

Інститут управління, психології та безпеки
Львівського державного університету внутрішніх справ

ЕКЗИСТЕНЦІЯ СТРАХУ ЖИТТЯ І СМЕРТІ В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ:

МУЛЬТИМОДАЛЬНІ
ТА МУЛЬТИКУЛЬТУРАЛЬНІ АСПЕКТИ
(теоретичний та психотерапевтичний досвід)

За загальною редакцією *Галини Католик*

Видавництво Отців Василіян
«Місіонер» 2022

УДК 159.922.75

К-29

Рекомендовано до друку і використання в навчальному процесі та практичній діяльності Вченою радою Львівського державного університету внутрішніх справ (протокол № 8 від 1 лютого 2022 року)

К-29 **Екзистенція страху життя і смерті в сучасних реаліях: мультимодальні та мультикультуральні аспекти (теоретичний та психотерапевтичний досвід)**
/за заг. ред Г. Католик. [Колективна монографія]. – Львів: Місіонер, 2022. – 352 с.

Рецензенти:

ГАЛЯН І. М. доктор психологічних наук, професор кафедри теоретичної та практичної психології НУ «Львівська політехніка»

КОВАЛЬЧУК З. Я. доктор психологічних наук, професор, завідувачка кафедри теоретичної психології Інституту управління, психології та безпеки Львівського державного університету внутрішніх справ

ISBN 978-966-658-497-0

УДК 159.922.75

На обкладинці використане фото гобелена,
який виконала львівська мисткиня Лілея Квасниця-Амбіцька,
Член Національної спілки художників України.

ISBN 978-966-658-497-0

© Католик Г. В., 2022

© Видавництво "Місіонер", 2022

У виданні висвітлено теоретико-методологічні та прикладні аспекти сучасних досліджень екзистенції страху, які проводились у різних кроскультурних середовищах та соціальних групах упродовж останніх 10-ти років з огляду перебування України і світу в цілому в тотальних викликах, пов'язаних із загрозами життю: революцією, тривалою війною на Сході України, пандемією COVID-19. Тема страху смерті і життя порушується перманентно і постійно й в контексті фантазій про загибель цивілізації.

Досвіди дослідження страху смерті або, як ще його називають, танатичного страху у різних культурних середовищах, зокрема у Польщі, Чехії, Італії та Україні засвідчили як архетипні так і культуральні особливості цього феномену. Дослідження продемонстрували і вікові особливості стосунку із страхом, відношення до страху смерті у термінально хворих осіб та здорових, особливості страхів до дорослішання серед молоді у різних соціальних середовищах. Особливої уваги заслуговують дослідження суїцидальних тенденцій серед молоді як особливості екзистенції страху життя.

Формати досліджень є корисними для фахівців з науковим та практичним досвідом, їх можливо використовувати в едукативних, психокорекційних та психотерапевтичних практиках.

The publication highlights theoretical and methodological as well as applied aspects of modern research on the existence of fear, conducted in different cross-cultural environments and social groups over the past 10 years given the presence of Ukraine and the world as a whole in total life-threatening challenges: revolution, long-lasting war in eastern Ukraine, COVID-19 pandemic. The theme of fear of death and life is raised permanently and constantly in the context of fantasies about the destruction of civilization.

Experiences in the study of the fear of death or, as it is also called, the tanatic fear in different cultural environments, in particular in Poland, the Czech Republic, Italy and Ukraine, have shown both archetypal and cultural features of this phenomenon. Studies have also shown the age characteristics of the relationship with fear, the attitude to the fear of death of terminally ill and healthy people, the characteristics of fears of growing up among young people in different social settings. Particular attention has been paid to the study of suicidal tendencies among young people as a feature of the existence of fear of life.

Research formats are useful for professionals with scientific and practical experience, they can be used in educational and psycho-correctional practices.

Зміст

Передмова	7
Józef Binnebesel, Галина Католик, Мар'яна Стульківська	
Досвід кроскультурних досліджень страху смерті (танатичного страху)	9
В'ячеслав Бліхар, Зоряна Кісіль, Галина Католик	
Страх смерті як детермінанта психоемоційної напруженості та професійної деформації працівників правоохоронних органів в умовах дії стрес-факторів	35
Галина Католик	
Страх перед дорослим життям у молоді з різних соціальних середовищ (страх майбутнього: психологічний аспект)	57
Галина Католик, Богуслава Католик	
Соціальні настанови молоді до суїцидальної поведінки у контексті життя та смерті	131
Галина Католик	
Сучасні дослідження ставлення до евтаназії сучасних студентів-медиків (між страхом життя та страхом смерті)	197
Наталія Калька, Галина Одинцова	
Екзистенція, екзистенційні виклики та екзистенційні переживання особистості у ковідній реальності	233
Галина Католик, Юстина Олексин, Олександр Львов	
Особливості екзистенційних страхів COVID-19 у пацієнтів лікарень психіатричного профілю	249
Мар'яна Миколайчук, Галина Католик, Ігор Корнієнко, Józef Binnebesel	
Ставлення до термінальних захворювань та смерті учнів у вчителів з різним рівнем емоційного вигорання	287
Анастасія Скаковська	
Особливості екзистенційних страхів у дітей з онкогематологічними захворюваннями	311
Вікторія Багрій	
Особливості життєвого стилю child-free: детермінанти, причини та фактори впливу.	333

ПЕРЕДМОВА

Минуло понад три роки з офіційно фіксованого часу появи у світі жахливого вірусу, названого CORONA або COVID-19. І світ став світом іншого виміру – виміру уявного, штучного, розщепленого на явне і неявне, світ «понорошку», як колись говорили діти, бавлячись у дорослих. Але діти завжди відрізняли штучність, несправжність гри від справжнього, об'єктивного життя. А зараз ми стали дорослими дітьми, які живуть не насправжки, не по справжньому. І в цьому несправжньому нова справжність. Ми не розуміємо, де є життя, а де смерть. Уже навіть лікарі цього не розуміють, вони не усвідомлюють де лікують, де калічать, а де уб... Змінились стосунки, місця праці, навчання, кохання. З'явилась інша мода на відносини, обличчя, привітання. Ще недавно при зустрічі чоловіки схиляли один перед одним капелюх при привітанні, а жінкам цілували руку, шануючи у кожній жінці матір, а тепер цінують віяння child-free. І вже не потрібно притулятись устами до жіночо-материнської руки з вдячністю, бо цінності матері невілювались, а це означає – нема життя. Тепер вітаються кулаками і говорять, що боремось із булінгом, тепер насолоджуються стосунком з тваринами більше ніж стосунком з коханими та дітьми, тепер молодь не хоче виростати, бо боїться цього схибленого дорослішання і вкорочує собі життя...

Про все це буде йти мова у цій колективній монографії, де дослідження проводились психологами з різних країн світу, різних професійних спільнот та професійних керунків. Структура монографії має свою логістику і має 6 векторів дослідження та складається з 10-ти розділів.

У першому векторі досліджень представлені **кроскультурні розвідки танатичного страху у різних країнах світу**, в яких віднайдені два вектори цього феномену: ментальний та соціальний.

Другий вектор досліджень сфокусований на феномені **страх смерті як детермінанта психоемоційної напруженості та професійної деформації працівників правоохоронних органів в умовах дії стрес-факторів**.

Третє, четверте та п'яте дослідження присвячені **особливостям екзистенцій сучасної молоді, це – страх перед дорослим життям у молоді з різних соціальних середовищ (страх майбутнього: психологічний аспект); соціальні настанови молоді до суїцидальної поведінки у контексті життя та смерті; ставлення до евтаназії сучасних студентів-медиків (між страхом життя та страхом смерті)**.

У четвертому векторі дослідження присвячені **особливостям екзистенцій особистості, пов'язаних з ковідною реальністю, та описує екзистенційні стани не лише психічно здорових але й людей, що перебувають на стаціонарному лікуванні у психіатричній клініці.**

П'ятий вектор представлений дослідженнями **екзистенцій, пов'язаних з важкими психосоматозами у дітей та дорослих, що їх оточують, зокрема вчителів.**

Шостий вектор являє собою дослідження, що порушує **проблему child-free.** І виникає питання: чи життя має шанс на продовження?

Монографія містить дослідження одного феномену, а саме **екзистенції страху життя і смерті в сучасних реаліях, однак дослідженнями охоплено різновекторні групи людей інколи з несподіваних ракурсів.** Маємо надію, що представлені дослідження змусять читача задуматись над багатьма питаннями життя і смерті. Можливо варто щось змінювати у нашому світосприйнятті і власній самоцінності?

Галина КАТОЛИК

**ДОСВІД КРОСКУЛЬТУРНИХ
ДОСЛІДЖЕНЬ СТРАХУ СМЕРТІ
(ТАНАТИЧНОГО СТРАХУ)**

**EXPERIENCE OF CROSS-CULTURAL
RESEARCH OF THE FEAR OF DEATH
(THANATIC FEAR)**



(Międzykulturowe doświadczanie lęku tanatycznego w kontekście analizy ilościowo-jakościowej na przykładzie badań w konwencji TRTZ w Czechach, Polsce, Ukrainie we Włoszech.

Міжкультурний досвід переживання танатичного страху в контексті кількісного та якісного аналізу на прикладі досліджень конвенції TRTZ у Чехії, Польщі, Україні та Італії).

Йозеф Біннебезел

Професор доктор габ.

*Кафедра Реабілітації ресоціалізації
довготермінової опіки*

*Університет Миколи Коперника
м. Торунь*

e-mail: jbinnebesel@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2533-6013>

Józef Binnebesel

prof. dr hab.

*Katedra Rewalidacji, Resocjalizacji
i Opieki Długoterminowej*

*Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu*

Галина Католик

*доктор психологічних наук, професор
кафедри практичної психології*

*Львівського державного
університету внутрішніх справ*

e-mail: katolyk@hotmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2169-0018>

Halyna Katolyk

*doctor of psychological sciences,
professor*

*Department of Practical Psychology
Lviv State University of Internal Affairs*

Мар'яна Стульківська

*Аспірантка, психологія клінічна і
спільноти Папського Салезіанського
Університету Рим, Італія*

e-mail: stulkivska@ucv.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6704-0133>

Mariana Sulkivska

*Dottoranda in psicologia clinica e
di comunità Università Pontificia
Salesiana Roma, Italia*

Анотація

У цій публікації нами представлений досвід кроскультурних досліджень «танатичної тривожності, тривоги, страху» у контексті кількісного та якісного аналізу на прикладі досліджень у рамках конвенції TRTZ у Чехії, Польщі, Україні та Італії.

Також представлені результати досліджень особливостей переживання та уявлення про смерть онкохворих дітей у тих же країнах. У психотерапевтичній роботі з дітьми із проблемою переживання смерті зустрічаємося з відсутністю сприйняття ними смерті у контексті дорослої людини. Тому виникла ідея кроскультурних досліджень цього феномену. Ці дослідження проводились також у вищезгаданих країнах.

Стаття побудована в рамках стандартів написання наукової публікації у країнах Євросоюзу, тому дещо відрізняється у стилі та подачі матеріалу. Проте ми дотрималися вимог щодо написання статті нашими колегами з дослідження у країнах-партнерах.

Ключові слова: танатична тривога, танатичний страх, танатична тривожність, кроскультурний аспект, критерії.

Abstract

In the publication the authors present the intercultural experience of researching «thanatic anxiety, anxiety, fear» in the context of quantitative and qualitative analysis on the example of research under the TRTZ convention in the Czech Republic, Poland, Ukraine and Italy. The results of studies of the characteristics of the experience and perception of death of children with cancer in the same countries are also presented. In psychotherapeutic work with children who suffer from the problem of experiencing death, we encounter a lack of their perception of death in the context of an adult. Therefore, the idea of cross-cultural studies of this phenomenon has arisen. Research has also been carried out in the aforementioned countries.

The article is structured within the framework of the standards for writing scientific publications in the EU countries, therefore, it differs somewhat in the style and presentation of the material. However, the writing requirements of the research of colleagues in partner countries have been complied.

Key words: than atic worry, thanatic fear, thanatic anxiety, cross-cultural aspect, criteria.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАНЬ ТАНАТИЧНОГО СТРАХУ У КРАЇНАХ ЄВРОПИ (ЧЕХІЯ, ПОЛЬЩА, УКРАЇНА, ІТАЛІЯ). КІЛЬКІСНО-ЯКІСНИЙ АНАЛІЗ КОНВЕНЦІЇ TRTZ.

Вступ

Страх перед смертю супроводжує людину з давніх-давен і є важливим елементом переживання себе і свого повсякденного життя починаючи від зачаття і народження (Cichowicz & Godzimirski, 1993). Цей страх можна аналізувати через безліч призм і в різних релігійних, філософських, психологічних, соціальних та культурних контекстах (Pandya & Kathuria, 2021).

У своїй класичній роботі Філіп Арієс (2011) представив культурний та формуючий культуру контекст страху смерті (або танатичний страх). Він аналізував його образ у контексті повсякденного життя, а також через призму переживання (страху смерті) та подолання його у різних історичних епохах та культурних середовищах (Ariès, Chartier, et al., 2005; Ariès, Corbin, et al., 2006; Ariès, Duby, et al., 2005; Ariès, Prost, et al., 2006; Ariès, Veayne, et al., 2005) [8; 9; 10; 11; 12].

Однак, психотерапевтичний досвід показує, що цей універсалізм тривоги смерті має яскраво виражений індивідуальний та культурний відтінок.



Рис.1. Фото з серії «Цікаві факти про Чехію»
(інтернет ресурс) <https://krugosvet.in.ua/wp-content/uploads/2019/03/CHehiya-tur.jpg>



Рис. 2. Фото з серії «Польські фани на олімпіаді»
(інтернет ресурс) <https://www.google.com/search?q=фото+поляки>



Рис. 3. Фото з серії «Синдром молодих націй: Італія та Україна»
(інтернет ресурс) <https://tyzhden.ua/World/24875>

Дослідник Пауль Тіллх підкреслює цю проблему у своїй інтерпретації танатичного страху, стверджуючи, що страх смерті пронизує все людське існування і є основним переживанням, яке набуває різноманітні форми, починаючи від страхів, пов'язаних із переживанням повсякденного

життя (Paul Tillich, 1988) [31; 32]. У контексті цієї тематики проведене нами та представлене в даній публікації дослідження є досвідом переживання «танатичного занепокоєння» або як його ще називають «фанатичного страху» в сучасному світі у громадян, які проживають у межах країн Європи. Дослідження проводилося командою вчених у 2010-2017 роках у Чеській Республіці, Польщі, Україні та Італії.



Рис. 4. Фото із серії «Якою має бути стратегія людського розвитку»
(інтернет ресурс) <https://www.prostir.ua/category/news/>

Експериментальну вибірку представляли студенти психологічних та педагогічних факультетів різних університетів цих країн. Спочатку були розроблені критерії відбору досліджуваних, це:

– **Професійний критерій:** здобуття досліджуваними професій, що характеризуються в країнах Європи як «**надання допомоги людям**», а також наявність у них волонтерської практики в установах, які забезпечують нормальний догляд людям, які перебувають у декомпенсованому стані горя втрат або термінально хворим людям (Dombrowski 2006)., стор.101].

– **Критерій участі:** участь досліджуваних у групових та індивідуальних заняттях, метою яких є психотерапевтична робота з феноменом сприйняття страху смерті. Ця робота проводилася Йозефом Біннебезелем та його колегами за авторськи розробленим планом та із застосуванням методик та анкети ССJ у вищезгаданих країнах.

– **Критерій державності:** наявність у досліджуваних громадянства однією з обраних для дослідження європейських країн (Чехія, Україна, Польща, Італія).

У дослідженні використовувалися метод діагностичного опитування (Pilch et al., 2010) та методика анкетування. Основним інструментом дослідження був оригінальний діагностичний та терапевтичний опитувальник ССJ, що складається з трьох модулів:

– С1 – **«Чи боїтеся ви думати про свою смерть?»;**

– С2 – **«Чому ви цього боїтеся?»;**

– J – **«Як ви можете впоратися з цим страхом?»** (Й. Біннебезель, 2013, 2017). Специфіка та характер інструменту дослідження базуються на наступних психологічних феноменах та наукових поглядах:

– ***екзистенційне розуміння страху смерті***, сформульоване П. Тіліхом як переживання страху небуття (Zorzi & Giroto, 2004), яке впливає на «всі конкретні страхи» та надає їм «граничної серйозності» (P. Tillich, 2000);

– ***оригінальна концепція формування «танатичних» поглядів Й. Біннебезеля*** (Binnebesel, 2017);

– ***оригінальне розуміння самої танатопедагогічної терапії***, яка в Польщі інтегрована в освітній простір ВНЗ (Binnebesel, 2017) [13; 14; 15; 31; 33].

Ухвалена стратегія дослідження реалізована за схемою порівняльного аналізу. Дослідження мало теоретичний і дослідницький характер. Метод аналізу даних тут був непараметричним статистичним тестом для номінального рівня, тому було проведено кількісний та якісний аналіз (Rubacha, 2008) [29]. Для аналізу отриманих сирих даних використовувався простий описовий аналіз, заснований на обчисленні двох частин у відсотках та тесті на відповідність 2, виконаному за допомогою статистичної програми SPSS.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Усі респонденти брали участь у тренінгових заняттях з превенції страху смерті, в ході яких за допомогою інструмента ССJ аналізувалися пережиті страхи, їх причини та здатність впоратися з ними. Перед процедурою дослідження учасникам експерименту було поставлено запитання **«чи вони знають, що таке «танатична тривога»** (Binnebesel,

2013b) [13; 14]. Абсолютно всі учасники експерименту відповіли, що це пов'язано зі страхом смерті. Серед усієї вибірки учасників дослідження було вилучено 38 осіб, оскільки вони не мали чеського, польського, українського чи італійського громадянства, і стільки ж учасників відмовилося від участі у дослідженні з інших причин. Таким чином, загальна кількість людей, що брали участь у дослідженні становила 867, з яких 791 учасник відповідає всім ухваленим критеріям процедури дослідження. У таблиці нижче представлено точне демографічне розподілення досліджуваної групи.

