки внутрішніх суперечностей психіки, сприяє усвідомленню протагоністами детермінованості власної поведінки фіксаціями раннього дитинства, які набувають об'єктності та виявляються у ставленні до оточення. Сприйняття казкового сюжету допомагає активізувати вже наявний життєвий досвід суб'єкта, зрозуміти причинно-наслідкові зв'язки подій та вчинків. Таке об'єктивування сприяє розширенню самосвідомості аналізанда, що веде до послаблення деструкцій його психіки та отримання можливості реалістичного погляду на своє життя.

Висновки до розділу 3

З метою корекції емоційних реакцій людей, які страждають на хронічні захворювання, розроблено та апробовано корекційну програму арт-терапевтичних занять.

Основними мотиваційними факторами використання методики арт-терапії з метою зниження показників емоційного вигорання, отриманих за результатами оціночного етапу дослідження, ми визначили:

1. Практично всі люди (незалежно від віку, культурного досвіду та соціального статусу) можуть брати участь в арт-терапевтичній роботі, яка не потребує художніх здібностей чи навичок. Тому арт-терапія практично не має обмежень у застосуванні. Говорити про те, що існують протипоказання для участі певних осіб у арт-терапевтичному процесі, немає підстав.

2. Арт-терапія – це насамперед засіб невербальної комунікації. Це робить його особливо цінним для тих, хто недостатньо володіє мовою, важко описує свої переживання вербально або, навпаки, надмірно прив'язаний до усного спілкування. Символічна мова є однією з основ образотворчого

мистецтва, яка дає змогу точніше висловити свої переживання, по-новому поглянути на ситуацію та життєві проблеми і завдяки цьому знайти рішення.

3. Художня діяльність є потужним інструментом зближення людей, своєрідним «містком» між професіоналом (психотерапевтом, психологом, педагогом тощо) і клієнтом. Це особливо цінно в ситуаціях взаємного відчуження, коли важко налагодити контакт, спілкування на занадто складну і делікатну тему.

4. У багатьох випадках художня діяльність дає змогу обійти «цензуру свідомості», тому представляє унікальну можливість досліджувати несвідомі процеси, виражати й актуалізувати латентні ідеї та стани, вивчати ті соціальні ролі та форми поведінки, які є «репресованими» або слабо виражена в побуті.

5. Арт-терапія – засіб вільного самовираження та самопізнання. Має «інсайт-орієнтований» характер; це означає атмосферу довіри, високої толерантності та уваги до свого внутрішнього світу.

6. Продукти образотворчої творчості є об'єктивним свідченням настрою і думок людини, що дозволяє використовувати їх для ретроспективної, динамічної оцінки стану, відповідних досліджень і порівнянь.

7. Арт-терапевтична робота здебільшого викликає у людей позитивні емоції, допомагає подолати апатію, безініціативність, створити більш активну життєву ситуацію.

8. В основі арт-терапії лежить мобілізація творчого потенціалу людини, внутрішнього механізму саморегуляції та лікування. Воно задовольняє базову потребу в самоактуалізації — дослідженні широкого діапазону людських можливостей і підтвердженні унікального способу існування людини у світі.

ВИСНОВКИ

Масштаби розповсюдження хронічних захворювань, особливості й специфіка їх перебігу висувають зазначену проблему із прерогативи медиків у нову, соціально-психологічну площину.

Хронічне захворювання розглядається на сучасному етапі як складна кризова ситуація. Вона стосується когнітивних, емоційних і поведінкових сфер особистості. В умовах ламання життєвих стереотипів, відсутності глибоких особистісних контактів, різкого обмеження кола спілкування, соціальної ізоляції у осіб, що мають хронічні захворювання, стосовно ситуації фрустрації виявляється низька толерантність. Соціально-психологічні особливості осіб, що мають хронічні захворювання, відзначають їх соціальну пасивність, замкнутість, конфліктність, агресивність, необґрунтовані лідерські устремління, високий рівень ситуативної й особистісної тривожності, замкнутість, переживання недостатньої цінності власної особистості.

Нормальні психологічні особистісні реакції хворого прийнято відрізняти від психопатологічних реакцій - наприклад, депресивних, фобічних, істеричних, іпохондричних і анозогностичних (в останньому випадку факт захворювання взагалі не визнається). Депресивні стани, що розвиваються на початку захворювання, частіше пов'язані з високою тривожністю, а в подальшому частіше зустрічається і астенодепресивний синдром. Істеричні реакції проявляються в емоційній нестійкості, театральності поведінки, афектах, гіпертрофічних скаргах.