*Таблиця 1. Rozkład demograficzny badanej populacji
(Демографічний розподіл досліджуваних популяцій)*

	N	%
Płeć/стать		
Kobiety/жінки	607	76,7%
Mężczyźni/чоловіки	184	23,3%
Wiek/ вік		
18-25 lat/років	493	62,3%
26-30 lat/ років	120	15,2%
31-45 lat/ років	119	15,0%
powyżej/старше 46 lat/ років	59	7,5%
Stan cywilny/соціальний статус		
Bez związku/wolny/ сімейний/не сімейний	490	61,9%
Duchowny/духовний	28	3,5%
Rozwiedziony/розлучений	24	3,0%
Wdowiec/вдівець(ва)	16	2,0%
W związku małżeńskim/ в шлюбі	233	29,5%
Liczba dzieci/кількість дітей		
Bez dzieci/без дітей	556	70,3%
1 dziecko/одна дитина	98	12,4%
2 dzieci/дві дитини	108	13,7%
3 dzieci i więcej/три дитини	29	3,7%
Przynależność państwowa/громадянство		
Czechy/чехи	140	17,7%
Polska/поляки	310	39,2%
Ukraina/українці	231	29,2%
Włochy/італійці	111	14,0%

	N	%
Miejsce zamieszkania/ місце проживання		
Duże miasto/велике місто	210	26,5%
Średnie miasto/середнє місто	129	16,3%
Małe miasto/мале місто	261	33,0%
Wieś/село	191	24,2%
Wykształcenie/освіта		
Średnie/середня	453	57,3%
Wyższe/вища	338	42,7%
Zawód/професії		
Duchowny/духовні	6	0,8%
Kleryk/офісні працівники	20	2,5%
Medyczny/медичні	31	3,9%
Nauczyciel/педагогічні	156	19,7%
Opiekun/опікунські	43	5,4%
Psycholog/психологічні	30	3,8%
Student/студент	410	51,8%
Terapeuta/психотерапевт	79	10,0%
Inne/інші	16	2,0%
Wyznanie/кваліфікація		
Ateista/атеїсти	57	7,2%
Bez wyznania/ без релігійного напрямку	92	11,6%
Grekokatolik/греко-католики	120	15,2%
Katolik/католики	441	55,8%
Protestant/протестанти	19	2,4%
Prawosławny/православні	59	7,5%
Inne/інші віровизнання	3	0,4%
Religijność/ ступінь релігійності		
Duża/висока	160	20,2%
Średnia/середня	339	42,9%
Mała/низька	120	15,2%
Żadna/відсутня	172	21,7%

*Джерело дослідження: авторське дослідження Йозефа Біннебезеля (Польща)
при участі і задіянні з українського боку Галини Католик.*

Як видно з наведених вище даних, нами було досліджено велику групу громадян з різних країн, які навчаються і працюють у так званих у Європі

«професіях допомоги». Респонденти досліджувалися за такими параметрами як: стать, вік, освіта, віросповідання та сімейний стан. Однак у зв'язку з можливостями обсягу статті було вирішено надати результати, що включають відповіді для всієї групи респондентів, та результати, що стосуються сприйняття причин занепокоєння смертю респондентами, з урахуванням лише змінної, пов'язаної з національністю.

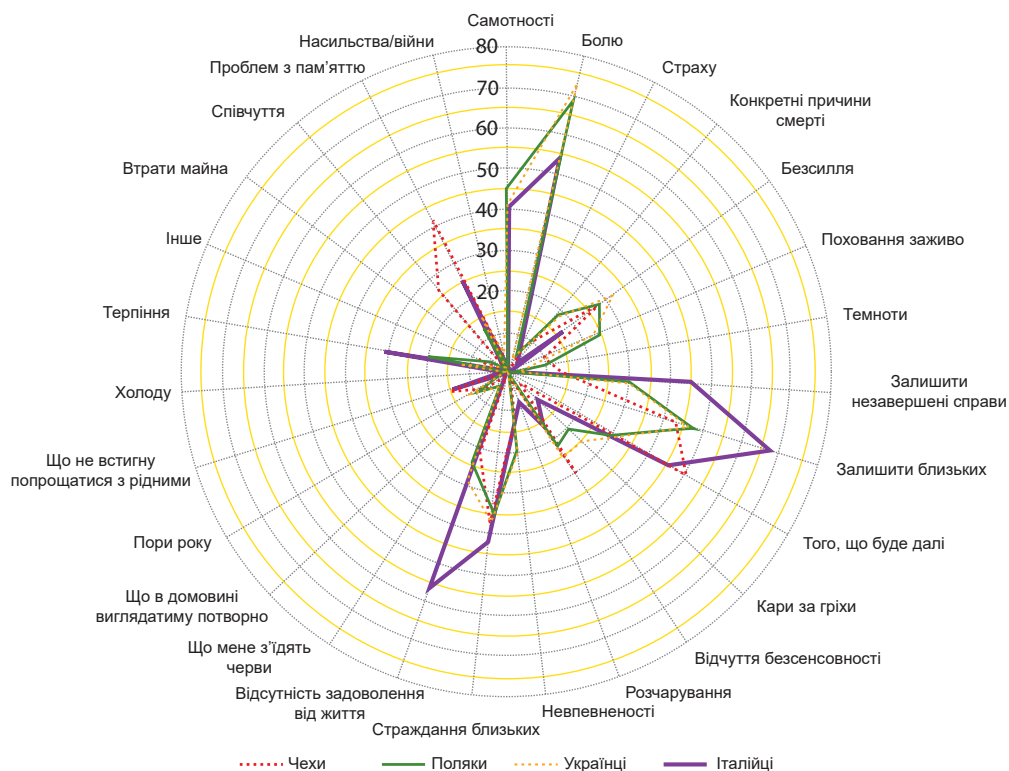


Рис. 5. Результати модуля C1 – «Чи ви боїтеся думати про свою смерть?»
(у контексті національності та національних стереотипів).
Джерело дослідження: авторське дослідження Йозефа Біннебезеля (Польща)
за участю та залученням з українського боку Галини Католик

Кількісний аналіз розподілу тверджень-установок, представлених на наведеному вище рисунку, показує, що серед респондентів в основному спостерігалось два типи висловлювань, що стосуються пережитої **«танатичної тривожності»**. На першому місці **«страх болю»**, на який вказали 530 респондентів, що становило 67% від усіх опитаних. Враховуючи цей показник у розподілі за національністю респондентів, стає зрозуміло, що в кількісному відношенні він був найяскравішим серед чехів, поляків та українців, тоді як серед респондентів з Італії він посів друге місце.

Рівень процентних співвідношень свідчить про те, що у випадку представників Чехії та України проблема болю стосувалася понад 72% респондентів, серед поляків цей відсоток становив близько 70%, а серед мешканців Апеннінського півострова – менше 54%.

Статистичний аналіз відповіді **«страх болю»** також продемонстрував, що у всій популяції респондентів переважали три типи **«пояснень»**: **«бо я випробував це»**, **«бо я бачив це»**, і ті, які пов'язані з виною як причиною переживання тривоги. **«Я почуваюся винним у цьому»**.

Проте детальний аналіз результатів засвідчив суттєву різницю у вищезгаданих поясненнях у представників різних національностей. Виявилося, що відповіді з зазначених вище причин на рівні всього населення цих країн не відображають суті розподілу за введеною змінною громадянства. Загальний розподіл у цьому випадку стосувався порядку зазначення обґрунтувань у разі респондентів із Чехії, Польщі та України.

У цих країнах питання, що стосується **«страху болю»**, відчували в середньому 16% респондентів, які пояснили цю проблему наявністю насамперед свого власного досвіду (**«тому що я відчув це»**). На другому місці серед представників вищезгаданих країн була відповідь **«бо я бачив це»** (в середньому близько 11% респондентів). Третє пояснення з погляду кількості відповідей пов'язані з **почуттям провини** (загалом близько 12%). Серед респондентів з Італії на першому місці були відповіді **«бо я випробував це»** і **«бо я не можу з цим погодитися»** (в середньому 13,7%).

У разі першої відповіді **«бо я випробував це»** можна спостерігати відносно невелику відсоткову різницю у представників різних країн, тоді як друга відповідь **«бо я не можу з цим погодитися»** серед респондентів із Чехії, Польщі та України посіла вище місце ніж у представників Італії із середнім значенням 5,6%. Другим за частотою показником серед італійців, на відміну від інших народів, була відповідь **«бо даремно витратив цей час»**. Таку відповідь дали понад 13% італійців, які говорять про біль, із середнім показником цього у інших опитаних національностей – 8%. З одного боку, це порівняння свідчить про певну конвергенцію та універсалізм на загальному рівні для всіх трьох націй, з іншого боку, спостерігаємо специфічну різницю між представниками різних країн, що свідчить про культурно-історичні відмінності. Ці відмінності, отримані нами в результаті кількісного аналізу, підтверджуються в якісному аналізі, де поглиблена інтерпретація індивідуальних тверджень респондентів показує тонкі, але значні культурні відмінності, що впливають із специфіки культури, виховання, історичного досвіду та повсякденного життя у конкретній країні.



Рис. 6. Міжнародний семінар в Університеті імені Миколи Коперніка в м. Торунь (Польща). Зліва направо: науковці Мар'яна Миколайчук, Олександр Католик, Йозеф Біннебезель, Галина Католик (2017 р.)

У випадку відповідей, що стосуються **«страху болю»**, всі групи вказали на проблему свого власного досвіду, пов'язаного з переживанням болю у своєму житті, але якісний аналіз конкретних тверджень показує, що існують відмінності у контекстах. У випадку італійців і чехів часто була інформація, що описує підтримку та допомогу закладів та служб охорони здоров'я для полегшення досвіду, що травмує. Серед поляків, особливо серед українців, в обговорюваному типі тверджень респонденти часто зверталися до проблеми відсутності інституційної підтримки у їхніх країнах.

На цьому питанні особливо наголошувалося у випадку респондентів з України. Цікавим був також той факт, що серед поляків, які розповідали про свій **«досвід страху перед болем»**, відносно часто вказувалася конкретна надія на те, що незважаючи на **«безсердечність системи охорони здоров'я та догляду»**, вони випробували допомогу конкретних людей, лікарів та середнього медичного персоналу.

Частим лейтмотивом тут звучала установка на позитивну роль хоспісів, які рятують ситуацію та вселяють надію на те, що професіоналізм хоспісної допомоги полегшить у майбутньому їхні можливі страждання. Це добре ілюструє заява 21-річного студента з Польщі: **«Я сам відчував біль, напевно, як і всі, але коли я дивлюся на те, що відбувається, і**

слухаю сучасні лекції з цієї теми, я сподіваюся, що хоспіс – це певна відповідь безсердечності нашого медичного обслуговування. ...»

Страх **«покинути близьких»** є другим за величиною страхом, яким наділені 358 піддослідних, що становить 45% від загальної вибірки. Докладний аналіз показав, що серед респондентів із Чехії, Польщі та України показник коливається в межах 45% респондентів, у разі представників Італії він досяг рівня 66% респондентів. Більшість тверджень належали **«до особистого досвіду»**, який, на їхню думку, породжував **«страх, пов'язаний з відмовою від близьких»**: *«Оскільки я особисто випробував це в контексті уникнення родичів»* (68 з опитаних), що становить 8,6% респондентів.

Наступним за ним за чисельністю поясненням для страху, що розглядається, був страх **«випробувати самотність»**. Враховуючи наведені вище результати у розподілі з урахуванням національності, у разі зазначеної причини, пов'язаної з власним досвідом досліджуваних, цей тип пояснення використовували приблизно 29% чехів, 23% поляків, 11% українців та 19% італійців.

Цей розподіл чітко демонструє різницю між установкою громадян України та рештою респондентів з інших країн. Однак важливим елементом, мабуть, є конкретний збіг установок у якісному аналізі. Серед поляків та українців, які помітили відносно високий рівень інтерпретації їхніх **установок на нездатність допомогти своїм близьким після їхньої власної смерті**, що добре ілюструє висловлювання 39-річної представниці Польщі: *«...бо якщо я помру, хто допоможе їм?...»*.

Цей тип установок свідчить про невіру респондентів до закладу, що забезпечує догляд, у той час як у випадку з чехами аналогічний показник часто відноситься до відсутності переконаності у допомозі інших членів сім'ї, **«тому що той, хто піклується про мою матір, крім мене, ймовірно, потрапить в будинок для людей похилого віку»**. Другим типом установки щодо цього страху було **посилання на самоту, пов'язану зі смертю (бо я буду один)**, у даному випадку ця установка застосовувалося приблизно до 8,5% усіх респондентів. Розподіл цієї установки показав, що статистична схожість у всіх країнах становить близько 23%.

Проте різниця посилюється при якісному аналізі, насамперед серед українців і, меншою мірою, поляків, які, крім пояснень, пов'язаних із втратою чи обмеженням стосунків із родичами, часто мотивували побоювання, **«що ніхто з членів сім'ї не подбає про них, коли вони цього потребуватимуть»**: *«.... тому що їх не буде поруч, щоб піклуватися*

про мене...., я не зможу розраховувати ні на кого з моєї родини....». У таких поясненнях-установках, які часто диференціювали ознаки українців та поляків, було інституційне питання.



Рис. 7. Йозеф Біннебезель та Галина Католик з результатами спільної міжнародної праці: монографія «Паліативно-хоспісна опіка: позамедичні багатовимірні аспекти»

Цікаво, що якщо серед респондентів з України переважав скептицизм, а в десятках випадків – очевидне небажання звертатися до інституційної діяльності або займатися нею, то у поляків можна було помітити позитивний мотив щодо хоспісів як, на їхню думку, *«однієї з інституцій, в якій можуть оточити вас доброю та професійною турботою у разі бездіяльності з боку сім'ї. У нас завжди є хоспіс і це мене заспокоює, це світло в тунелі»* [5].

З іншого боку, серед чехів та італійців такі інтерпретації-установки були спорадичними, і в представлених поясненнях переважали звернення до емоцій, суворо пов'язаних із *«самотністю та відсутністю стосунків зі своїми близькими»*.

Деякі додаткові висловлювання респондентів свідчили про *«недовіру до партнера»*. Подібну думку поділяли близько 6% респондентів і вони становили близько 16% усіх пояснень для вказаного страху. Страх *«залишити близьких»* був найсильнішим серед чехів, близько 13% і найниж-

чий серед італійців – близько 1%, а у респондентів із Польщі та України він становив у середньому близько 8%. У цьому випадку простежується чітка кореляція з демографічними даними, де найвищий відсоток самотніх людей через розлучення або тих, хто перебуває в неформальних відносинах, був серед респондентів із Чехії.

Останній елемент аналізу - розподіли, які стосуються третього модуля інструменту ССJ, що передбачає настанову **«володіння страхом з переживанням тривоги»**. Кількісний аналіз найбільш поширених відповідей у модулі J – **«відновлення зв'язків з родиною»** показав відсоток невідповідності між національними групами. Таку відповідь розділили близько 52% поляків та українців, у групі чехів вона коливалася на рівні 39%, а серед італійців досягала 65%. Якісний аналіз індивідуальних установок респондентів показав, що у чехів, італійців та частково поляків переважаючим було переконання, що **«відновлення зв'язків з родиною»** з погляду подолання страху танатизму пов'язане з переживанням власних відносин із сім'єю, родичами та іншими людьми. А у випадку респондентів з України це **«відновлення зв'язків...»** часто вказувалося як особливий елемент протидії відсутності догляду та інституційної підтримки у випадку смерті чи вмирання.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРАХУ ТА УЯВЛЕННЯ ПРО СМЕРТЬ У ОНКОХВОРИХ ДІТЕЙ.

У психотерапевтичній роботі з дітьми різних національностей зустрічаємось з проблемою переживання страху смерті та з відсутністю сприйняття ними смерті у контексті дорослої людини. Протягом багатьох років нами спільно з професором Торунського університету Йозефом Біннебелем проводилися кроскультурні дослідження щодо стосунків та сприйняття смерті дітьми різного віку у різних культурних середовищах, зокрема в Італії, Чехії, Польщі, Україні.

Опираючись на дослідження низки вчених, і на основі власних досліджень нами був узагальнений висновок – перш ніж дійти до сприйняття смерті як універсального, незворотного та неминучого процесу, дитина проходить певні етапи розвитку, пов'язані з віком, когнітивними здібностями, особистим досвідом та рівнем спілкування з батьками, а також особливостями культури проживання [1; 6; 7; 12; 13; 14; 16; 17; 19; 20; 21; 22; 23; 24].

Зокрема Й. Біннебезель у роботі «**Феномен тотального болю в паліативно-хоспісній опіці**» та інших дослідженнях проведених спільно з Г. Католик, З. Формелло, А. Стульківською привертає увагу громадськості до теми переживання дітьми смерті в контексті тяжкої термінальної хвороби (онкології).

Вони розглядають це переживання з позицій тотального болю/страждання, які набувають особливого значення, супроводжуючи кінцевий етап онкозахворювання. Й Біннебезель, зокрема, звертає увагу на особливу специфічність у разі екзистенції «відносин зі смертю» [5; 13; 14; 25; 26; 30; 35]. Апелюючи до філософії П.-Ч. Сандерса він реалізує проект, який має назву «**Догляд за дітьми та підлітками хворими на рак: очима пацієнтів**». На основі цих досліджень він створює діаграму співвідношення різного типу страждань у досвіді дітей-пацієнтів хворих на рак.

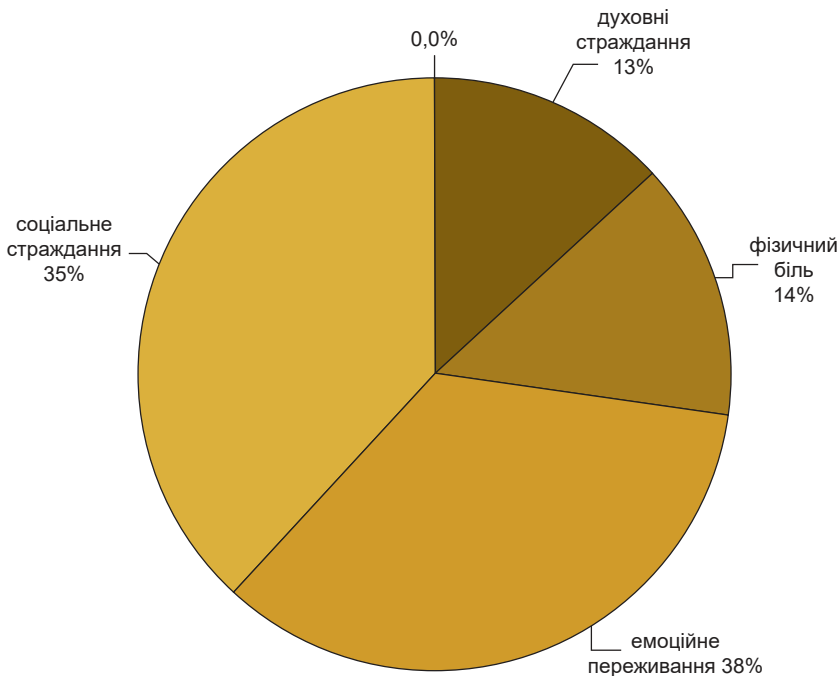


Рис. 8. Співвідношення різного типу страждань у досвіді дітей-пацієнтів хворих на рак (дослідження Й. Біннебезеля).

Діаграма показує, що для дітей, які є онкохворими та наочно переживають щоденні смерті інших госпіталізованих дітей, характерними є чотири елементи тотального болю (рис. 8). Найбільш об'ємними за спаданням є «**емоційні переживання**» (38%), далі «**соціальні страждання**» (35%) та незначними – «**фізичний біль**» (14 %) та «**духовне страждання**» (13 %) [3; 4; 15; 22; 23; 24].

Докладніше зупинимося на емоційних, духовних та соціальних стражданнях дітей-пацієнтів. Засновник танатопедагогіки Й. Біннебезель зазначає, що дітей, як і дорослих, турбують питання, пов'язані зі змістом страждань та смерті. Вони думають над власними стосунками з Богом та його милосердям [1; 5; 14]. Діти, які перебувають перед зустріччю зі смертю, розмірковують про неї, говорять та фантазують про її зміст. Можна почути їхні фантазії на кшталт:

- *«існують різні причини смерті»,*
- *«смерть загрожує мені»,*
- *«померлий зникає з поля зору інших людей»,*
- *«Вмираючий не може жити як раніше»,*
- *«там де смерть – там горе та страждання» тощо.*

Проводячи численні дослідження страждань онкохворих протягом багатьох років, Й. Біннебезель наводить дані досліджень *«особливо духовних»* дітей, госпіталізованих як уперше, так і багаторазово (рис. 9).