Іпохондричні реакції зазвичай спостерігаються при хронічних, хоча і неважких захворюваннях. Їх появі сприяють тривожний і недовірливий характер хворого, висока чутливість, невпевненість, нестійкість і ригідність; при цьому тривалість реакції зазвичай не перевищує кількох днів або тижнів. Правда, іноді цей стан зберігається роками, переростаючи в іпохондричний

розлад особистості. Фобічні реакції полягають у появі нав'язливих і безпідставних страхів.

Суттєву роль у процесі психосоціальної адаптації хворого відіграє здатність індивіда до динамічної перебудови системи стосунків, установок, життєвих цілей.

Виявлені соціально-психологічні зміни особистості осіб, що мають хронічні захворювання, що знижують стресостійкість, здатність до соціальної адаптації, дозволяють конкретизувати уявлення про особливості їх психічного реагування й поведінки й можуть бути використані для вибору методичних засобів при проведенні психокорекційної й психотерапевтичної роботи з особами, що мають хронічні захворювання із подолання життєвої кризи, підтримці працездатності, підвищенню якості їх життя, створення можливостей для самореалізація особистості.

Копінг-стратегії як реакція людини на переживання хронічного захворювання характеризуються оптимальною моделлю поведінки, яка виконує функцію мінімізації негативних впливів обставин та підвищення можливостей психічного та фізичного відновлення; пристосування. Для цього необхідно вибудовувати власну мережу соціальних контактів, яка здатна компенсувати вплив негативних факторів, служити засобом послаблення повсякденного стресу і сприяти зростанню задоволеності собою чи регулювання, перетворення життєвих ситуацій; підтримки позитивного «образу Я», впевненості у своїх силах; підтримки емоційної рівноваги та збереження досить тісних взаємозв'язків з іншими людьми.

Для правильного визначення напрямків та форм роботи з вивчення особливостей переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями було необхідно спочатку визначити поточний рівень за названим показником. З цією метою було проведене емпіричне дослідження особливостей переживання емоцій особами із хронічними захворюваннями.

У роботі використовувалися такі методики:

1. Копінг-тест Лазаруса;

2. П’ятифакторний особистісний опитувальник (Р. МакКрае, П. Коста);

3. «Як влаштований мій світ у хворобі» (за опитувальником Д. Леонтьєва);

4. Авторська анкета.

За підсумками проведеного дослідження за методикою визначення копінг-стратегій Р. Лазаруса, С. Фолкмана маємо змогу сформулювати такі висновки. В групі осіб із хронічними захворюваннями відзначено домінування негативних копінг-стратегій, що пов’язуються із відсутністю віри в ефективність боротьби із хворобою, відчуттям своєї непристосованості до умов виживання у світі, що сприймається як ворожий. Ідеться про такі переважні для групи осіб із хронічними захворюваннями копінг-стратегії, як дистанціювання, уникнення, конфронтація тощо.

За підсумками використання тесту «Велика П’ятірка» було виділено такі домінанти особистості учасників дослідження. Так, за шкалою «Залученість до зовнішнього світу» було відзначене домінування низького рівня залученості до зовнішнього світу, що вказує на вияв інтроверсії та відсутність сильної вкоріненості до соціуму, залежності від нього. У граничних виявах така тенденція засвідчує небажання та неможливість установлювати соціальні контакти. За шкалою «Прив’язаність» також домінував низький рівень виявленості, пов’язаний із високорозвиненою егоцентричністю, відсутністю переживань стосовно колективних інтересів. Шкала «Самоконтроль» продемонструвала перевагу низьких показників, що пов’язані з відсутністю схильності до самоорганізації й дисципліни, слабкохарактерністю. Високі показники за шкалою «Нейротизм» свідчать про здатність осіб із хронічними захворюваннями глибоко переживати емоції, переважно, власні. Низький рівень «відкритості новому досвіду» підтверджує заглибленість осіб із хронічними захворюваннями у внутрішні переживання.

За методикою «Яким чином влаштований світ у моїй хворобі» велика кількість учасників продемонструвала високий рівень цілеспрямованості, відповідальності.

За підсумками проведеного анкетування можна сформулювати такі проміжні висновки. З-поміж учасників дослідження кількісно переважають жінки, від 35 до 45 років. Більшість із них працюють або є безробітними.

Учасники опитування переважно знають про хронічність власного захворювання протягом 5-10 років. Учасники дослідження відзначають, що наявність у них хронічного захворювання здебільшого ніяк не вплинула на якість спілкування із близькими, хоча наявні й окремі випадки погіршення стосунків та навіть припинення спілкування.