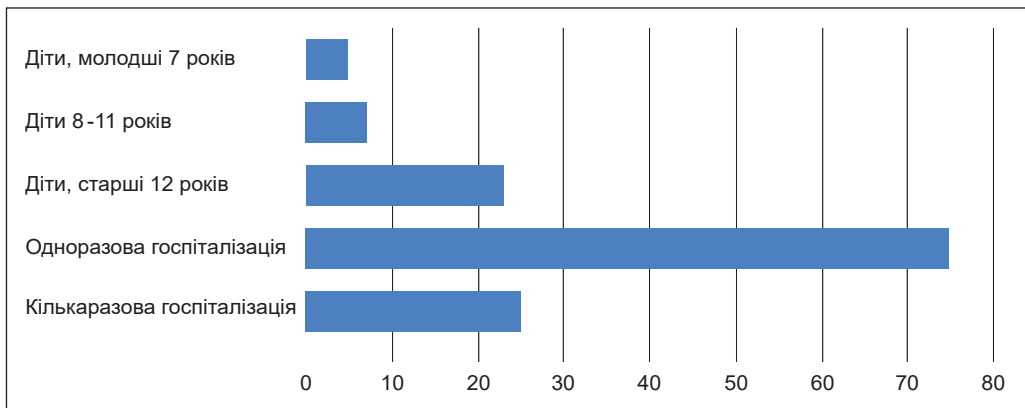


Рис. 9. Середні показники духовних страждань дітей хворих на рак (за результатами авторського дослідження Й. Біннебезеля).

Ним було проведено опитування термінально хворих дітей, які перебувають на стаціонарному лікуванні щодо їхніх думок і фантазій на тему смерті [5; 24]. Приводимо вислови деяких пацієнтів. Ось що вони кажуть:

– *«Боюсь, що буде, коли я помру. Що буде після цього?»*

(Марек, 16 років)

– *«Кожен колись помре, і я теж. Але коли померла Михаліна, то я почала думати, чим є смерть, що буде після неї? Тут теж помер один хлопчик. Не знаю, як його звали, скільки йому було років. Можливо, два, не знаю. Це зовсім не рідкість, що хтось тут умирає. Але яким*

буде його життя там, якщо він стільки витерпів? Боюся, що буде зі мною, бо він ще не встиг нагрішити і помер, і коли я помру... Мабуть, чим старша людина, тим більше вона чимось собі дорікатиме, тим більше покарання на неї чекає. Не боюся смерті. Коли я тут часто про неї думаю, особливо після того, як померла Михаліна. Не боюся померти, але боюся того, що буде згодом».

(Юстина, 15 років)

– «Смерть – це покарання за те зло, яке ми в житті вчинили».

(Дорота, 15 років)

З вищевикладеного можна зробити висновок, що емоційні та духовні страждання сплітаються у термінально хворих дітей-пацієнтів в одне ціле. Їх важко поділити, бо у відносинах із хворобою виникає екзистенція стосунку зі смертю. Цей феномен відштовхується від страху смерті і потягу до індивідуального безсмертя і неминуче веде до переорієнтації світогляду дитини на духовніший вимір «через страждання до вічного безсмертя». Аналізуючи соціальні страждання дитини Й. Біннебезель, Г. Католик, А. Стульківська зазначають, що у нього відбуваються зміни (як явні, об'єктивні, так і внутрішні, суб'єктивні) у ціннісно-смысловій сфері та сфері відносин. Вони відбуваються у трьох площинах:

- сімейній,
- соціальній,
- лікарняній (шпитальній) [1; 2; 3].



Рис. 10. Сестра Анастасія (Стульківська), аспірантка Папського Салезіанського Університету, психологія клінічна і спільноти (з дослідженнями про переживання термінально хворими дітьми страху смерті).

Духовні та соціальні страждання дитини в контексті відносини зі смертю також тісно переплітаються, впливають одне на одне та стають психічним супроводом процесу клінічної діагностики та медичних втручань.

Й. Біннебезель, З. Формелло, Г. Католик та інші дослідники констатують, що причиною страждань для більшості дітей-пацієнтів є не сам біль, а його страх. Нами також було отримано подібні результати у процесі кроскультурних досліджень відносини зі смертю, що проводилися на території країн Євросоюзу та в Україні [1; 4; 23; 24]. Нижче наведено середні показники страху перед болем дітей різного віку при різному ступені госпіталізації (рис. 11).

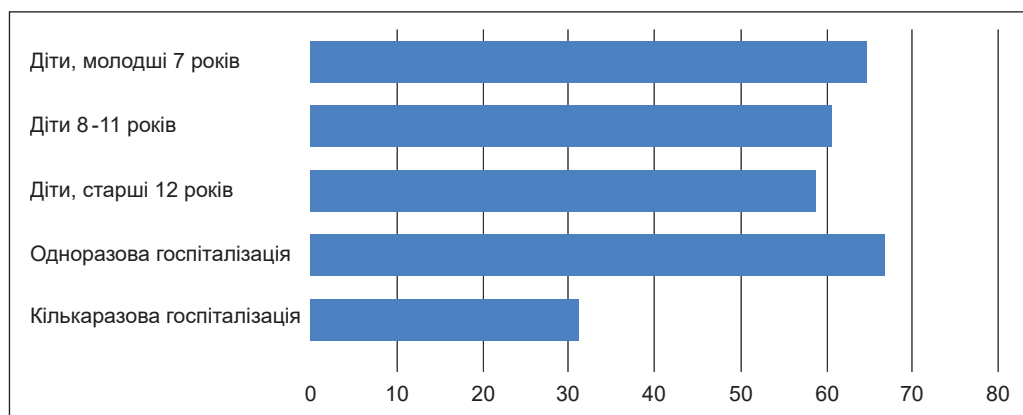


Рис. 11. Середні показники страху перед болем дітей хворих на рак (за результатами дослідження Й. Біннебезеля).

Далі наводимо також висловлювання однієї хворої дівчинки щодо суб'єктивного страху болю, також описане в авторських дослідженнях Й. Біннебезеля.

– «Я чекала чогось страшнішого... Я спостерігала раніше кадри з фільмів та розповіді про ракових хворих, і те, наскільки болісними є їхні страждання, і як вони вмирали в муках... Коли я прийшла сюди, то саме цього боялася. Після кількох тижнів лікування можу сказати, що боялася власних фантазій».

(Майя, 17 років).

Як бачимо, екзистенція смерті та страх болю у дітей-пацієнтів часто пов'язані між собою. Виникають специфічні новоутворення уявлень, що супроводжуються емоцією страху та фантазій дітей-пацієнтів про динаміку захворювання та особливості лікування.

Відомо також, що емоційні страждання дитини мають кореляцію із сімейним простором, від якого дитина емоційно та соціально залежить. Й. Біннебезель, посилаючись на П. Арієс за цим феноменом, зазначає: «Особливо сильні зміни (з негативним прогнозом) зазнають соціальної структури, в яких формується дитина. Часто дитина, яка вмирає, відчувається відкинутою і самотньою. Страх самотності є важливою темою у розповідях дітей» [5; 23; 24]. Далі він наводить приклади рефлексій дітей:

– *«Я боюся, що коли помиратиму, моя мама вже до мене не прийде. Я знаю, що їй це все вже набридло. Але я не хочу на той момент бути одним, особливо на той момент».*

(Павло, 15 років)

– *«Хочу, щоб хтось тримав мене в той момент за руку... не хочу сам... Боюся, що мама не встигне тоді прийти до мене. У неї багато справ удома».*

(Іза, 14 років)

Якось в інтернеті я нашттовхнулась на посилання, в якому були рефлексії дитячої лікарки-онколога **Dr. Rogério Brandão**. Приводжу їх у даній публікації: «Якогось дня я прийшла завчасно на роботу. Хвора дівчинка була сама у кімнаті. Я запитала, де її мама. Навіть зараз, коли пригадую, що вона мені відповіла, не можу стримати емоцій.

– *Знаєш – відповіла – мама часом виходить на коридор поплакати, коли ніхто не бачить. Коли я помру, вона терпітиме, сумуватиме. Але я не боюсь помирати, я не народилась для цього життя.*

– *А чим є смерть для тебе, золотко?*

– *Знаєш, коли ми були малі, то, засинаючи в батьківському ліжку, просинались у своєму, правда ж? З цим подібно. Одного дня засну і Бог забере мене, і я прокинусь в Його домі, в правдивому житті.*

Я була просто приголомшена, не знала, що сказати. Глибоко заторкнула мене та передчасна зрілість, вигартована у терпінні, духовність і бачення тієї малої дівчинки.

– *А моя мама буде дуже побиватись, сумувати.*

Стримуючи сльози, я запитала:

– *А що для тебе означає сум?*

– *Сум – це любов, яка залишається»* [36].

Й. Біннебезель, З. Формелло, Г. Католик проводять аналіз низки досліджень, зокрема Е. Кюблер-Росс, у яких виділяють специфічний фено-

мен: дорослі не дозволяють собі та дітям пережити повністю всі етапи «вмирання», що з погляду переживання втрат, було би неймовірно терапевтичним у контексті компенсації самої втрати [13; 14; 15; 22; 23; 24].

Опираючись на теорію Е. Еріксона, а також М. Спейсі, С. Брента, Е. Кюблер-Росу зазначимо, щодо феномену переживання «необхідної незворотної точки», необхідність її переживання у контексті можливості позитивного переходу життєвих криз, гніву та депресії. Це переживання необхідно всім учасникам цієї трагедії: як дитині, так і батькам. Однак особливості сучасної цивілізації, відсутність цінності відносини з життям і смертю, умови лікарняного стаціонару, стан сім'ї та прагнення обмежити переживання дитини або заблокувати їх унеможливорює відтворення гармонії дитини з собою, зі своїм станом чи хворобою [6; 7].

Таким чином, отримані нами в різних країнах Європи результати дослідження сприйняття термінально хворими дітьми смерті свідчать про те, що воно переживається по-різному у різному віці та при різних соматичних станах. Психотерапевтичний супровід дітей, які переживають стан вмирання або тяжку хворобу, має інтегрувати знання психолога про переживання дітьми смерті відповідно до вікових особливостей, сімейної ситуації, досвіду дитини, культурних аспектів стосунку зі смертю, ресурсів дитини (психологічних та фізичних) у контексті переживання ситуації.

Напевно, недостатньо інтегрованими нині у просторі України є стандартизовані моделі терапевтично-опікунських інтервенцій, які повністю усунуть дитячі страждання. Не досконалими є і загальновизнані освітні системи, здатні надавати специфічну професійну психотерапевтичну освіту у цьому напрямі.

Проте зазначимо, що у країнах, де проводилися наші дослідження, вже існують науково-практичні едукативні моделі, які навчають дитячих терапевтів наданням інтегральної допомоги дітям-пацієнтам, які перебувають у стані тяжкої хвороби, втрат, а також у процесі лікування та перебування у госпіталі. Однією з таких моделей є танатопедагогічний підхід Й.Біннебезеля.

Цей підхід базується на багаторічному науковому та практичному досвіді та на командній роботі медперсоналу, педагогів, психологів, духівників, інших осіб, залучених на допомогу. Мета командної взаємодії – супровід, підтримка та надання ресурсу дитині та її сім'ї, заснованих на глибоких знаннях особливостей психології розвитку, сімейної системи, формування інтернальних та інтегральних структур, особливості національної культури тощо.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У дослідженнях наведено аналіз складності проблеми танатичної тривоги. Кількісний аналіз показав специфічний культурний універсальний характер страхів, що переживаються, демонструючи подібності та відмінності, які також були докладно висвітлені в якісному аналізі дослідження. Образ танатичної тривоги у культурному контексті, заснований на результатах дослідження проекту «Сприйняття страху смерті в контексті танатопедагогічної замісної терапії відносин», дозволяє нам вказати, що в опитаній популяції вихідців із Чехії, Польщі, України та Італії їх можна поділити на дві категорії: полікультурні та монокультурні.

Результати статистичного аналізу, заснованого на кількісній експлікації, показують насамперед універсальність пережитого страху, створюючи його полікультурний контекст, загальний для чотирьох опитаних націй, тоді як конкретне тлумачення тверджень, що є якісним аналізом, показало монокультурний образ, характерний для конкретних націй. Такий підхід вказує не так на біполярність, як диплоїдію, тобто якусь самотність загалом. З одного боку, спостерігаємо подібності танатичного страху у різних народів як у кількісному, і у якісному відношенні, з іншого боку, кількісні відмінності приховують якісні подібності.

Подібність історії та культури поляків та українців у багатьох відношеннях демонструє загальне розуміння та інтерпретацію, наприклад, зазначення схожих цифрових показників щодо «досвіду самотності», але у багатьох випадках воно переживається та інтерпретується по-різному.

У багатьох пунктах дослідження загальний досвід історії чехів, поляків та українців як країн, поневолених радянською системою, демонструє кількісну схожість, проте при якісному аналізі наголошується на відмінності, пов'язаній зі специфікою цих народів. З іншого боку, «італійські» результати у кількісному контексті, не завжди відповідають результатам інших націй, у детальному якісному аналізі показуючи подібність.

Підсумовуючи, можна констатувати, що інтерпретація результатів досліджень, пов'язаних з танатичною тривогою як у хворих дітей, так і в національних популяціях в цілому, повинні враховувати кількісний та якісний аналіз, що характеризує полі-і монокультурну природу танатичного страху.

Список використаних джерел

1. Католик Г. В., Біннебезель Й. Сприйняття страху смерті в контексті замісної релігійної терапії та танатопедagogіки / Г. В.Католик, Й. Біннебезель. Психологія і особистість. 2015. №2. Ч. 2. № 2 (8). С. 208-225.
2. Католик Г. В. Техногенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям та постраждалим. Вид. 2-ге, доповнене / Г. В. Католик, І. О. Корнієнко. Львів: Червона калина, 2003. 245 с.
3. Католик Г. В. Стульківська М. М. Сприйняття дітьми смерті. Вікові та больові аспекти, Соціально-правої студії. – 2020. – Випуск 2 (8). С. 210-217.
4. Католик Г. В., Стульківська А. М. «Сприйняття хвороби та болю дітьми різного віку (на прикладі онкохворих дітей)». Збірник доповідей Міжнародної науково-практичної конференції «Психологічна наука та практика XXI століття», 27-28 березня 2020 р. С.59-61.
5. Паліативно-хоспісна опіка: позамедичні багатовимірні аспекти / за наук. редакцією Й. Біннебезеля, Г. Католик. Львів : Український Католицький Університет. Nowa Wies : Wydawnictwo Rolewski. 2018. 411 с.
6. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. Москва – Київ : Софія, 2001. 316 с.
7. Ariès, P. (2011). Człowiek i śmierć (E. Bąkowska, Tłum.). Wydawnictwo Aletheia.
8. Ariès, P., Chartier, R., & Duby, G. (Red.). (2005). Historia życia prywatnego. T. 3, Od renesansu do oświecenia (A. Łoś, M. Zięba, K. Osińska-Boska, M. Cebo-Foniok, & J. Maroń, Tłum.; Wyd. 2). Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wydawnictwo.
9. Ariès, P., Corbin, A., Perrot, M., & Duby, G. (Red.). (2006). Historia życia prywatnego. T. 4, Od rewolucji francuskiej do I wojny światowej (B. Panek, A. Paderewska-Gryza, W. Gilewski, & M. Czaplinski, Tłum.; Wyd. 2). Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wydawnictwo.
10. Ariès, P., Duby, G., & Barthélemy, D. (Red.). (2005). Historia życia prywatnego. T. 2, Od Europy feudalnej do renesansu (A. Łoś, W. Bieńkowska, W. Gilewski, K. Skawina, & W. Mrozowicz, Tłum.; Wyd. 2). Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wydawnictwo.
11. Ariès, P., Prost, A., Vincent, G., & Duby, G. (Red.). (2006). Historia życia prywatnego. T. 5, Od I wojny światowej donaszych czasów (A. Łoś, K. Skawina, A. Pierchała, & E. Trojańska-Koch, Tłum.; Wyd. 2). Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wydawnictwo.
12. Ariès, P., Veyne, P., Brown, P., & Duby, G. (Red.). (2005). Historia życia prywatnego. T. 1, Od Cesarstwa Rzymskiego do roku tysięcznego (A. Łoś, K. Arustowicz, & M. Rostworowska, Tłum.; Wyd. 2). Zakład Narodowy im. Ossolińskich - Wydawnictwo.
13. Binnebesel, J. (2013a). Tanatopedagogika w doświadczeniu wielowymiarowości człowieka i śmierci. Wydawnictwo Adam Marszałek.
14. Binnebesel, J. (2013b). Tanatopedagogika w doświadczeniu wielowymiarowości człowieka i śmierci. Wydawnictwo Adam Marszałek.
15. Binnebesel, J. (2017). Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
16. Cichowicz, S., & Godzimirski, J. M. (Red.). (1993). Antropologia śmierci: Myśl francuska. Wydaw. Naukowe PWN.

17. Children's understanding of death: from biological to religious conceptions / V. Talwar, P.L. Harris, M. Schleifer. New York : Cambridge University Press, 2011. 189 c.
18. Dąbrowski, Z. (2006). *Pedagogika opiekuńcza w zarysie* (Wyd. 4 popr., uzup, T. 1). Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.
19. Gesell A., Ilg F.L., Ames L. B. *The child from five to ten*. New York : Harper & Row, 1977. Rev. ed. 461 p.
20. Fadul J. A. The Development of the Concept of Death in Children: New Insights to Children's Learning Process. *International Journal of Learning*. 2007. T. 15. № 10. P. 123-130.
21. Kane B. Children's Concepts of Death. *The Journal of Genetic Psychology*. 1979. 134. № 1. P. 141-153.
22. Katolyk H. Doświadczenie penthosu, czyli próba uporządkowania pojęcia lęku tanatycznego / Józef. Binnebesel, Zbigniew Formella, Halyna Katolyk. *Medycyna paliatywna*. 2018; 10 (3). P. 145-149.
23. Katolyk H. Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście tanatopedagogicznej relacyjnej terapii zastępczej – badania grupy realizowanych na terenie Ukrainy / H. Katolyk, Z. Formella, J. J. Binnebesel «Humanizm i medycyna» // red. naukowa. B. Stelcer, W. Strzelecki. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, 2015. P. 108-155.
24. Katolyk H. Specyfika funkcjonowania i komunikacji z dzieckiem przewlekle chorym / J. Binnebesel, Z. Formella, H. Katolyk // «Pacjent "inny" wyzwaniem opieki medycznej» / red. naukowa E. Krajewskiej-Kułak, A. Guzowskiego, G. Bejdy, A. Lankau. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydawnictwo Naukowe SILVA RERUM, Poznań 2016. P. 371-397.
25. Malcom N. L. Images of heaven and the spiritual afterlife: Qualitative analysis of children's storybooks about death, dying, grief, and bereavement. *Omega (Westport)*. 2010. Vol. 62. № 1. P. 51-76.
26. Orbach I., Gross Y., Glaubman H., Berman D. Children's perception of death in humans and animals as a function of age, anxiety and cognitive ability. *J Child Psychol Psychiatry*. 1985. Vol. 26. № 3. P. 453-463.
27. Pandya, A., & Kathuria, T. (2021). Death Anxiety, Religiosity and Culture: Implications for Therapeutic Process and Future Research. *Religions*, 12(1), 61. <https://doi.org/10.3390/rel12010061>
28. Pilch, T., Bauman, T., & Radzko, A. (2010). *Zasady badań pedagogicznych: Strategie ilościowe i jakościowe* (Wyd. 3. popr. i rozsz.). Wydawnictwo Akademickie „Żak” Teresa i Józef Śniecińscy.
29. Rubacha, K. (2008). *Metodologia badań nad edukacją*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne. GrupaKapitałowa WSiP.
30. Speece M. W., Brent S.B. The acquisition of a mature understanding of three components of the concept of death. *Death Studies*. 1992. Vol. 16. № 3. P. 211-229.
31. Tillich, P. (1988). *The Anxiety of Fate and Death*. W *The Courage to Be*: T. 5: Main Works-Hauptwerke (s. 159-162). De Gruyter.
32. Tillich, P. (2000). *The Courage to Be* (2 Sub edition). Yale University Press.
33. Zorzi, M., & Giroto, V. (2004). *Fondamenti di psicologia generale*. Il Mulino.