Абсолютна більшість осіб із хронічними захворюваннями проходить лікування. Ставлення до якості лікування в осіб із хронічними захворюваннями переважно є позитивним, проте зустрічаються випадки нейтрального та навіть негативного оцінювання лікування. При цьому переважна більшість опитаних вірить у ефективність лікування. Із вірою осіб із хронічними захворюваннями стосовно ефективності лікування, яке вони проходять, прямо пов’язана наявність у них планів на майбутнє.

Переважна більшість представників групи осіб із хронічними захворюваннями постійно стикаються із дискримінацією власної особи.

Для коригування емоційного реагування осіб із хронічними захворюваннями було розроблено й апробовано корекційну програму арт-терапевтичних занять.

Провідною мотивацією застосування техніки арт-терапії з метою зниження показників емоційного вигорання, отриманих за підсумками констатувального етапу дослідження, були визначені такі чинники:

1. Практично кожна людина (незалежно від свого віку, культурного досвіду та соціального становища) може брати участь у арт-терапевтичній роботі, яка не вимагає від неї жодних здібностей до образотворчої діяльності чи художніх навичок. Кожен із нас, будучи дитиною, малював, ліпив та грав. Тому арт-терапія практично не має обмежень у використанні. Немає підстав говорити про наявність будь-яких протипоказань до участі тих чи інших людей в арт-терапевтичному процесі.

2. Арт-терапія є засобом переважно невербального спілкування. Це робить її особливо цінною для тих, хто недостатньо добре володіє мовою, утруднюється у словесному описі своїх переживань, або, навпаки, надмірно пов'язаний із мовленнєвим спілкуванням. Символічна мова є однією з основ образотворчого мистецтва, що дозволяє людині часто більш точно висловити свої переживання, по-новому поглянути на ситуацію та життєві проблеми та знайти завдяки цьому шлях до їх вирішення.

3. Образотворча діяльність є потужним засобом зближення людей, своєрідним «мостом» між фахівцем (психотерапевтом, психологом, педагогом тощо) та клієнтом. Це особливо цінно в ситуаціях взаємного відчуження, при утрудненні в налагодженні контактів, спілкуванні з приводу занадто складного та делікатного предмета.

4. Образотворча діяльність у багатьох випадках дозволяє обходити «цензуру свідомості», тому представляє унікальну можливість вивчення несвідомих процесів, висловлювання і актуалізації латентних ідей і станів, тих соціальних ролей і форм поведінки, які у «витісненому» вигляді чи слабко виражені у повсякденні.

5. Арт-терапія є засобом вільного самовираження та самопізнання. Вона має «інсайт-орієнтований» характер; передбачає атмосферу довіри, високої толерантності та уваги до внутрішнього світу людини.

6. Продукти образотворчої творчості є об'єктивним свідченням настроїв та думок людини, що дозволяє використовувати їх для ретроспективної, динамічної оцінки стану, проведення відповідних досліджень та зіставлень.

7. Арт-терапевтична робота здебільшого викликає у людей позитивні емоції, допомагає подолати апатію та безініціативність, сформувати більш активну життєву позицію.

8. Арт-терапія заснована на мобілізації творчого потенціалу людини, внутрішніх механізмах саморегуляції та лікування. Вона відповідає фундаментальній потребі в самоактуалізації – розкритті широкого спектра можливостей людини та утвердження індивідуально-неповторного способу буття у світі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бефані А. А. Концепція міжсуб'єктності С. Л. Рубінштейна і сучасне розуміння проблеми вдосконалення особистості в подружніх відносинах. *Вісник Одеського національного університету* : зб. наук. праць. 2010. Т. 14. Вип. 6. С. 9–39.

2. Боснюк В. Ф. Інтелектуально-емоційний ресурс копінг-поведінки рятувальника : монографія. Харків : ХНАДУ, 2016. 195 с.

3. Боснюк В. Ф. Звязок механізмів психологічного захисту з копінгстратегіями у рятувальників. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди*. Психологія. 2014. Вип. 41. С. 33-42.

4. Будницька О. А. Індивідуально-особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючих ситуаціях: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07. К., 2002. 19 с.

5. Вакуленко Л. М. Особливості психічних типів реагування у хворих з вестибулярною дисфункцією. *Актуальні проблеми психології*. 2015. Т.7. Вип.20. Ч. 1. С. 55-58.

6. Вус В. Терапевтичний потенціал малих груп у збереженні психічного здоров'я учасників бойових дій на сході України: аксіологічний підхід. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2019. № 43(46). С. 95-106.