34. Weber J. A., Fournier D.G. Family Support and a Child's Adjustment to Death // Family Relations. 1985. Vol. 34. № 1. P. 43-49.
35. Yalom I. D. Existential psychotherapy. New York : Basic Books, 1980. 524 с.
36. Rogério Brandão. Джерело: pl.aleteia.org <https://dyvensvit.org/top/1010816/>

**СТРАХ СМЕРТІ ЯК ДЕТЕРМІНАНТА
ПСИХОЕМОЦІЙНОЇ НАПРУЖЕНОСТІ
ТА ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕФОРМАЦІЇ
ПРАЦІВНИКІВ ПРАВООХОРОННИХ
ОРГАНІВ В УМОВАХ ДІЇ
СТРЕС-ФАКТОРІВ**

**FEAR OF DEATH AS A DETERMINANT
OF PSYCHO-EMOTIONAL TENSION
AND PROFESSIONAL DEFORMATION
OF LAW ENFORCEMENT EMPLOYEES
IN CONDITIONS OF STRESS ACTION**



В'ячеслав Бліхар

доктор філософських наук, професор,
директор Інституту управління, пси-
хології та безпеки
Львівського державного університету
внутрішніх справ,
e-mail: blikharv@ukr.net;
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7545-9009>

Viacheslav Blikhar

Doctor of Philosophy Sciences, Professor,
Director of the Institute of Management,
Psychology and Security
of Lviv State University of Internal Affairs

Зоряна Кісіль

доктор юридичних наук,
професор, академік АНВО
України, заступник директора Інсти-
туту управління, психології та безпеки
Львівського державного університету
внутрішніх справ,
E-mail: zoriana-kisil@ukr.net
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1405-4547>

Zoriana Kisil

Doctor of Law, Professor, Academician
of ASHEU, Honored Worker of Science
and Technology, Deputy Director
of the Institute of Management,
Psychology and Security Lviv State
University of Internal Affairs

Галина Католик

доктор психологічних наук, професор
кафедри практичної психології
Львівського державного
університету внутрішніх справ
e-mail: katolyk@hotmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2169-0018>

Halyna Katolyk

doctor of psychological sciences,
professor, Department of Practical
Psychology Lviv State University
of Internal Affairs

Анотація

У статті зазначено, що в умовах формування сучасної правової системи, демократизації правоохоронних органів, проголошення курсу на неухильне забезпечення прав і свобод громадян одним із провідних пріоритетів діяльності Міністерства внутрішніх справ України є створення високопрофесійного кадрового корпусу, здатного ефективно вирішувати правоохоронні завдання, які поставлені державою перед органами внутрішніх справ.

Перетворення державного управління, глибокі зміни в структурі кадрів МВС України, зміна сутності, цілей і функціональної направленості правоохоронної діяльності потребують розширення кола дослідження проблем професіоналізації у цій сфері.

Ключові слова: професійна деформація, професійний ризик, професійний стрес, емоційне вигорання, психоемоційна напруженість, екстремальність.

Abstract

It is stated in the article that in the context of the formation of a modern legal system, democratization of law-enforcement institutions, proclamation of a course to ensure the rights and freedoms of citizens, the formation of a highly professional staff capable of effective solving law enforcement tasks which are put by the state before the police is considered as one of the leading priorities of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine.

Transformation of public administration, profound changes in the personnel structure of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine, change in the essence, goals and functional orientation of law enforcement activities require an expansion of the scope of research on the problems of professionalization in this area.

Activity is an integral part of a person's lifestyle, an important factor in its formation and development as a member of society and the individual. Professional tasks execution, along with the maximum concentration on the positive results, can lead to side effects. One of them is professional deformation, which objectively represents not a fatal, but a really probable expense, so-called shadow side of the profession. Subjectively, it is a tribute that a person unwillingly pays for excessive specialization, unquenchable passion for activities, the maximum level of demands to herself/himself.

Professional deformation can occur as a result of any activity. But most often, according to the different research, it affects representatives of such professions that involve activities type «man-man»: teachers, actors, service workers, lawyers. This problem is highly important for law enforcement agencies because their representatives are dealing with intense deformation influence.

Professional deformation as one of the complex and multisided problems of law enforcement requires a comprehensive, interdisciplinary solution of legal, managerial, psychological and other tasks. The professionalism of law enforcement personnel lags behind the growing demands of reality, so today, under the influence of a complex operational environment and criminalization of state life, the research under such problem of professionalization of personnel as the professional deformation of the employee and related problems of organization and management in the Ministry of Internal Affairs of Ukraine is becoming increasingly important.

Key words: professional deformation, professional risk, professional stress, emotional burnout, psychoemotional tension, extremity.

ВСТУП

У Дніпрі наприкінці січня 2022 року, проводжали в останню путь жертв стрілянини на Південному машинобудівному заводі. Тоді загинули четверо нацгвардійців та жінка, яка працювала на КПП. Це ще одне нагадування про те, що представник МВС живе у просторі межі життя і смерті й неможливо попередити стани, процеси, реакції людей у погонах, що потрапляють у ситуації зустрічі зі смертю, які спричиняють гострі та хронічні ПТСР, немотивовані афективні реакції, депресії (в контексті яких людина завжди задає собі питання про сенси власного життя і смерті, чи сенсу життя і смерті близьких чи колег).

Демократизація суспільних відносин в Україні, зміна вектору діяльності Національної поліції з репресивної на сервісно-обслуговуючу вимагає подальшого вдосконалення службової діяльності правоохоронців, розвитку засад співробітництва та партнерських взаємовідносин правоохоронних органів держави з населенням. Позаяк забезпечення публічної безпеки і порядку, охорони прав та свобод людини, а також інтересів суспільства і держави, протидія злочинності – є одними із провідних напрямів забезпечення національної безпеки, що в цілому становить собою захист життєво важливих інтересів людини і громадянина, суспільства та держави, й забезпечує усталений розвиток суспільства, своєчасний вияв, превенцію й нейтралізацію реальних або потенційних ризиків національним інтересам.

Представники національної поліції України слугують суспільству шляхом забезпечення охорони прав і свобод людини, протидії злочинності, підтримання публічної безпеки і порядку [1]. Діяльність цих людей відноситься до найбільш складної та характеризується високим рівнем ризиконебезпечності та екстремальності. Априорі діяльність працівників Національної поліції України «...майже постійно супроводжується психоемоційною напруженістю, професійним ризиком та психічною травматизацією є вкрай конфліктогенною, доволі часто напруженість виявляється поза межевою, позаяк правоохоронці повсякчас протистоять злочинним діям як окремих людей, так злочинних угруповань» [2].

Професійна діяльність працівників правоохоронних органів із превенції та припинення протиправних дій досить часто відбувається у вкрай несприятливих умовах. Наслідками професійної діяльності працівників правоохоронних органів в умовах дії стрес-факторів значної інтенсивності досить часто проявляються у трагічних формах. «За різними оцінками, із числа поліцейських, які застосовували зброю на враження, май-

же 70% звільняються з роботи протягом п'яти років, причина – пережита психічна травма.



Рис. 1. В'ячеслав Бліхар, Зоряна Кісіль і Тарас Созанський з випускницями-психологинями Львівського державного університету внутрішніх справ

Науковці вважають, що підрозділ, який брав участь в інциденті, що супроводжувався масовими жертвами (великою кількістю обгорілих або покалічених тіл), може в наступні 3-5 років втратити до 20% своєї чисельності через порушення психічної адаптації. Обстеження такої категорії осіб виявило значну поширеність у них постстресових розладів (понад 60% обстежених відзначили значний вплив інцидентів на їхній психічний стан і наступне життя, і лише 35% не відчували якихось негативних психологічних наслідків)» [3].

Аналіз наукових розвідок як вітчизняних, так і зарубіжних учених, дає можливість стверджувати про те, що діяльність працівників правоохоронних органів є однією із найбільш складних за одночасністю, різноплановістю, жорстокістю, а подеколи й за протиріччям вимог, які до них висувають. Інтенсивність взаємодії цих детермінант у поєднанні з іншими факторами та умовами (ризиконебезпечний та екстремальний характер професійної діяльності, відповідальність за дії та наслідки та ін.) повсякчас переводить працівників правоохоронних органів, котрі потрапляють у екстремальну ситуацію, в режим специфічного перебігу психічних процесів та критичних випробувань їх особистісних якостей. Водночас, чим більш складнішим і відповідальнішим є оперативно-службове завдання (охорона правопорядку, боротьба зі злочинністю), чим більш

ризиконебезпечними та конфліктними є умови, в яких правоохоронець повинен діяти, тим значно суворіше оцінюються не лише його професійні знання, уміння та навички, але й глибинні можливості його особистості й організму, моральні та вольові якості.

Серйозну науково-теоретичну базу в дослідженні професійної діяльності правоохоронців становлять висновки, положення наукових праць таких відомих учених серед яких: Ю. Аврутин, А. Арістова, О. Бандурка, І. Богатирьов, Н. Болотіна, Т. Гарасимів, В. Горшеньов, О. Джужа, Д. Калаянов, Р. Калюжний, Д. Керімов, А. Комзюк, В. Коваленко, В. Колпаков, Н. Матюхіна, С. Петков, О. Синявська, Ю. Тихомирова, С. Шалгунова, О. Цільмак та ін. Незважаючи на науково-практичний інтерес до цієї проблематики, зумовлений насамперед прагматичною потребою підвищення ефективності діяльності Національної поліції України в умовах загострення соціальних суперечностей у суспільстві, їй поки що не приділено належної уваги.

Мета дослідження полягає у визначенні страху смерті як детермінанти психоемоційної напруженості та професійної деформації працівників правоохоронних органів в умовах дії стрес-факторів.

Основні результати дослідження. До основних детермінант екстремальності та ризиконебезпечності професійної діяльності, котрі можуть спричинити розвиток негативних особистісних якостей співробітників Національної поліції та їх професійної деформації слід вважати: «...високий рівень варіативності службових обов'язків; дефіцит, неупорядкованість, різноманітність джерел і якість інформації (ймовірність дезінформації); необхідність підтримання високого рівня мобілізаційної готовності і миттєвої зібраності; нестабільність робочого режиму та його ненормований характер; обмеження особистої свободи; постійне почуття небезпеки для життя й ризику (фізичного і психологічного); можливість застосування зброї та засобів спеціального захисту; очікування загроз психологічного і фізичного характеру щодо правоохоронців та їх близьких з боку злочинних угруповань; складність взаємовідносин з об'єктами професійної діяльності; психоемоційні перевантаження під час роботи тощо» [4].

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ОБГОВОРЕННЯ

До прикладу І. Ващенко зазначає, що «...дефіцит часу, невизначеність ситуації, різноманітність завдань, які необхідно розв'язувати, висока відповідальність за наслідки здійснюваних дій та рішень, що приймаються, висока ймовірність підпадання під інтенсивний негативний психологічний (часто й фізичний) тиск – усе це чинники екстремальності, життєвої екзистентності, які висувають певні вимоги до особистості кожного працівника органів внутрішніх справ. Окрім того, саме їх дія викликає накопичування нервово-психічного напруження, що може стати основою для різноманітних функціональних порушень. Останнє стає неминучим у разі відсутності в представників ОВС адекватно сформованої психологічної загартованості до труднощів, що виникають при розв'язанні оперативно-службових завдань, умінь і навичок самоконтролю та регуляції власного психічного стану, своєї поведінки.

Про це переконливо свідчать дані, отримані під час дослідження. Працівники органів внутрішніх справ як суб'єкти правоохоронної діяльності перебувають у стані тривалого протистояння з конфліктуючими сторонами, що безумовно не може не позначитися на психологічній, організаційно-тактичній і технічній готовності до дій в умовах конфлікту. Кожен третій працівник (36,0%) відчуває нервово-психічне навантаження. На функціональні порушення (втома, дратівливість, сонливість, головний біль тощо) вказав кожен другий працівник (49,7%)... Існують два прояви відсутності психологічної стійкості: у формі збудливості і формі гальмування. Зовні прояви кожної форми теж різні». Підсумовуючи вищесказане, вчений, на нашу думку, наголошує на наявності у численної кількості представників ОВС предепресивних або депресивних станів та емоційного вигорання, що може бути як чинником, так і наслідком перманентного ПТСР. На основі подальших досліджень учений дійшов висновку, що психологічна стійкість – це характеристика особистості, яка передбачає збереження оптимального функціонування психіки в умовах фруструючого і стресогенного впливу складних та життєво небезпечних ситуацій [5, с. 182, 183].

Голландський психіатр Б. Герсонс провів обстеження групи поліцейських Амстердама (37 осіб), які брали участь у затриманні деліквентів, із застосуванням зброї на ураження (в усіх випадках були або поранені або убиті з обох сторін). Б. Герсонс виявив, що «...в різний час у 17 пацієнтів-поліцейських (46%) були виражені посттравматичні стре-

сові розлади, а безпосередньо під час клінічного інтерв'ю розлади були у семи поліцейських (19%), відзначалися психологічні коливання – у десяти поліцейських (27%). Лише троє поліцейських із загального числа обстежених не мали ознак посттравматичного стресового розладу після застосування ними зброї (8%)» [6, с. 248]. Отже, перманентним у будь-якій професійній діяльності є стрес як система інтенсивних актів, котрі виникають під час взаємодії мотивів професійної діяльності, з одного боку, умов та засобів діяльності – з іншого (див. рис 2, рис. 3).

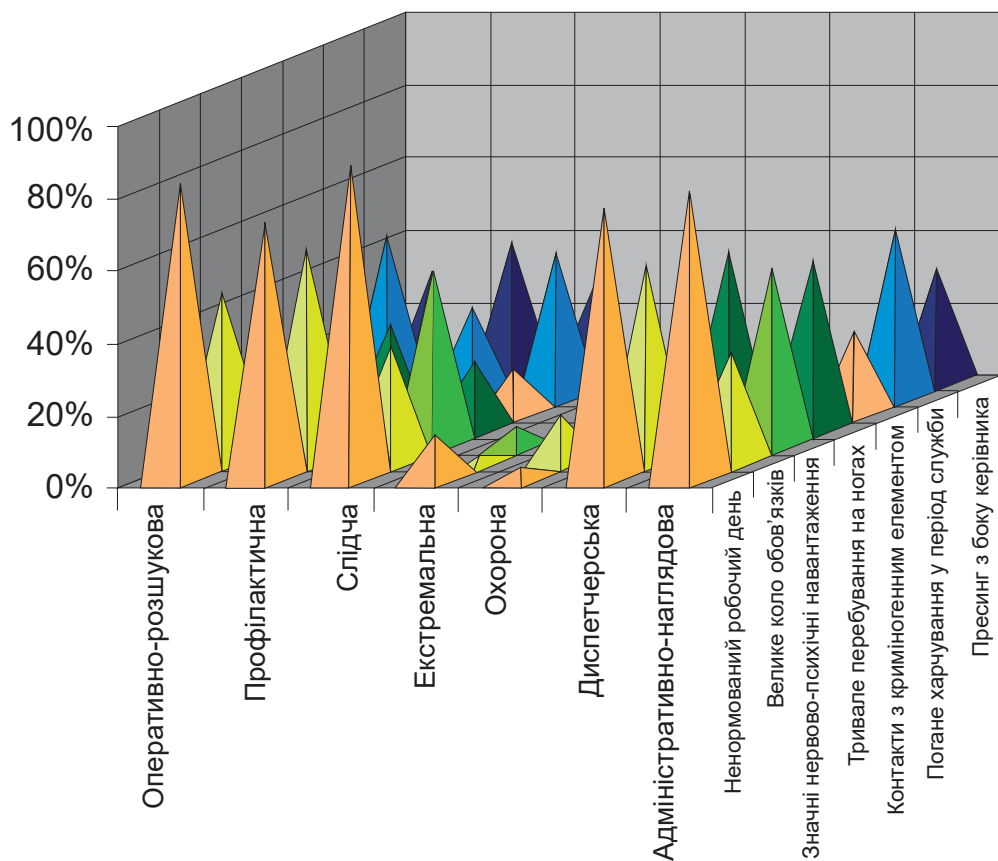


Рис. 2. Основні фактори важкості професійної діяльності

Для розуміння співвідношення та взаємозв'язку особистісних детермінант чинників стресу в професійній діяльності правоохоронців, слід оцінити місце стресу у внутрішній конфігурації діяльності в цілому [7, с. 31]. Водночас, стрес слід розглядати не лишень як зовнішній чинник, котрий зумовлений екстремальністю та ризиконебезпечністю ситуації, проте й як цілеспрямовану активність, котра консолідує будь-яку особистість.

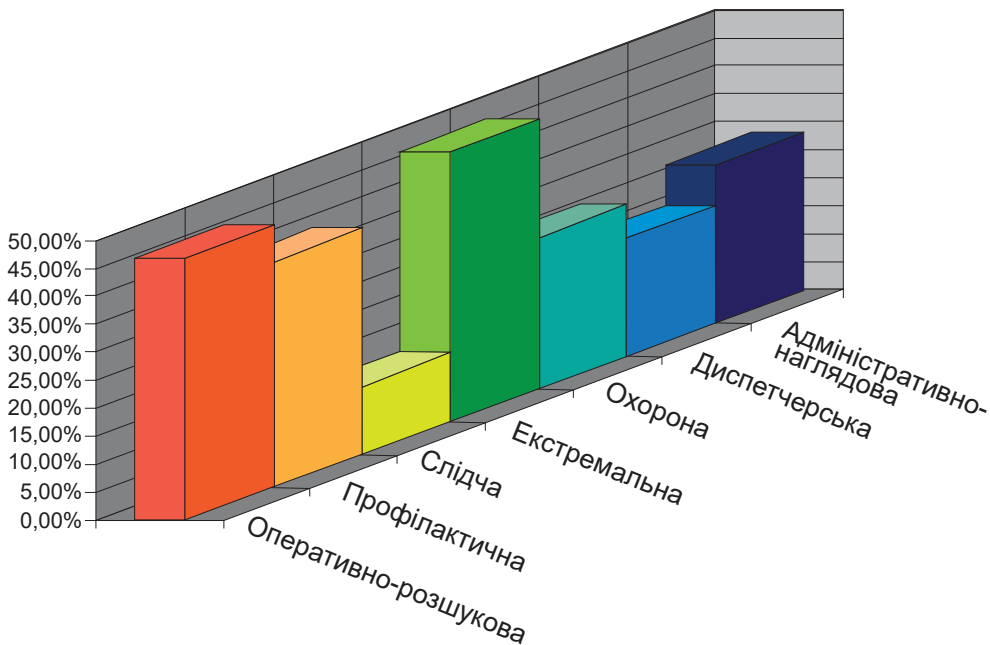


Рис.3. Частота виконання завдань в умовах підвищеного ризику для життя.

У наукову термінологію термін «стрес», в сучасному трактуванні було введено Г. Сельє (1939 р.), котрий зробив висновок про «...існування загального адаптаційного синдрому, що забезпечує пристосування організму до змінюваних умов середовища» [8, с. 7]. Водночас, Г. Сельє розглядав «стрес» як «..неспецифічну відповідь організму на будь-яку вимогу, що до нього ставиться» [8, с. 27]. Між іншим, Г. Сельє тлумачив сутність «стресу» по-різному. Прагнучи створити «всеосяжну і єдино правильну» концепцію, він приділив увагу лишень біологічним та фізіологічним аспектам дилеми, тому узвичаєним стало розуміння стресу «як фізіологічної реакції організму на дію негативних чинників, які становлять загрозу для організму» [8, с. 87].

Р. Лазарус першим спробував розмежувати фізіологічне та психологічне розуміння стресу [9, с. 190]. Сутність його концепції полягає у тому, що фізіологічний стрес, котрий пов'язаний із розмежуванням фізіологічного стресу, пов'язаного із дією дійсного фізичного подразника, та психічного (емоційного) стресу, пов'язаного із оцінюванням особистістю майбутньої ситуації власне як загрозової для життя й важкої. Водночас, це розмежування є досить умовним, позаяк у фізіологічному стресі завжди присутні елементи психічного (емоційного), а при психічному стресі не може не бути фізіологічних змін.

Згодом Г. Сельє аргументував існування двох видів стресу, а саме: а) дистресу, котрий безпосередньо пов'язаний із негативними емоційними реакціями, б) еустресу, котрий пов'язаний із позитивними емоційними реакціями. Відтоді, у царину цих понять ввійшли всі фізіологічні феномени, зокрема і сон. Г. Сельє дослідив, що «...людина, котра перебуває у стані повного розслаблення (спляча людина) зазнає певний стрес, і що цілковита свобода від стресу означає смерть» [10, с. 83].

Сучасними науковцями термін «стрес» застосовується, принаймні, у трьох значеннях:

- «по-перше, як будь-які зовнішні стимули або події, що викликають у людини напругу або збудження; сьогодні в цьому значенні частіше вживаються терміни «стресор», «стрес-чинник»;
- по-друге, як суб'єктивна реакція, що відображає внутрішній психічний стан напруги і збудження; цей стан інтерпретується як емоції, оборонні реакції і процеси подолання (coping processes), що відбуваються в самій людині; такі процеси можуть сприяти розвитку й удосконалюванню функціональних систем, а також викликати психічну напругу;
- по-третє, як фізичну реакцію організму на запропоновану вимогу або шкідливий вплив; функцією цих фізичних (фізіологічних) реакцій, мабуть, є підтримка поведінкових дій і психічних процесів щодо подолання цього стану» [11, с. 9].

Позаяк не існує загальновизнаної теорії стресу, тому і не сформовано однозначного його визначення. Так, Д. Механіч вважає, що «...стрес є реакцією індивіда на ситуацію» [12, с. 107]. Г. Басовіч та прихильники його концепції схиляються до думки, що «...стрес як якість ситуації, що не залежить від ставлення індивіда до неї» [13, с. 203]. Г. Сельє, Б. Догренвед вважають, що «...стрес це стан, що чинить перешкоди, які є внутрішньою реакцією на стресори» [10]. Ф. Александер позиціонує стрес «і як якість стимулу, і як реакцію індивіда на нього» [14]. В. Вілюнас та О. Овчиннікова вважають, що стрес «... є гносеологічною абстракцією, яка посилено розробляється методом проб і помилок, і пропонують розглядати проблему стресу у функціональному аспекті – як проблему впливу емоцій на продуктивну діяльність суб'єкта» [15, с. 46]. Аналізуючи різноманітні доктринальні підходи до визначення стресу, Н. Г. Різві вважає, що:

- 1) «...іноді це поняття відносять до стану занепокоєння в організмі, яке він прагне усунути або зменшити; у цьому значенні поняття «стре-

су» не набагато відрізняється від неприємних станів, зокрема, тривожності або аверсивних мотивацій, слабого болю і дисонансу;

- 2) стрес також розглядається як психологічна і поведінкова реакція, що відображає стан внутрішнього занепокоєння або його пригнічення; такі захисні від стресу реакції або індикатори спостерігалися в різноманітних функціональних проявах, в тому числі емоційних, когнітивних, поведінкових;
- 3) стрес визначається як подія або умова у фізичному або соціальному оточенні, що веде до вживання заходів щодо уникнення агресії, ухвалення рішення про усунення й ослаблення загрозливих умов; таке поняття як «стресори» подібне до понять «небезпека», «погроза», «тиск», «конфлікт», «фрустрація» й «екстремальна ситуація» [16, с. 120].

Особливу увагу учені акцентують на особливостях професійної діяльності. Априорі, що вплив стресових чинників, котрі безпосередньо пов'язані з реалізацією професійних обов'язків, не можна недооцінювати. Низка науковців схиляються до думки, що професійний стрес слід розглядати як «уособлений специфічний вид стресу» [17, с. 16]. А. К. Росс, Е. А. Альтмайер ввели спеціальний термін «професійний стрес» [18, с. 106]. Дослідження стресу під час виконання професійних обов'язків продемонстрував, що майже будь-яка професійна діяльність при певних рівнях стресогенності, зазвичай, спричиняє небажані наслідки.

РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Априорі, сучасній службовій діяльності працівників Національної поліції є притаманним професійний стрес, котрий зумовлений вкрай високою складністю, відповідальністю, ритмом виконання завдань, потребою постійного контролю й самоконтролю, прийняттям рішень за умови дефіциту інформації та часу. Якщо у 1983 р. 55,0% людей щотижня зазнавали дію стресу, то у 1992 р. вже кожна третя людина щодня переживала стрес чи декілька разів на тиждень, що є на 20,0% більше аніж десять років тому. У 2020 р. вже 75% людей щоденно зазнавали дію стресу, 78,0% нарікань були пов'язані власне із професійним стресом і лишень 35,0% людей отримували задоволення від власної професійної діяльності. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) **позиціонує**

«професійний стрес» хворобою XXI ст., позаяк цей різновид стресу є притаманним будь-якій професії у світі та набув масштабу глобальної епідемії [19]. Власне як стресори найчастіше позиціонують такі детермінанти: «надмірне навантаження, тривалість робочого часу, конкуренція, занадто швидке службове зростання, негативні міжособистісні взаємини з керівниками (тиск керівника), конфлікт між роботою й особистим життям, невпевненість у надійності свого становища на роботі» [19].

Окремо необхідно акцентувати увагу на чільні вектори діяльності Національної поліції власне як правоохоронної структури, котрі власне й позиціонують своєрідність пов'язаних із ними стресів. Так, враховуючи із зазначених чинним законодавством завдань, пропонуємо виділити три чільні напрями:

1. Діяльність блоку превенції та громадської безпеки.
2. Оперативно-розшукова діяльність.
3. Діяльність слідчих підрозділів.

В залежності від специфіки професійної діяльності можна говорити й про специфіку стресів та стресогенних ситуацій, з котрими доводиться зіштовхуватися правоохоронцям, але в цілому їх можна поділити на дві категорії, а саме: стреси громадян; стреси правоохоронців.

Апріорі, лідерами за кількісними показниками та якістю безпосередньої взаємодії зі стресами об'єктів професійної діяльності, а отже, і особистісною стресонавантаженістю, що у свою чергу чинить вплив на рівень професійної деформації самих правоохоронців, є власне блок превенції та громадської безпеки, чільне місце в котрому посідають підрозділи патрульної поліції. Адже ці підрозділи першими прибувають на місце події та першими комунікують з особами, котрі перебувають у стресовому стані чи вкрай складних емоційних станах.

Оперативно-розшукова діяльність є чільною для працівників карного розшуку, підрозділів боротьби зі злочинами, пов'язаними з торгівлею людьми; підрозділів захисту інтересів суспільства і держави та інших служб. Основним завданням управлінь карного розшуку, відповідно до чинного законодавства України є надання поліцейських послуг у сферах охорони прав і свобод людини і громадянина, інтересів держави та суспільства, протидія злочинності. Це є сфера, в якій працівник поліції зіштовхується не лишень зі стресовими станами, які притаманні для блоку превентивної діяльності та громадської безпеки, але й досить специфічними, котрі притаманні цьому блоку.

Третій напрям, зазначений авторами, є діяльність слідчих підрозділів, які в межах повноважень виконання законодавства України про кримінальне провадження здійснюють повне та неупереджене з'ясування обставин кримінального провадження. Такий функціонал окреслює монотонність й алгоритмічність здійснюваної роботи. Враховуючи це, а також низку інших показників (процесуальні строки, тиск обставин, контроль з боку посадових осіб та органів, високий рівень відповідальності та ін.) стає цілком зрозуміло, що і у цьому напрямі діяльності є вдосталь стресів.

Статистичні дані свідчать, що близько 60% працівників Національної поліції України здійснюють свої професійні функції в режимі службового перенавантаження. Більшість науковців схиляється до думки про те, що у діяльності працівників Національної поліції слід виокремити наступні стрес-фактори, а саме: професійна діяльність, котра повсякчас пов'язана із ризиком та небезпекою для життя та здоров'я (зустрічаємось із усією гамою свідомих та несвідомих переживань щодо небезпеки для власного життя); високий рівень відповідальності за прийняті рішення за долю і життя інших; складність та ризиконебезпечний характер виконання професійних функцій; поєднання різноманітних за метою дій в одній діяльності; опрацювання значного обсягу інформації; дефіцит часу для здійснення необхідних дій; переобтяжені детермінанти робочого середовища; постійна взаємодія з маргінальними особами; емоційне вигорання та психологічна виснаженість, спричинена через постійну комунікацію з різноманітними видами насилля; неналежне грошове забезпечення; формування негативного іміджу працівника поліції у суспільній думці; неналежний рівень підтримки та співпраці з населенням та окремими громадянами, зокрема; «міжвідомча» колізія у сфері правоохоронних органів та їх структурних підрозділів; конфліктні умови професійної діяльності; професійна діяльність правоохоронців з особами з асоціальними установками, некерованою агресивністю, ворожим ставленням до представників влади та ін.

Загалом, довготривале виконання професійних обов'язків у ситуації перманентного напруження призводить до дезадаптації, пониженню резистентності організму, нервового та психічного перенавантаження, психоемоційного виснаження та депресії (часто з суїцидальними думками та бажаннями) внаслідок чого виникає розвиток стійких негативних психічних станів (підвищений рівень тривожності, перевантаження, стрес, фрустрація, афект та ін.). Розуміння перевантаження у ситуаціях

під дією психологічних факторів, тим паче при їх домінуванні над розумовими, досить часто призводить до хибних службових дій та ексцесів рівноваги в самопочутті правоохоронця.

Працівники поліції, котрі повсякчас перебувають під впливом «професійного стресу», згідно проведених нами попередніх досліджень, не отримують вдовolenня від власної діяльності, їм більше притаманні прояви симптомів психосоматичних захворювань, а також вияви дезадаптивних форм поведінки (міжособистісні конфлікти, звуження сфери контактів, грубі порушення дисципліни, виникнення різноманітних адикцій). Далі делікти можуть посилюватися, адже у ситуаціях сильного перевантаження відбувається погіршення пізнавальної здатності, звужується світогляд, поведінка втрачає гнучкість.

Нині дослідження динаміки розвитку «професійного стресу» позиціоновано як найважливішу наукову проблему, позаяк він чинить значний вплив на якість виконання професійних обов'язків, продуктивність та стан здоров'я. Так, відповідно до отриманих даних, А. Леонова зазначає, що лишень за 1995-1998 рр. термін «професійний стрес» в наукових розвідках зустрічається 2980 разів, а водночас із посиленням на близькі за значенням терміни «робочий стрес» та «трудоий стрес» це число зростає майже до 3700. Аналіз значної кількості як вітчизняних, так і зарубіжних наукових розвідок, надало можливість А. Леоновій виокремити три основних підходи до аналізу поняття «професійного стресу»: «...екологічний, трансактний і регуляторний». Так, автор вважає, що «...відповідно до першого підходу, стрес розуміється як результат взаємодії індивіда з навколишнім середовищем; відповідно до другого – як індивідуально-пристосувальна реакція людини на ускладнення ситуації; відповідно до третього – як особливий клас станів, що відбиває механізм регуляції діяльності в утруднених умовах» [20, с. 7].

Аналіз наукових розвідок та різноманітних наукових підходів дає підстави виокремити три основних підходи стосовно аналізу «професійного стресу» (див. рис. 4)

Науковці, представники першого підходу, зазначають, що «професійний стрес» найчастіше виникає внаслідок невідповідності (чи несумісності) вимог професійного середовища та особистісних ресурсів працівника. А це, в свою чергу, формує потенційну небезпеку для успішності професійної поведінки, здоров'я та самопочуття. У межах зазначеного підходу об'єктом емпіричних досліджень є детермінанти стресогенних ситуацій на «вході» (детермінанти чи джерела виникнення стресу) і «ви-

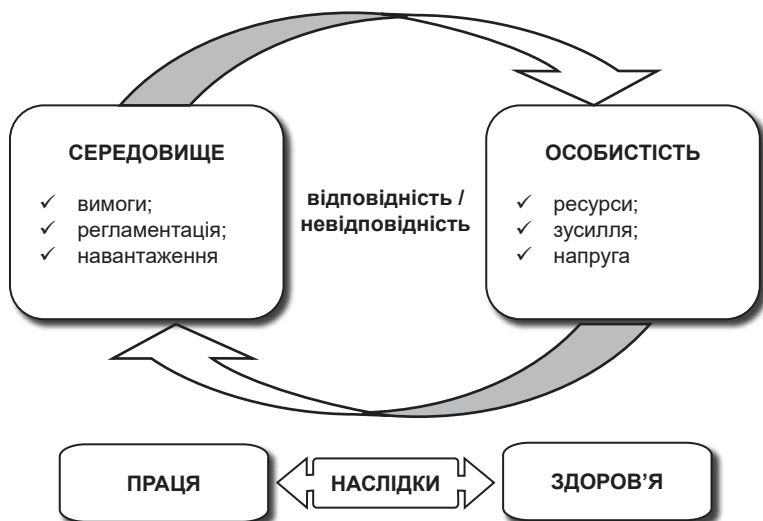


Рис. 4. Основні підходи до аналізу професійного стресу в сучасній психологічній науці

ході» (наслідки стресу для виконання професійних обов'язків, фізичного та психічного здоров'я працівників). Сам факт наявності чинників стресу встановлюється шляхом вияву закономірностей зв'язку поміж чинниками напруженості професійної діяльності та їх негативними наслідками (див. рис. 5). Незважаючи на домінування непрямих та відтермінування оцінювання стресу, здійснення дослідницьких установок зазначеного підходу має більше переваг, позаяк надає можливість у кожному конкретному випадку окреслити: «а) чи має місце й у чому виявляється дисбаланс у системі «особистість – професійне середовище»; б) яка «ціна» існуючих невідповідностей; в) на що, насамперед, слід спрямува-



Рис. 5. Аналіз професійного стресу за параметрами першого підходу

ти оптимізаційну роботу» [20, с.7]. Основною перевагою цього підходу є те, що вивчення «професійного стресу» позиціонується як комплекс негативних результатів стресу, як багатопараметричний об'єкт, котрий аналізується у трьох основних виявах впливу на: професійну діяльність; фізичне здоров'я; психічне здоров'я.

Другий підхід до дослідження «професійного стресу» (див. рис. 6), було сформовано у середині 1970-х р. як підсумок розвитку когнітивних концепцій стресу [20, с. 7]. Основоположником сучасного погляду на природу психологічного стресу є Р. Лазарус, котрий вперше «...змістив фокус інтересів із традиційного вивчення механізмів гомеостатичного регулювання і стадій адаптаційного пристосування» [9, с. 45] на ґрунтовний аналіз індивідуально-психологічних детермінант, котрі зумовлюють розвиток стресу. Чільне місце в аналізі зайняли «...суб'єктивна значимість ситуації, в якій діє людина, і ті засоби (або стратегії поведінки), за допомогою яких вона намагається перебороти труднощі» [9, с. 52].

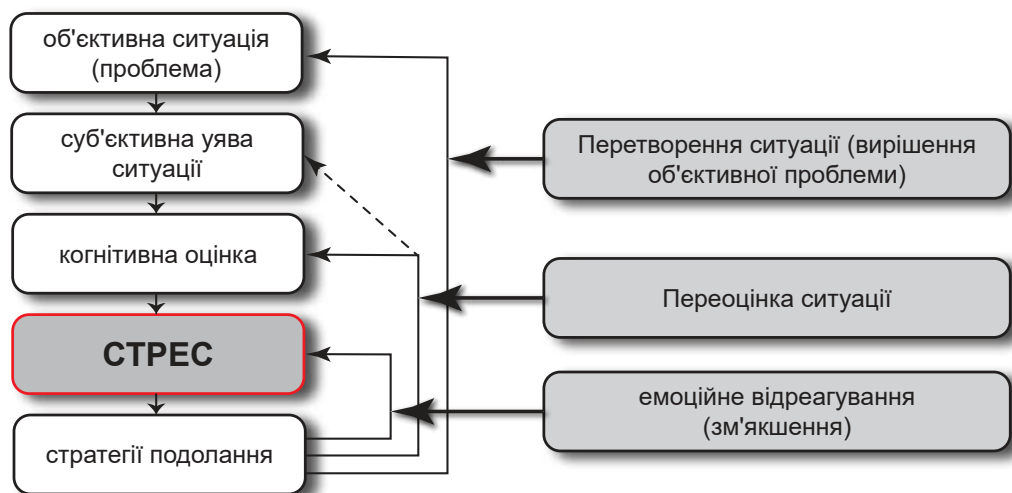


Рис. 6 Аналіз професійного стресу за параметрами другого підходу

Домінуючим предметом наукової розвідки в межах третього підходу стала ґрунтовна деталізація уявлень щодо зміни механізмів регуляції професійної діяльності під дією різноманітних детермінант, а також оцінювання їх «ціни» з погляду внутрішніх витрат [20]. Цей підхід дозволив відстежити «долю» процесу розвитку негативних результатів стресу – «від появи актуального («гострого») стресового стану через акумуляцію хронічних ефектів до формування стійких патологічних зрушень» (див. рис. 7).