7. Головнєва І.В. Зміна традиційних внутрісімейних ролей: нові моделі поведінки та конфлікти. *Практична психологія та соціальна робота*. 2006. № 4. С. 12-16.

8. Горностай П.П. Вимірювання параметрів рольового конфлікту: зарубіжний досвід. *Конфліктологічна експертиза: теорія та методика*. 2008. Вип.1. С. 116-125.

9. Дзюбинська М. Я. Формування внутрішньої картини здоров'я у дітей хворих на епілепсію. *Актуальні проблеми психології: Психологія*

особистості. Психологічна допомога особистості: зб. наук. праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2015. Т.11, № 15. С. 127-135.

10. Дзюбинська М. Я. Внутрішня картина здоров'я дітей, хворих на епілепсію: емпіричне дослідження. *Педагогічний процес: теорія і практика*. 2017. № 1 (56). С. 113-118.

11. Ковалів М. В. Професійний стрес керівника органу внутрішніх справ та його профілактика. *Науковий Вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. Серія психологічна: збірник наукових праць; гол. ред. М. М. Цимбалюк. Львів: ЛьвДУВС, 2013. Вип. 1 (1). С. 163–175.

12. Лазос Г. П. Резільєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології*. Том 3.: Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 14. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України; Вінниця, ФОП Рогальська І. О., 2018. С. 26 – 64.

13. Лісова О. С. Психокорекція дезадаптивних типів внутрішньої картини здоров'я у хворих на виразкову хворобу. Медична психологія. 2008. Т.3, № 1. С. 44-50.

14. Максименко С.Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим. Київ : Ніжин, 2007. 115 с.

15. Мартіросян М. В. Копінг-стратегії професійної стійкості особистості адвоката: дис. … канд. псих. наук: 19.00.01. Луцьк, 2019. 228 с.

16. Методичне видання. Збірник. Ужгород, Видавництво А. Гаркуші. 2012. 616 с.

17. Наугольник Л. Б. Дослідження індивідуальних відмінностей в реагуванні на стрес у працівників ОВС. *Збірник тез 6-ї звітної наукової конференції науково-педагогічних працівників факультету психології ЛьвДУВС*: (22 листопада 2012 р.) / упоряд. З. Р. Кісіль. Львів: Ліга-Прес, 2013. С. 26–31.

18. Наугольник Л. Б. Роль професійного стресу у культурі управління в освіті. *Збірник наукових статей за матеріалами науково-практичного семінару кафедри педагогіки і соціальної роботи факультету психології ЛьвДУВС*: 22 лютого 2013 р. / упоряд. М. П. Козирєв. Львів: Ліга-Прес, 2013. 90 с.

19. Орос М. М., Гал А. В. Стрес, дистрес, його види і корекція. *Ліки України*. 2021. № 7. С. 32-35

20. Охременко О. Р. Постстресові розлади. К.: Видавництво «Хімджест», 2004. 102 с.

21. Перетятько Л. Г., Тесленко М. М. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Психологія і особистість*. 2017. № 2 (12). С. 137-147.

22. Підбуцька Н. В. Психологічні особливості людей з онкологічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2018. Вип. 2. Т. 2. С. 159-165.

23. Рихальська О. Г. Психологічні особливості життєвої антиципації особистості: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07. К., 2004. 21 с.

24. Родіна Н.В. Феномен розуміння в контексті подолання важких життєвих ситуацій. Теоретично методологічний аналіз. *Науковий вісник Південноукраїнського національного університету*. 2010. № 5-6. С. 39–48.

25. Савенкова І. І. Локалізація ступеня суб’єктивної виразності болю в онтогенетичній розгортці хворих на хронічні гастроентерологічні розлади. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2009. Т. 11. С. 482-490.

26. Савенкова І. І. Диференціація часових характеристик у суб’єктів із нефрологічними порушеннями. *Проблеми психології творчості*. 2009. Т. 12. Вип. 6. С. 267-274.

27. Савенкова І. І. Особливості прояву тривожності у хворих на хронічні неінфекційні захворювання. *Психологія і суспільство*. 2011. № 1. С. 151-157.

28. Терлецька Н. Внутрішня картина хвороби і якість життя хворих із психогенними депресіями невротичного рівня. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 11. С. 195–202.

29. Хамініч О.М. Резільєнтність: життестійкість, життєздатність або резільєнтність? *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія “Психологічні науки”. Вип. 6, Т. 2, 2016. С. 160- 165

30. Хомуленко Т. Б. Основи психосоматики. Вінниця: Нова книга, 2009. 120 с.