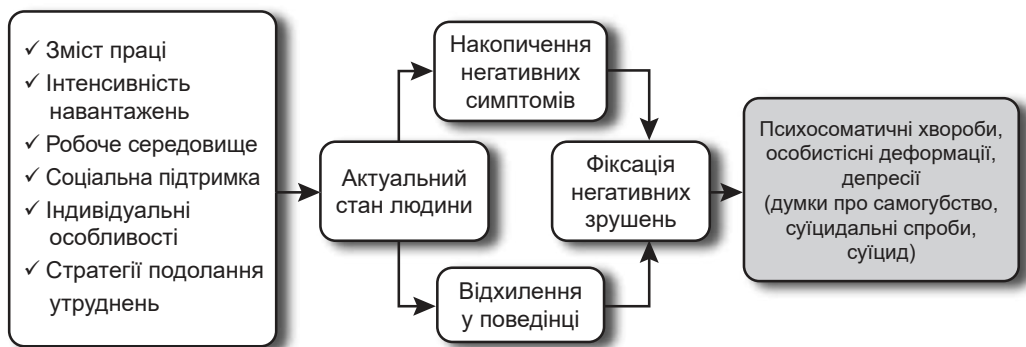


Рис. 7. Розвиток негативних наслідків професійного стресу за параметрами третього підходу

Отже, коли у двох перших підходах розглядається можливість оптимально вирішувати питання, котрі пов'язані з оптимізацією професійної діяльності та усуненням об'єктивних детермінант стресу, то третій підхід пропонує можливості індивідуалізації способів надання психологічної допомоги, базуючись на знаннях про різновид станів, котрі підлягають корекції та профілактиці. Третій підхід надає можливість виявляти дефіцит індивідуально психологічних та системно-соціальних засобів та навичок подолання індивідом стресових ситуацій, які можна подолати в процесі спеціальних навчань, психокорекційних тренінгів та психотерапевтичних інтервенцій.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

Отже, дослідження наукових розвідок щодо стану стресу у професійній діяльності засвідчують, що феноменологічно та й у плані властивостей механізмів регуляції «професійний стрес» працівників Національної поліції України є специфічним видом стресу і його можна позиціонувати як багатомірне явище фізіологічних та психологічних реакцій поліцейського на складну службову ситуацію. Здійснений аналіз основних підходів до дослідження «професійного стресу» на основі наявних теорій та моделей дозволяє нам позиціонувати основні джерела професійного стресу (див. рис. 10). Огляд основних положень теорій та моделей стресу дає підстави виснувати, що кожна із них враховує та аналізує переважно одну із сторін багатогранної проблеми. Поміж тим, відмінність між вимогами професії до людини та людини до професійної діяльності, на нашу думку, стає причиною професійного стресу працівника, професійного вигорання і в подальшому професійної деформації, зокрема тих, хто пов'язав свою долю із службою в правоохоронних органах.



Рис. 8. Основні джерела професійного стресу

Реалії сьогодення дають підстави стверджувати про те, що на часі створення новітньої моделі поліцейської освіти, котра повинна містити чітко сформульовані цілі; суспільно-орієнтований зміст освітньо-професійних програм; відповідно виправданий та психологічно апробований метод, сутністю якого є гармонізація вимог до професійної діяльності працівників Національної поліції України до високих вимог суспільства власне до якості надання поліцейських послуг. Існуючий розрив між вимогами сучасного суспільства до професійної діяльності поліцейських нової генерації та можливостями наявної системи професійної підготовки поліцейських, котра, на жаль, ще за інерцією перебуває під впливом тогочасної системи професійної підготовки правоохоронців, нині потребує удосконалення, зокрема, за рахунок упровадження та практичного застосування сучасних досягнень практичної психології, у контексті запровадження психологічного супроводу професійної підготовки. Априорі, що система психологічного супроводу професійної підготовки та професійної діяльності, зокрема, постає як відповідь на існуючу проблему наближення результатів алгоритму підготовки поліцейських з одного боку – до наявних сучасних вимог поліцейських практик, з іншого – до високих очікувань та запитів громадянського суспільства.

ВИСНОВКИ

1. Професійний стрес у працівників Національної поліції України зумовлюється різноманітними за своєю природою детермінантами, однією із домінуючих є специфічні умови професійної діяльності поліцейського.

2. Службова діяльність працівників правоохоронців обумовлюється наступними стрес-факторами, як-то: протиборство озброєному деліквенту; отримання каліцтва або поранення під час здійснення службових завдань; високий рівень відповідальності за прийняте рішення в умовах інформаційної невизначеності; стресогенність та ризиконебезпечність здійснюваних функцій; застосування заходів фізичного примусу чи вогнепальної зброї на ураження тощо.

3. Дослідження наукових розвідок щодо стану стресу у професійній діяльності засвідчують, що феноменологічно та й у плані властивостей механізмів регуляції «професійний стрес» працівників Національної поліції України є специфічним видом стресу і його можна позиціонувати як багатомірне явище фізіологічних та психологічних реакцій поліцейського на складну службову ситуацію.

4. Модель «професійного стресу» працівників Національної поліції України формується з трьох блоків: зовнішніх стрес-факторів; внутрішніх стрес-факторів; фізіологічних та психологічних виявів професійного стресу.

5. Тривала дія стрес-факторів чинить професійно-деформуючий вплив, потребує від працівників Національної поліції України максимальної фізичної та психоемоційної напруги, високого рівня професійної підготовленості та високого рівня розвитку внутрішнього імперативу.

Список використаних джерел

1. Про Національну поліцію Закон України від 02.07.2015 р. №580-VIII. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/580-19#Text> (дата звернення: 22.06.2021).
2. Кісіль З. Р. Юридико-психологічні засади запобігання професійній деформації працівників правоохоронних органів: монографія. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2016. 848 с.
3. Максименко С. Д., Медведєв В. С. Юридична психологія: підручник. Київ: Видавничий дім «Слово», 2018. 448 с.
4. Kisl Z. R. psychological factors of professional stress of employees of the national police of Ukraine: Legal scholarly discussions in the XXI century: collective monograph / S. V. Albul, O. V. Dykyi, V. Dyntu, A. Ye. Fomenko, etc. – Lviv-Toruń: Liha-Pres, 2019. – 86-104 p
5. Ващенко І. В. Конфлікти: сучасний стан, проблеми та напрямки їх вирішення в органах внутрішніх справ. Х.: Національний університет внутрішніх справ, 2002. 256 с.
6. Gersons B. P. R. Patterns of PTSD among Police Officers following Shooting Incidents: A Two – Dimensional Model and Treatment Implications // Journal of Traumatic Stress. 1989. V. 2. № 3. P. 247-257.
7. Кириллов О. И., Хасина Э. И. Хронический стресс: пятифазовая модель вместо трехфазовой. Вестник ДВО РАН. 2001. № 1. С. 29-38.
8. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 2005. 253 с.
9. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологическое исследование. М.: Изд-во Московского ун-та, 1999. 152 с.
10. Selye Hance The stress of life. New York: McGraw-Hill, 2006. P. 81-94.
11. Бодров В. А. Информационный стресс: учебное пособие. М.: ПЕРСЭ, 2000. 352 с.
12. Mechanic D. Students under Stress. New York: Free Press, 1962. P. 117.
13. Basowitz H., Persky H., Korchin. Sh., Grinker R. Anxiety and Stress: An Interdisciplinary Study of a Life Situation. New York: McGraw-Hill, 1955. P. 203 -243.
14. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications. New York: Norton, 1950. P. 57-69.
15. Вилюнас В.К. Психологические механизмы мотивации человека. М.: Изд-во МГУ, 1990. 288 с.
16. Rizvi N. H. A Critique of the models to study stress // Journal Social Science and Human. 1985. Vol. 1-2. P. 103-123.
17. Furnham A. Personality of work. London: Routledge, 1992. 354 p.
18. Ross K., Altmaier E. A. Handbook of Counseling for Street at Work. London: Sage Publication, 1999. 108 p.
19. Stavroula L., Griffiths A., Cox T. Work organization and stress: systematic problem approaches for employers, managers, and trade union representatives. The World Health Organisation. 2020. Protecting workers' health series. No 3. URL: http://www.who.int/occupational_health/publications/en/oehstress.pdf.
20. Леонова А.Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса. Вестник МГУ (Серия 14. Психология). 2000. № 3. С. 4-21.
21. Кісіль З. Р., Кісіль Р.-В. Психологічні чинники професійного стресу у працівників Національної поліції України. Соціально-правові студії. 2019. Випуск 1 (3). С. 22-32.

**СТРАХ ПЕРЕД ДОРΟΣЛИМ ЖИТТЯМ
У МОЛОДІ З РІЗНИХ СОЦІАЛЬНИХ
СЕРЕДОВИЩ**

(СТРАХ МАЙБУТНЬОГО: ПСИХОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ)

**FEAR OF ADULT LIFE
AMONG YOUTH FROM DIFFERENT
SOCIAL ENVIRONMENTS**

(FEAR OF THE FUTURE: PSYCHOLOGICAL ASPECT)



Галина Католик

*доктор психологічних наук, професор
кафедри практичної психології*

*Львівського державного
університету внутрішніх справ*

e-mail: katolyk@hotmail.com

*ORCID ID: [https://orcid.org/0000-0002-
2169-0018](https://orcid.org/0000-0002-2169-0018)*

Halyna Katolyk

*doctor of psychological sciences,
professor, Department of Practical
Psychology Lviv State University
of Internal Affairs*

Анотація

Сучасне суспільство наповнене відсутністю гарантій майбутнього, наявності впевненості у безпеці фізичній та соціальній. Молоде покоління завжди є дзеркалом латентних тенденцій будь-якого соціуму. Тому страх перед дорослішанням у молодого покоління є свідченням багатьох прихованих соціальних негативних перспектив майбутнього дорослого життя. З точки зору психодинамічного підходу нас зацікавили власне ці латентні змісти, які ми й спробували дослідити у даному дослідженні. Воно проводилось у різних соціальних зрізах, де були представники з різних матеріально і соціально забезпечених верств населення, відповідно з різним баченням теперішнього та майбутнього.

Ключові слова: страх перед дорослішанням, страх майбутнього, тривога долі і смерті, тривога порожнечі і втрати сенсу, тривога провини і осуду.

Abstract

Modern society is filled with the lack of guarantees for the future and the presence of confidence in physical and social security. The younger generation is always a mirror of the latent trends of any society. Therefore, the fear of growing up in the younger generation is evidence of many hidden social negative prospects for future adulthood. From the point of view of the psychodynamic approach, scientists are actually interested in these latent contents, which we will try to investigate in this study. The study was conducted in different social sections, where there were representatives from different materially and socially disadvantaged segments of the population, respectively, different visions of the present and future.

Key words: fear of growing up, fear of the future, anxiety of fate and death, anxiety of emptiness and loss of sense, anxiety of guilt and condemnation.

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ

Проблема соціального страху, страху перед майбутнім не нова, але актуальна для нашої країни, де багато років панував погляд на людину як на носія головним чином суб'єктивних, тобто активних якостей. Сьогоднішня ситуація масового страху перед майбутнім виявилася несподіваною з усіма відповідними економічними, політичними і психологічними втратами і витратами.

Особливо гостро це питання постає для юнацького віку і пізньої зрілості. Це обумовлено тим, що в юнацькому віці на даному етапі психологічного розвитку в період вікової кризи відбувається зміна соціальних ролей, визначений рубіж, що найбільш актуальний для старшокласників. Виникає очікування змін у майбутньому (і не завжди позитивних, сприятливих, але і негативних, тривожних), тому що юність – це певний етап дозрівання і розвитку людини, що перебуває між дитинством і дорослістю. Звідси і страх перед майбутнім, тому що відбувається усвідомлення власної індивідуальності і її властивостей, поява життєвого плану, настанови на свідому побудову власного життя, поступове вrostання в різні сфери життя, і в тому числі острах того, що руйнується звичний уклад життя, іде в минуле те, що ще недавно складало сенс життя [29; 30].

У пізній зрілості з віком 50-55 років пов'язана чергова нормативна криза: людина в черговий раз підбиває підсумок своєї минулої діяльності та здійсненням, замислюється про свої цілі з урахуванням свого професійного статусу, фізичного стану і стану справ у родині. Криза 50-х років має об'єктивні причини і передбачає істотну перебудову особистості з урахуванням зміни становища людини в житті. Це якісно нова ситуація не тільки освоєння нових соціальних ролей, але і нового ставлення до власного життя і до життя взагалі. Кількість проблем у пізній зрілості не зменшується, а навпаки, наростає, у тому числі і таких, до яких доросла людина може бути не готова, що може призводити до песимізму, переживання страху майбутнього, відставання від життя.

В останні роки інтерес до проблем людей юнацького і зрілого віку помітно зріс. Про це мова йде в численних дослідженнях, на науково-практичних конференціях, круглих столах. Разом із тим, систематичного викладу і дослідження проблеми переживання страху майбутнього людьми в період вікових криз у юнацькому, а особливо в пізньому зрілому віці вочевидь бракує. Тому сьогодні об'єктивно виправдане прагнення створити відповідну «теорію страху майбутнього», додати феномену страху статус специфічного предмета психологічного пізнання і виробити адекватні принципи його аналізу.

Таким чином, під час переживання страху майбутнього в період вікових криз процеси, що відбуваються в цей час, перебудови смислових структур свідомості і переорієнтації на нові життєві задачі, що призводять до зміни характеру діяльності і взаємин, впливають на подальший хід розвитку особистості.

На переживання страху майбутнього в юнацькому віці впливають як індивідуальні, так і соціальні чинники, до яких можна віднести занижену самооцінку, невпевненість у собі, тривогу з приводу свого майбутнього, побоювання неможливості реалізувати свої цілі, страх перед новим життям.



Рис. 1. Страх майбутнього: пізнати себе і перестати боятись (інтернет ресурс)
<https://epsychology.ru/articles/strah-budushchego-uznat-sebya->

До порівняння пізній зрілості на переживання страху майбутнього впливає тривога з приводу того, що вони залишають після себе в майбутньому і чому навчили наступне покоління, як справляться з новими технологіями і чим заплатять за лікування...

Отже, форми перебігу кризового періоду можуть бути різними.

У юнацькому віці, щоб адаптуватися до нової життєвої ситуації, необхідна підтримка родини, тобто, та потреба в психологічній близькості з іншими людьми, у якій вони переживають необхідність, підвищення самооцінки і впевненості в собі, своїх здібностях. Власне тому необхідно досліджувати психологічні особливості страху перед дорослішанням, щоб дізнатися про природу таких страхів і про способи їх подолання. Відповідно **об'єктом** проведеного нами дослідження був страх як пси-



Рис. 2. Страх літніх людей і як з ним дати раду (інтернет ресурс)
<https://easycare.pro/blog/ukhod-za-pozhilymi/dushevnoe-zdorove>

хологічний феномен, а предметом дослідження – страх перед дорослим життям у молоді з різних соціальних середовищ.

Мета дослідження: на основі теоретичного та емпіричного дослідження визначити рівень страху перед дорослішанням у *молодих людей із різних соціальних середовищ* та його взаємозв'язку з їхніми психологічними особливостями.

Відповідно до мети, було сформульовано наступні завдання дослідження, які полягали у: проведенні теоретичного аналізу феномену страху; з'ясуванні особливостей анатомо-фізіологічного, психічного та особистісного розвитку юнаків; аналізі проблематики сенсу життя; проведенні емпіричного дослідження, що дозволило би визначити рівень страху перед дорослим життям у молодих людей із різних соціальних середовищ; здійсненні аналізу отриманих результатів з метою підтвердження висунутих гіпотез, які формувались наступним чином:

1. Скоріш за все, у різних соціальних групах ставлення досліджуваних до майбутнього має певні відмінності.
2. Ймовірно, у осіб, які є вихідцями з сімей бізнесменів страх перед дорослішанням проявляється менше, ніж у тих, що виховуються в сім'ях середнього класу та інтернатах, у зв'язку з тим, що діти заможних людей живуть в достатку та інших цінностях та настановах на перспективу, тому менше мають страхи щодо майбутнього забезпеченого життя.



Рис.3. Представники еліт клубу (інтернет ресурс)
<https://pokermatch.com/uk/news/20181219/charity-poker-tournament>

3. Можна припустити, що особи з сімей середнього класу почувають себе більш тривожно стосовно майбутнього дорослого життя ніж діти бізнесменів, оскільки вони спрямовані на те, щоб забезпечити свій добробут у майбутньому власною працею.
4. Мабуть, особи, що відчують високий рівень самотності у своєму житті, мають і підвищений страх перед майбутнім оскільки не відчують достатньої турботи з боку оточуючих.



Рис. 4. Майбутні соціальні працівники (інтернет ресурс)
<https://nubip.edu.ua/node/81725>

При дослідженні використовувалися наступні **психодіагностичні методики** збору емпіричних даних:

1. Методика багатофакторного дослідження особистості Р. Кеттела ($N = 187$) для отримання даних про особистісні характеристики досліджуваних осіб.
2. Скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості (СМОЛ) адаптований В. Зайцевим.
3. Методика діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона.
4. Для вивчення особистісних особливостей молоді використовували шкалу суб'єктивного благополуччя.
5. Анкетування.



Рис. 5. Здобувачі вищої освіти Інституту управління, психології та безпеки Львівського державного університету внутрішніх справ є постійними волонтерами в одному з сиротинців Прикарпаття (з приватної колекції проф. З. Ковальчук)

З метою визначення можливих взаємозв'язків між страхом перед дорослістю та особистісними рисами досліджуваних первинні дані були опрацьовані за допомогою статистичної програми STATISTICA 6.0.



Рис. 6. Діти сиротинця (з приватної колекції проф. З. Ковальчук)

Опис групи досліджуваних. З метою визначення рівня страху перед дорослим життям та його взаємозв'язку з психологічними особливостями досліджуваних, було проведене опитування серед осіб різних соціальних груп. Всього було опитано 45 осіб віком 16 – 20 років, серед яких 15 виросли у середовищі бізнесменів, 15 виросли у середовищі середнього класу та робітничих сім'ях та 15 – виховувалися в сиротинці, яким опікуються викладачі та студенти Інституту управління, психології та безпеки Львівського державного університету внутрішніх справ. Свого часу до проведення наукового дослідження були долучені студенти-психологи Львівського національного університету імені Івана Франка Ольга Яцькевич та Анастасія Широка.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СТРАХУ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРАХУ У ПЕРІОД ЮНОСТІ

Теоретичний аналіз страхів особистості та класифікація страхів

Страх – одне з основних понять екзистенціалізму, неприємне відчуття ризику або небезпеки незалежно від того, реальні вони чи ні. Страх також описують як відчуття виняткової неприязні до якого-небудь стану або об'єкту (боязнь темноти, боязнь привидів і так далі). Страх є однією з основних емоцій; відчуття стійких страхів називається «фобією».

Страх розглядається в сучасній психологічній науці в контексті одного з її перспективних напрямів – психології емоцій. У Короткому психологічному словнику страх трактується як «емоція, що виникла в ситуації загрози біологічному або соціальному існуванню індивіду та спрямована на джерело дійсної або уявної небезпеки». Н. Рейнвальд вважає, що «потреба в самозбереженні може, залежно від обставин, проявитися в пасивно-захистній емоції – страху» [21]. Таким чином, страх можна розглядати і як своєрідний захисний механізм внутрішнього «Я» особи. У комунікативному аспекті дослідження проблеми страху доцільно виділити його дезорганізуючу функцію. Страх може бути описаний різними термінами залежно від виявленості: переляк, жах, манія переслідування, комплекс переслідування. Варто поглянути, як його зображали художники різних епох.