31. Циганчук Т. В. Динаміка переживання стресу студентами: індивідуально-психологічні характеристики. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. пр. К., 2010. Т. Х. Вип. 16. С. 564–574.

32. Циганчук Т. В. До проблеми дослідження психоемоційних стресових станів юнацтва в процесі навчання. *Проблеми загальної та педагогічної психології*: зб. наук. пр. К., 2007. Т. ІХ. Ч. 4. С. 399–404.

33. Циганчук Т. В. Підвищення стресостійкості у студентів ВНЗ. *Практична психологія та соціальна робота*. К., 2010. № 8. С. 18- 30.

34. Чанцева-Коваленко О. М. Психологічні особливості формування позитивної моделі сімейного життя у студентів вищих навчальних закладів. *Освіта, наука та виробництво: розвиток та перспективи* : матеріали І наук.-метод. конф., (Шостка, 28 квіт. 2015 р.). Суми : Сумський держ. ун-т, 2015. С. 194–196.

35. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів: навч. посібник. К.: Здоров’я, 2005. 120 с.

36. Ackerman C. E. What is Resilience and Why is It Important to Bounce Back. URL: https ://positivepsychology.com/what-is-resilience/

37. Altshuler J., Ruble D. Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress. *Child Development*. 1989. № 60. P. 1337-1349.

38. Band E., Weiss J. How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*. 1988. № 24. P. 247-253.

39. Bauer L.O. Differential effects of alcohol, cocaine and opioid abuse on event-related Potentials recorded during a response competition task. *Drug and Alcohol Dependence*. 2002. Vol. 66. № 2. P. 137-145.

40. Bernard M. The Social-Emotional Well-Being Surveys. Victoria, 2003.

41. Bolton K. The development and validation of the resilience protective factors inventory: a confirmatory factor analysis. University of Texas at Arlington, 2013. 118 p.

42. Bonanno G.A. Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely adverse events? *American Psychologist*. 2004. Vol. 59. P. 20-28.

43. Hains A. The effectiveness of a school-based, cognitive behavioral stress management program with adolescents reporting high and low levels of emotional arousal. *School Counselor*. 1994. № 42. P. 114-125.

44. Hellerstein D. How can I become resilient. *Heal Your Brain*. URL: http:/www.psychologyto-day.com/blog/heal-your-brain/201108/how-can-I-become -resilient

45. Henderson N. Havens of Resilience. *Educational Leadership*. 2013. Vol. 71. № 1. P. 22-27.

46. Holling C. Resilience and stability of ecological systems. *Annual Review of Ecology and Systematic*. 1973. № 4. P. 1-23.

47. Kidd J. Understanding career counseling: theory, research and practice London, 2006.

48. LaMontagne L. Effects of relaxation on anxiety in children: Implications for coping with stress. *Nursing Research*. 1985. № 34. P. 289-292.

49. Lazarus R. S. Psyhological stress and the coping process. N.Y.: McGraw-Hill, 2016. 257 p.

50. Lazarus R. S. From psychological stress to the emotions: A history of changing gutlooks. *Annual Review of Psychology*. 2016. Vol. 44. P. 1–21.

51. Legate N., Ryan R., Weinstein N. Is coming out always a «good thing»? Exploring the relations of autonomy support, wellness for lesbian, gay, and bisexual individuals. *Social Psychological and Personality Science*. 2012. № 3. P. 145-152.

52. Maddi S.R. On hardiness and other pathways to resilience. *American Psychologist*. 2005. V. 60. № 3. P. 261-262.

53. Masten A. Resilience in children threatened by extreme adversity : frameworks for research, practice, and translational synergy. *Developmental Psychopathology*. 2011. № 23. P. 493-506.

54. Miller E.D. Reconceptualizing the role of resiliency in coping and treatment. *Journal of loss and trauma*. 2003. №8. P. 239-246.

55. Neenan M. Developing resilience: a cognitive behavioral approach. Kent, 2009.

56. Richardson G. The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical Psychology*. 2002. Vol. 58 (3). P. 307-321.

57. Rutter M. Resilience in the face of adversity. *British Journ. of Psychiatry*. 1985. V. 147. P. 598-611.

58. Stevens R., Phil R. Learning to cope with school: A study of the effects of a coping skill training program with test vulnerable 7th grade students. *Cognitive Therapy and Research*. 1983. № 7. P. 155-158.

59. Ungar M. The study of youth resilience across cultures: Lessons from a pilot study of measurement development. *Research in Human Development*. 2008. V. 5 (3). P. 166-180.

60. Werner E. Risk, resilience, and recovery: perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and psychopathology*. 1993. V. 5. P. 503-515.