У сучасній психології існує безліч способів класифікації страхів певними ознаками. Згідно гіпотезі німецького психотерапевта Ф. Рімана, існує чотири основні форми страху, що визначають наше життя, які при надмірному їх розвитку дають чотири типи патологічного розвитку особи – шизоїдний, істеричний, депресивний і нав'язливий. Ці чотири види страху викликано, на його думку, базальними тенденціями, що визначають соціальне і психічне життя людини. Перша тенденція пов'язана з бажанням індивідуума відокремити себе від решти людської маси і реалізувати себе як окрему особу, що неминуче викликає страх ізоляції і самотності. Друга тенденція має на увазі самозречення і самовіддачу, злиття з навколишніми людьми. Як пише Ф. Ріман, «з цими поняттями пов'язані всі страхи, що полягають у боязні втратити власне «Я», які залежні від неминучої самовіддачі і небажання позбутися своєї одинич-



Рис. 7. Персей і Андромеда 1891. Фредерік Лейтон (1830-1896)
(інтернет ресурс) <https://kazagrandy.livejournal.com/4205543.html>



Рис. 8. Смерть і покірність. Франс Франкен II (1581-1642)
(інтернет ресурс) <https://kazagrandy.livejournal.com/4205543.html>



Рис 9. Жахіття 1974. Гарольд Блекберн (1899-1980).
(інтернет ресурс) <https://kazagrandy.livejournal.com/4205543.html>

ності та принести себе в жертву іншим, що є необхідним для пристосування до вимог більшості» [22].

Третя тенденція психічного розвитку полягає в прагненні до незмінності і порядку. Ця тенденція, на думку Ф. Рімана, супроводжується страхами, що обумовлені «знанням про ірраціональність планування нашого

існування, страхом перед ризиком всього нового, перед невизначеністю наших планів, перед вічною мінливістю нашого життя, яке ніколи не зупиняється і постійно змінює нас самих». Згідно четвертої тенденції, що рушить людьми, ми прагнемо до зміни існуючого порядку, до мінливості, розвитку, до відмови від пізнаного. За Ф. Ріманом, з цією мотивацією, яка дає нам можливість розвиватися і проникати в таємницю непізнанного, тісно пов'язаний страх перед необхідністю подолання порядку, правил і законів, інертності звичок, які утримують, сковують і обмежують наші можливості.

Відомий психіатр Б. Карвасарський [13] розрізняв вісім основних видів страху. До першого з них він відносив агорафобію, що проявляється в різних формах. До другої групи належать так звані соціофобії, пов'язані з суспільним життям. Вони включають ерейтофобію (страх почервоніти у присутності людей), страх публічних виступів, страх через неможливість зробити яку-небудь дію в присутності сторонніх. До третьої групи, за класифікацією Б. Карвасарського, відносяться нозофобії – страхи захворіти яким-небудь захворюванням. Цей вид нав'язливого страху в тій чи іншій мірі завжди присутній в суспільстві, але особливо загострюється і набуває масового характеру під час епідемій. До четвертої групи нав'язливих страхів – страх смерті. До п'ятої – різні сексуальні страхи, до шостої – страхи завдати шкоди собі або близьким, до сьомої – «контрастні» фобії (наприклад, страх голосно вимовити нецензурні слова в суспільстві у вихованої людини або страх «зробити щось непристойне, брудне»). І, нарешті, восьма група страхів – це фобофобії, або, іншими словами, страхи боятися чого-небудь, страхи про страхи.

Інші психіатри, наприклад Г. Седок і Б. Каплан, вважають за краще ділити страхи на конструктивні – що являють природний захисний механізм, який допомагає краще пристосуватися до екстремальної ситуації, і патологічні страхи. Останні є неадекватною за інтенсивністю або тривалістю відповіддю на певний стимул і часто призводять до ситуації психічного нездоров'я [12].

Професор Ю. Щербатих запропонував свою класифікацію страхів. Він розділяє всі страхи на три групи: біологічні, соціальні, екзистенційні [27].

До першої групи належать страхи, безпосередньо пов'язані із загрозою життю людині, друга представляє побоювання за зміну свого соціального статусу, третя група страхів пов'язана з самою суттю людини, характерною для всіх людей. Виходячи з цього принципу, страх пожежі

відноситься до першої категорії, страх публічних виступів – до другої, а страх смерті – до третьої. Тим часом є і проміжні форми страху, що перебувають на межі двох розділів. До них, наприклад, належить страх хвороб. З одного боку – хвороба має біологічний характер (біль, пошкодження, страждання), але з іншої – соціальну природу (виключення з нормальної діяльності, відрив від колективу, зниження доходів, звільнення з роботи, бідність і т. д.). Тому даний страх знаходиться на межі першої і другої групи страхів, страх глибини (при купанні) – на межі першої і третьої групи, страх втрати близьких – на межі другої і третьої групи і так далі. Насправді, в кожному страху в тій чи іншій мірі присутні всі три складові, але одна з них є домінуючою.

Людині властиво боятися небезпечних тварин, ситуацій і явищ природи. Страх, що виникає із цього приводу, носить генетичний або рефлексорний характер. У першому випадку реакція на небезпеку записана на генетичному рівні, в другому (заснована на власному негативному досвіді) – записується на рівні нервових клітин. У обох випадках є сенс проконтролювати корисність подібних реакцій за допомогою розуму і логіки. Можливо, що дані реакції втратили своє корисне значення і лише заважають людині жити щасливо. Наприклад, має сенс з обережністю ставитися до змій, і безглуздо боятися павуків; можна цілком обґрунтовано побоюватися блискавок, але не грому, який не може заподіяти шкоди. Якщо подібні страхи заподіюють людині незручність, можна постаратися перебудувати свої рефлекси.

Страхи, що виникають в ситуаціях, небезпечних для життя і здоров'я, носять охоронну функцію і тому корисні. Страхи ж перед медичними маніпуляціями можуть завдати шкоди здоров'ю, оскільки перешкоджають людині вчасно встановити діагноз або провести лікування.

У цивілізованому суспільстві людина все рідше піддається фізичному болю і небезпеці насильницької смерті. Але і в ньому є немало джерел страху. Проте, як свідчать численні соціологічні і психологічні дослідження, найбільш поширеним джерелом страхів і побоювань, є особливості соціальних відносин.

Соціальні страхи можуть витікати із страхів біологічних, але, завжди мають специфічний соціальний компонент, який в них виходить на перше місце, відтісняючи примітивніші чинники виживання. Конкретні форми прояву соціальних страхів залежать від особливостей історичної епохи і типу суспільства. Порівнюючи «біологічні страхи» і «соціальні страхи», слід зазначити, що специфіка останніх полягає, по-перше, в їх опосередкованому характері (коли об'єкти, що викликають страх не мо-

жуть безпосередньо самі по собі завдати шкоди людині), а, по-друге, в їх надзвичайній поширеності. Так всі люди, більшою чи меншою мірою, бояться хвороб і смерті, страшаються бідності і можливості виникнення війни.

Серед безлічі соціальних страхів можна виділити шість найголовніших різновидів, які створюють три пари страхів: страх успіхів і невдач, страх близьких соціальних контактів, страх оцінок.

Страх невдачі – соціальний страх пов'язаний з побоюванням зазнати невдачу на якомусь терені: чи то кар'єра, бізнес, навчання або особисте життя. Як писав американський психотерапевт Д. Бернс, «думка про те, що докладання зусиль не приведе до результату, є достатньою для особи, щоб відмовитися навіть від спроб». Стійкий страх провалу може бути пов'язаний з різними чинниками, головними з яких є такі: тенденція робити загальні висновки з одиничних фактів; оцінка по кінцевому результату, коли не враховуються індивідуальні особливості людини, а ярлик «успіху» або «поразки» наклеюється незалежно від витрачених зусиль. Різновидами соціального страху перед невдачами є: страх дістати відмову в проханні допомоги; страх бідності, через що люди заощаджують гроші; страх неспроможності погасити борги, який змушує людей втрачати вигідні можливості.

Страх успіху властивий людям не цілком упевненими в собі, котрі змирилися зі своїм становищем і бояться, що у разі успіху їм доведеться брати на себе нову відповідальність, докладати додаткові зусилля і утримувати завойовані позиції. У його основі лежить відчуття невпевненості в своїх силах. Боязнь успіху може виникати і через думки, що на людину будуть покладені великі надії, які вона не зможе виправдати.

Ф. Ріман вважає, що для кожної людини характерні дві протилежні тенденції. Перша пов'язана з бажанням індивідуума відмежувати себе від решти людської маси і реалізувати себе як окрему особу, що у результаті неминуче викликає страх ізоляції і самоти. Друга тенденція має на увазі самозречення і самовіддачу, злиття з навколишніми людьми. Як пише Ф. Ріман, з цими поняттями пов'язані всі страхи, що полягають в боязні втрати власного «Я», які виникають при необхідності самовіддачі. Соціальний страх самоти особливо гостро відчують люди, яким психологічно важко бути самотніми. Сюди ж належить страх втрати близької людини. Страх самоти може приймати різні форми: страху критикувати іншу людину, боязні конфліктів, страху прояву своїх відчуттів, страху перед розлученням і так далі [22].

Протилежною формою соціального страху самоти є побоювання дуже близько «впустити» в себе іншого. Деякі люди, що знаходяться під впливом імпульсів, скерованих на посилення самостійності, випробовуватимуть страх перед відвертістю і самовіддачею. Життя таких людей пов'язане з підвищеним прагненням до самостійності, що призводить до їх ізоляції від оточуючих. Їхній страх перед близькістю посилюватиметься у разі потреби наблизитися до інших або при наближенні інших. Ф. Ріман називає таких осіб «шизоїдами» і пише, що для захисту від страху перед близькістю вони прагнуть досягти максимально можливої незалежності. Вони старанно ухиляються від емоційних контактів зі своїм оточенням, що спричиняє посилення егоцентризму і все більший і більший ізоляції. На думку Ф. Рімана, у таких людей унаслідок ізоляції і самоти може виникнути страх збожеволіти, в якому відбивається переживання шизоїдом втрати своєї індивідуальності і його незахищеність у цьому світі [22].

Страх оцінок може набувати дві протилежні форми: боязнь негативних оцінок, та страх перед неувагою з боку інших людей. Одним із варіантів поведінки, пов'язаної зі страхом перед оцінкою іншими людьми, є сором'язливість. Певним чином її можна зарахувати до попередніх страхів перед соціальними контактами, але для такої людини його оцінка з боку тих, що оточують грає найважливішу роль.

Як писав в своїй монографії головний експерт в цій галузі Ф. Зімбардо, «бути сором'язливим означає боятися людей, особливо тих, від котрих з якоїсь причини виходить емоційна загроза: незнайомців через їх невідомості і невизначеності; керівництва, наділеного владою.». Він також звертає увагу на те, що причиною соромливості може бути сильний страх, пережитий в дитинстві, страх, що примушує людину згодом уникати ініціативи в контактах з іншими людьми» [10].

Близькою до цього страху є боязнь засудження з боку оточуючих, де на першому плані в свідомості постає не кінцевий результат його діяльності, а реакція найближчого соціального оточення. У цьому випадку, на думку людини, яка зробила хибний вчинок, або була засуджена соціумом, їй не варто починати нової справи, щоб знов не потрапити в подібну ситуацію. Як відзначає Д. Бернс, ризик засудження здається настільки реальним, що невпевнена в собі людина приймає такий низький рівень домагань, який тільки можливий, гасло «Хто не грає, той не програє» стає таким, що є життєвим сенсом.

Страх неваги з боку інших людей характерний для демонстративних, істеричних осіб, які хвилюються, якщо на них не звертають увагу.

Їм неважливо який буде привід – головне, щоби про них говорили, на них дивилися, ними захоплювалися, або принаймні – їх ненавиділи. Їх головний страх полягає в тому, щоби стати сірими і непомітними, залишитися без уваги публіки.

У сучасній психології існує багато класифікацій страхів, але спільним для них виявляється розуміння страху як емоційного стану людини, що виявляє себе в ситуаціях порушення звичного життєвого ритуалу або втрати цінного об'єкту. Страх тримає людину в постійній напрузі, породжує невпевненість в собі і не дозволяє особистості реалізуватися сповна. В період світової кризи і нестабільної економічної ситуації, пандемії COVID-19 страхи людини загострюються. При цьому важливо розуміти, що події, які викликають страх можуть взагалі не відбутися, а коли і відбуваються – можуть не мати таких сумних наслідків як передбачалось[31; 32].

Теоретичний аналіз наукових досліджень проблеми страху у психології

Аналізуючи історію вивчення феномену страху, можна побачити, як його намагалися трактувати у різні епохи. Так, страх визначали як почуття, емоцію, пристрасть чи фрустрацію (П. К. Анохін, Й. Біннебезель, Дж. Боулбі, В. К. Вілюнас, Л. С. Виготський, К. Ізард, Г. В. Католик, М. Д. Левітов, Ф. Ріман, І. М. Сеченов, З. Фрейд, П. М. Якобсон).

Важливо зазначити, що досі не існує єдиної теорії страху, незважаючи на очевидну значимість цього феномену. У сучасній психології існує певна семантична невизначеність поняття «страх». Така ситуація склалась внаслідок використання цього терміну в різних значеннях.

Велика кількість досліджень страху як вітчизняними, так і зарубіжними вченими, однак, не призвела до виведення єдиного і загальноприйнятого визначення поняття «страх». Перше, з чим зустрічається сучасний дослідник – різна трактовка цього терміну [31; 32].

Огляд літературних джерел показує, що людство ще з античних часів цікавилось страхом. В античній міфології люди персоніфікували страх, який був представлений у вигляді жорстоких і грізних богів, боротьба з якими була завданням безстрашних героїв.

Перші спроби дослідити страх були зроблені ще філософами найрізноманітніших шкіл і напрямків. Так, роздуми щодо природи страху є у працях Аристотеля, Т. Гоббса, Р. Декарта, І. Канта, А. Камю, С. К'єркегора,

М. Монтеня, Платона, Ж.-П. Сартра, Б. Спінози, П. Тілліха, Л. Фейербаха. Фобос (давньогрецьке Φόβος, «страх») – божество, що відображає в грецькій міфології страх; син бога війни Ареса і Афродіти [1], брат Гармонії и близнюк Деймоса (жаху). Фобос супроводжував свого батька у битвах.

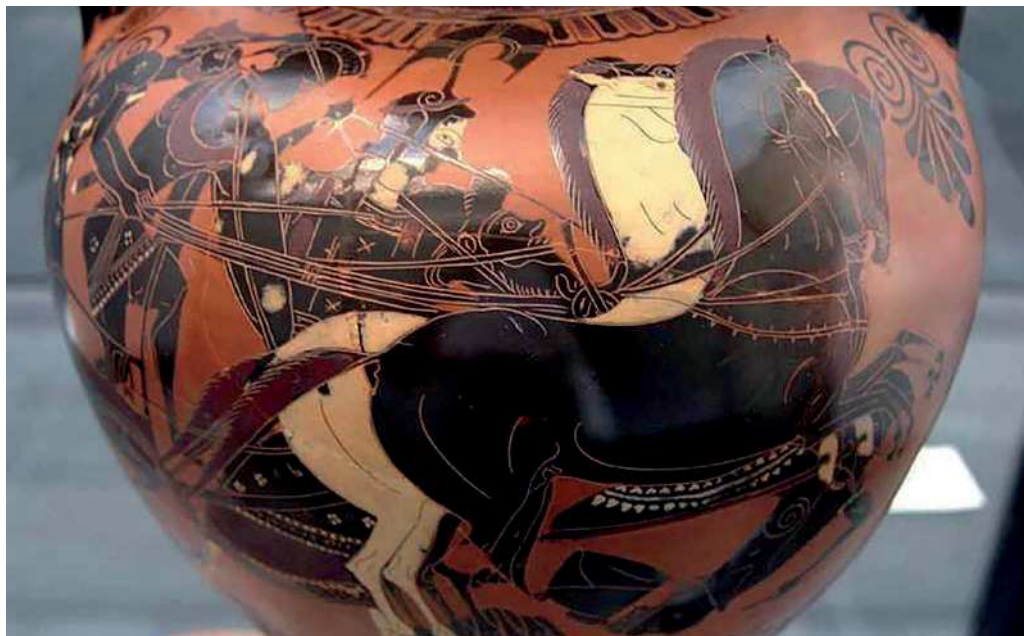


Рис. 10. Ваза: Фобос з батьком катаються на колісниці
(інтернет ресурс) <https://ru.wikipedia.org/wiki>

На думку П. Тілліха, існує три форми тривоги:

- тривога долі і смерті,



Рис. 11. Тривога долі і смерті.
(Інтернет ресурс) https://psyfactor.org/news/fear_of_death.htm

- **тривога порожнечі і втрати сенсу,**



*Рис. 12. Тривога порожнечі і втрати сенсу. (інтернет ресурс)
<http://radiomaria.org.ua/sho-take-strah-smerti-ta-yak-iogo-pozbutis-87>*

- **тривога провини і осуду.**



*Рис. 13. Тривога провини і осуду.
(інтернет ресурс) <https://www.google.com/search>*

П. Тілліх наголошує, що тривога в усіх трьох видах – екзистенціальна, вона властива людському існуванню як такому. Слід зазначити, що філософи-екзистенціалісти розуміли страх як позитивне психологічне явище – він необхідний для активізації рефлексивних процесів для вирішення складних ситуацій [7, 249 с.].

Вперше наукове вивчення емоцій взагалі, і страху зокрема, можна зустріти у праці Ч. Дарвіна «Вираження емоцій у людини і тварин».

Вчений намагався пояснити біологічне походження експресивних рухів при емоціях, і дійшов висновку, що більшість емоційних явищ характерні лише для людини і майже не мають аналогів серед тварин. Разом з тим, Ч. Дарвін вперше висловив думку про те, що емоції мають значне адаптивне значення для тварин [4].

У «периферичній» теорії емоцій К. Ланге страх розглядається як базова емоція, яка пов'язана з реакцією на зовнішню загрозу. К. Ланге вважав, що **страх** – це явище, споріднене з інстинктом самозбереження. Такі висновки він робить на основі фізіологічних реакцій організму: страх призводить до паралізування довільних рухів, а також до судомного стану м'язів, що звужують судини. Ці реакції, на думку К. Ланге, також належать до проявів печалі. Але у випадку страху можна визначити ще одну реакцію – скорочення решти органічних м'язів. Прикладами цього можуть служити такі приказки як «страх прикував до землі», «закам'яніти від страху» та ін. У. Джеймс (1844) розглядав страх як одну із трьох найсильніших емоцій разом із радістю та гнівом. Дослідник вважав страх за непідробний, онтогенетично ранній інстинкт людини. Він вивчав об'єкти, які викликають страх у людини: висоту, павуків, змій, шум; і при цьому намагався визначити, чим спричинений той чи інший страх – інстинктом чи научінням. Під час аналізу причин страху, У. Джеймс прийшов до висновку, що деякі форми страху, як і форми поведінки під час переляку, є рудиментами інстинктів [16].

У. Мак-Дауголл також розглядав страх як інстинкт. У його роботах розмежовуються базові емоційні диспозиції (сюди належить і страх), і вищі почуття, які виникають на основі базових утворень, але не зводяться до них.

На думку засновника біхевіоризму Дж. Уотсона (1920), страх – це фундаментальна, вроджена емоція, що з'являється з моменту народження. До вроджених емоцій вчений також відніс гнів і любов. Разом з тим, згідно з поглядами біхевіористів, Дж. Уотсон визначає страх як специфічний вид вісцеральних реакцій. До стимулів, які викликають страх у новонароджених, дослідник відносить раптову втрату опори, шум, гучні звуки тощо. У старшому віці страхи з'являються на основі умовних рефлексів; такі придбані страхи є дуже стійким утворенням, і надзвичайно важко їх позбутися.

Детального розгляду проблема тривоги і страхів набула у працях З. Фрейда. Погляди вченого на тривогу і страх багато у чому схожі з поглядами С. К'єркегора. Обидва дослідники розмежовували поняття «страх»

і «тривога» таким чином: страх – це реакція на конкретну загрозу, у той час як тривога – на невідому і невизначену небезпеку. Класичною роботою з дослідження страху вважається книга «Страх», протягом багатьох років дослідники посилаються на цю працю у своїх роботах. З. Фрейд писав, що складно сказати, чи мають слова «страх», «боязнь» і «переляк» однакове значення. Разом з тим, З. Фрейд вважав, що **страх** – це стан, і він не вказує на об'єкт, а боязнь (чи тривога) вказує саме на об'єкт. Під поняттям «страх» в основному розуміють суб'єктивний стан, який часто називають афектом [26, 250-263 с.].

Тривогу З. Фрейд описує як особливий неприємний стан, пов'язаний з реакціями відведення подразнення на певні нервові шляхи. Тривога виникає як реакція на небезпеку, і вона виникає щоразу, коли людина зіштовхується зі станом небезпеки. У своїх ранніх роботах вчений розглядав тривогу як загальну реакцію Я на незадоволення. Він допускав, що лібідо знаходить свій вихід через стан тривоги. Але у наступних працях З. Фрейд проводить критичний аналіз своїх попередніх поглядів і відзначає, що в них є певні розбіжності. Вчений зазначає, що якщо раніше він розглядав лібідо витісненого імпульсу потягу як джерело тривоги, то тепер відповідальність за появу тривоги потрібно покласти на «Я».

З. Фрейд виокремив три основних види страху: об'єктивний (реальний страх), невротичний і моральний. Об'єктивний страх виникає як реакція на небезпеку в реальному світі, невротичний – на невідому небезпеку, яка є внутрішньою і свідомо не визнається, моральний страх – «тривожність совісті» [25]. Психопсихолог ввів поняття сигнального страху для принципового розуміння феномену страху. Більшість психопсихологів, на думку Д. Айке, вважають, що поняття сигнального страху краще всього здатне пояснити феномен страху.

Страх – це неприємне емоційне переживання, коли людина усвідомлює, що їй загрожує небезпека [23, 45-49 с.].

За З. Фрейдом, страх характеризується наступними переживаннями. По-перше, він відчувається на фізичному рівні, у всьому тілі помітна певна внутрішня напруга. Якщо людина відчуває страх, то напругу в її органах можна зафіксувати приладами. Чим сильнішим є страх, тим відчутнішою є внутрішня напруга.

Психопсихолог Г. Нунберг описує стан страху дуже детально, і з цього можна зробити висновок, що страх може зачепити будь-яку функцію тіла. Таким чином, можна сказати, що страх – це психосоматичний стан,

він може одночасно проявлятися у тілесних відчуттях і у душевному переживанні [23, 44-45 с.].

З одного боку, для людини небезпеку становлять такі події, які можуть спричинити збитки ззовні, погрожувати здоров'ю чи навіть життю, як-то дикі тварини, блискавка, розлючена людина тощо. Також це можуть бути неприємні переживання, наприклад голод, спрага, насмішки оточуючих, покарання і багато іншого. З. Фрейд зазначав, що разом із відчуттям небезпеки в таких випадках виникає почуття безпорадності і воно є одним із неприємних переживань людини. Саме тому інколи почуття безпорадності розглядають як складову страху. Однак, психоаналітик звернув увагу на ще один вид небезпеки, про який раніше не писали. Це небезпека, яка загрожує нам від наших власних нахилів. Сам факт того, що людина може втратити контроль над собою і своєю поведінкою викликає почуття безпорадності і страх.

У полеміці з теорією О. Ранка З. Фрейд вказує, що страх завжди є реакцією на загрозу, є сигналом небезпеки. Але він відзначає ще один вид страху, якому приділяється мало уваги – страх перед чужим і невідомим. Джерелом такого страху часто є уявлення про те, що нові, невідомі ситуації врешті виявляться неприємними. Окрім цього, невідоме лякає ще й тим, що ми не можемо контролювати його, страх перед невідомим спонукає людей сприймати нову ідею як загрозу.

Вперше такий страх виникає в процесі народження, коли з'являється стан відчуття застрягання та безсилля рухатись далі, так звана травма народження і перша екзистенційна криза. Далі він виникає тоді, коли немовля опиняється без мами, а далі тоді, коли починає відрізняти матір від чужих людей. Це явище називають «тривога восьмимісячних», і вперше описане Р. Шпіцем. З. Фрейд також відзначав страх сепарації, втрати, і особливо страх втратити любов.

Страх незнайомого і чужого являє собою пізнішу специфікацію страху втрати себе, така форма страху виникає у процесі наuczіння, коли людина має ступити на нову ступінь. З. Фрейд зазначає, що такі ж страхи ми відчуваємо перед важливими життєвими кроками: коли одружуємось, коли вирішуємо народити дитину, коли вибираємо професію чи йдемо на пенсію.

М. Кляйн описала ще одну форму страху: коли людина проєктує власні агресивні потяги, вона починає боятися, що той, на кого скерована ця проєкція, стане для неї небезпечним. Схожу структуру мають усі параноїдальні страхи [23, 51].

Підсумовуючи погляди З. Фройда, можна сказати, що страх належить до відомих небезпек, а тривога – до невідомих. А фобія в такому випадку – це страх перед чимось визначеним, але не тим, чого людина боїться ззовні.

Ф. Ріман (1999) та О. Маурер (1960) вважали, що страх – реальний сигнал, що попереджує про наближення загрози і таким чином мотивує захисні реакції. Ф. Ріман виокремив чотири основні форми страху. Першим є страх самозречення, це переживання людиною втрати власного «Я» та залежності. По-друге, це страх перед стагнацією «Я», це переживання страху ізоляції та втрати. По-третє, це страх перед змінами, і проявляється він як мінливість і невпевненість. І четвертий вид страху, виділений Ріманом – це страх перед необхідністю, проявляється він як переживання несвободи і завершеності [7, 251 с.].

Дж. Міллер, представник когнітивної психології, (1941, 1948) відзначив страх як безумовну реакцію вегетативної нервової системи на больові стимули. Також він вважав, що страх – це мотивація чи потреба, яку можна здобути в процесі науціння.

Ч. Спілбергер (1966) називає страх тривоги, який включає емоційну реакцію, пов'язану з антиципацією певних збитків внаслідок реальної об'єктивної небезпеки, яка присутня у зовнішньому оточенні [23, 89 с.].

К. Ізард, представник теорії диференційних емоцій, у своїй праці «Емоції людини» писав, що страх – найнебезпечніша емоція, інтенсивний страх може призвести навіть до смерті тварини чи людини [11, 313]. Вчений вважав, що страх – це особлива емоція, і її потрібно розглядати окремо від феномену тривоги. За К. Ізардом, тривога – комбінація декількох базових емоцій, і страх лише одна з них.

У вітчизняній психології страх розглядався як емоція, почуття, переживання. Такої точки зору дотримувалися Л. Виготський, О. Леонтьєв, С. Рубінштейн, Г. Католик. Після того, як М. Левітов виділив психічні стани в окрему категорію, страх почали досліджувати як емоційний стан (О. Захаров, М. Конюхов, М. Левітов, О. Черникова). Так, М. Конюхов (1996) визначає страх як психічний стан, пов'язаний із вираженим проявом астеничних почуттів в ситуаціях загрози біологічному і соціальному стану індивіда і направлений на джерело дійсної чи уявної небезпеки [16].

О. Захаров визначає страх як «афективне (емоційно загострене) відображення у свідомості конкретної загрози життю і благополуччю людини» [9]. Вчений виділяє ситуативний та особистісно обумовлений

страх. У випадках, коли страх стає невід'ємною частиною життя людини, коли постійно знаходиться причина для побоювань, стійкий страх стає особистісною властивістю людини. Особистісно обумовлений страх виникає у незнайомих ситуаціях, під час контактів із незнайомими людьми, і багато у чому залежить від характеру людини. Ситуативні та особистісно обумовлені страхи часто змішуються та доповнюють один одного [9].

Ф. Б. Березін вважає, що страх – це конкретизована тривога, і вона дає уявлення того, що загрозу можна усунути шляхом певних дій [3, 13-21 с.]. Вчений сформулював «тривожний ряд», який складається із афективних феноменів, які закономірно змінюють один одного по мірі виникнення і наростання тривоги. Так, тривожний ряд складається із таких етапів:

1. відчуття внутрішнього напруження;
2. гіперстезійні реакції;
3. власне тривога;
4. страх;
5. відчуття невідворотності катастрофи, що насувається;
6. тривожно-боязливе збудження.

Згідно Р. Кондаша, «страх – психологічний сигнал, що свідчить про небезпеку та несе в собі попередню оцінку ситуації» [14, 16 с.]. Тобто, в першу чергу, даний стан виконує сигнальну функцію.

О. Чернавський визначає страх «...як стан, як відображуване суб'єктом внутрішньо і зафіксоване окремими системами і організмом у цілому відчуття небезпеки. Окрім цього страх розглядається і як процес, який має початок, триває певний час і закінчується (переддія, прояв і наслідок страху як рівні його протікання)» [26, 3 с.].

Значні труднощі виникають при спробі відокремити поняття «тривога» і «страх». Традиційно вважається, що один із основних критеріїв розрізнення цих понять є наявність чи відсутність предмета переживання. Згідно цієї точки зору, тривога – це стан переживання невизначеної загрози, яка не має певного об'єкту. Страх, у свою чергу, має певний об'єкт, який за бажанням можна проаналізувати.

Існують різні підходи до пояснення відмінності між даними поняттями. Так, згідно критерію, який ввів у психіатрію К. Ясперс, тривога відчувається незалежно від стимулу («вільно плаваюча тривога»), а страх співвідноситься з певним стимулом і об'єктом.

Ч. Спілбергер намагався розмежувати дані поняття таким чином: він вважав, що головною характеристикою страху є те, що чим значимішою є небезпека, тим інтенсивнішою буде емоційна реакція.

Тривога, у свою чергу, описується як емоційна реакція на невизначену небезпеку, коли невідомі стимули, які її породжують. У порівнянні зі страхом, інтенсивність емоційної реакції на певну ситуацію непропорційна, вона завжди значно вища за об'єктивну небезпеку.

К. Ізард у своїх працях писав, що страх складається із певних чітких фізіологічних змін, експресивної поведінки та переживання (очікування загрози й небезпеки) [11].

С. К'єркегор у праці «Страх і трепет» також звернув увагу на відмінності між тривогою та страхом. Так, він вважав, що у випадку страху людина завжди рухається у напрямку від об'єкту, який вселяє страх. Але у випадку тривоги часто існує внутрішній конфлікт, внаслідок чого виникає амбівалентне ставлення до об'єкту страху [7].

Коли мова йде про страх, можна сказати, що вся увага людини направлена на об'єкт страху, усі сили організму мобілізуються для того, щоби втекти якнайдалі від об'єкта, або ж для боротьби з ним. Об'єкт страху завжди посідає якесь місце у середовищі. Якщо ж людина відчуває тривогу, то її спроби втекти зазвичай провокують дивну поведінку. Це пов'язано з тим, що людина не пов'язує тривогу з певним місцем у просторі, тому вона не знає, куди втікати.

З. Фрейд, досліджуючи страх і тривогу, робить наступні висновки. Так, він вважає, що тривога – це реакція на уявлювану загрозу, безпредметний і невизначений страх. Тривога – це стан, який викликаний не небезпекою, а неможливістю її уникнути.

Існує думка, що тривога і страх співвідносяться з позицій первинності і вторинності. Ф. Березін, Р. Мей вважають, що тривога – первинна реакція на загрозу, вона більш проста у порівнянні зі страхом. Ф. Березін створив «тривожний ряд», у якому описав порядок виникнення різних станів. У ньому страх виникає на четвертій стадії у формі опредмеченої тривоги. Схожу думку висловлювали такі вчені як А. Кемпінські (1977), Б. Кочубей, Е. Новікова (1988) [16].

Інший погляд на розмежування тривоги та страху виклав Г. Салліван. Він вважав, що джерело тривоги – це близька та значима особа, тоді як джерело страху – можлива небезпека для базових потреб людини. Деякі вчені дотримуються думки, що страх має інстинктивні форми реагування, а тривога – соціальні.

Значення страху для людини.

Позитивна роль страху.

На перший, поверхневий погляд, страх несе мало приємного людині – він завдає йому прикрасі, сковує активність та може викликати психосоматичні хвороби. Однак, спочатку емоція страху виникла в процесі еволюції з метою захисту організму людини від усіляких небезпек первісного життя. Це вже потім, коли людина кардинально змінила природу і побудувала навколо себе нове місце існування (як техногенну, так і соціальну), реакція страху почала давати збої і спричиняти всілякі неприємності.

Проаналізуємо ж ту користь, яку організм повинен був спочатку отримати з реакції страху, і подивимося, в яких випадках страх безумовно корисний для людини, а в яких приносить йому шкоду.

По-перше, страх мобілізує сили людини для активної діяльності, що часто буває необхідно в критичній ситуації. Це відбувається за рахунок викиду адреналіну в кров, що покращує постачання м'язів киснем і живильними речовинами, що дозволяє їм розвивати більшу потужність. Збліднення шкірних покривів і холодок «під ложечкою» при переляку відносяться до побічних ефектів адреналіну – кров, необхідна в хвилину небезпеки м'язів, відливає від шкіри та шлунку. Всі інші реакції, що спостерігаються при страху у людини і тварин, також були спочатку корисні: так, волосся на голові, що встало дибки від жаху, повинно було налякати потенційного ворога, а раптове спорожнення кишківника (так звана «ведмежа хвороба») полегшувало вагу організму і збивало з пантелику агресора.

По-друге, страх виступає регулятором агресивності і служить затвердженню соціального порядку. Страх перед покаранням стримує прояви первинної біологічної агресії, а також утримує багатьох громадян у рамках закону.

По-третє, страх сприяє кращому запам'ятовуванню небезпечних або неприємних подій. Вперше це було науково доведено в 1951 році американським вченим Дж. Міллером. У цих експериментах щура в забарвленому в білий колір відсіку піддавалися хворобливим ударам струму до тих пір, поки не навчилися відкривати двері в сусідній відсік, забарвлений в чорний колір. Через деякий час, вони, коли їх поміщали в «білий» відсік, виявляли всі ознаки страху навіть за відсутності больового подразника. З певними застереженнями ми можемо припустити, що їм «було страшно» в білому відсіку принаймні їх організм виявляв усі ознаки, харак-

терні для сильного страху. Це дуже важливі досліді, які доводять, що не тільки наше знання, а й тіло (точніше, наше «несвідоме») може запам'ятовувати умови, в яких нам коли-небудь було страшно. Багаточисельні спостереження психіатрів підтверджують, що такі умовно-рефлекторні зв'язки (психологи ще називають їх «якорями») зберігаються на багато років, щоправда, при цьому буває, що страх, пов'язаний із запам'ятовуванням неприємних подій, не приносить користі людині, а, навпаки, може значно ускладнити їй життя.

Четверте, важливе, значення страху – можливість діяти в умовах нестачі інформації, коли її не вистачає для прийняття всебічно продуманого рішення. Тоді стратегію поведінки диктує страх. Можемо передбачити, що емоції страху спричиняють можливості адаптації людини чи тварини в новому, інформаційно ще невизначеному середовищі. В звичайній ситуації при наявності сталих компетенцій задача розв'язується і без допомоги емоцій. Людина виконуватиме схематичні дії у спокої, не зазнавши емоційних коливань. І навпаки, в умовах дефіциту інформації, необхідної для організації дій, виникають емоції страху, паніки, тривоги. Емоція страху розвивається при нестачі інформації, необхідних для захисту, збереження життя. У цьому випадку механізм реагування запускає розширене коло сигналів, корисність яких ще не відома. Лібідозний ресурс має перерозхід, реагування може бути надмірним і неекономним, але таким чином воно запобігає можливій загибелі організму.

Ще одна, безсумнівно, позитивна роль страху – загострення під його дією усіх органів чуття людини, що дозволяє бачити або навіть передчувати найдрібніші ознаки небезпеки. Ось що писав про це О. Кемпінські у своїй книзі «Психопатологія неврозів»: «Іноді у деяких людей можна спостерігати здатність передбачати небезпеку, якщо вона загрожує: в актуальній картині дійсності немає нічого, що би могло на неї вказувати, а тим не менше з'являється занепокоєння, яке супроводжують уві сні або наяву картини наближення нещастя; ці явища належать до парапсихології. До цього часу невідомо, в якій мірі людина може йти вперед у навколишньому чотиривимірному просторі, тобто бачити своє майбутнє. Як вже було зазначено, саме емоційний стан можна назвати до певної міри випередженням дійсності, підготовкою до того, що має наступити. Не виключено, однак, що в людині приховані можливості більш вираженого бачення майбутнього».

Ще одне, п'яте, позитивне значення страху полягає в тому, що через його подолання може відбуватися вдосконалення людини. Як писав

Ф. Ріман, «якщо ми наш болісний страх будемо розуміти так само, як вказівку на необхідність пошуку помилок у власній поведінці або як боязнь нових вимог життя, внаслідок яких ми не зважуємося на новий крок в своєму розвитку, то ми повинні прийняти і зрозуміти його як запрошення до виходу на новий щабель нашого розвитку, як заклик до нової волі і, разом з тим, до нового порядку і нової відповідальності. У цьому сенсі ми повинні розглядати страх у його позитивному, творчому аспекті як ініціатора змін».

Страх, безумовно, неприємна емоція, але іноді вона рятує життя людині.

Негативне значення страху.

Негативне значення страху виявляється набагато більш широко і різноманітно, ніж позитивне. Страх може тримати людину в постійному напруженні, породжувати невпевненість в собі і не дозволяти особистості реалізуватися в повну силу. Він сковує активність людини, а в виражених випадках буквально паралізує його; при тривалій дії тривоги і страху в організмі можуть виникати і розвиватися різні психосоматичні хвороби.

Буває, наприклад, така ситуація: живе звичайна людина, в міру сильна і смілива, і от життя ставить її перед чимось страшним так, що їй доводиться робити вибір, і для того, щоби позбутися цього страху, вона повинна переступити через якісь то свої переконання. Такий вибір може зламати особистість людини, призвести до втрати самоповаги, зробити нещасною. І навіть якщо людина потім, заднім числом знайде аргументи для самовиправдання, вона все одно внутрішньо буде відчувати себе зламана страхом. Є таке прислів'я: «лякана ворона куца боїться». Мова в ньому, звичайно, йде не стільки про птахів, скільки про людей. Якщо людину деякий час тримати у постійному страху, її особа зазнає незворотніх змін. Вона починає боятися за все, у всьому бачити потенційну небезпеку. Духовні запити і моральні норми відходять на другий план, а головною метою життя стає прагнення будь-якою ціною уникнути страхітливої ситуації.

Психологічні особливості ранньої і зрілої юності.

Протягом юнацького віку (від 15-16 до 20 років) особистість досягає високого рівня інтелектуального розвитку, збагачує ментальний досвід, уперше масштабно роздивляється свій внутрішній світ, свою індивіду-

альність, формує цілісний Я-образ, самовизначається у життєвих і професійних планах, осмислено спрямовує свій погляд у майбутнє, що свідчить про перехід її до етапу дорослості.

Різноманітні ознаки юнацтва як особливої соціально-психологічної, демографічної групи, якій властиві специфічні цінності, мова і норми поведінки, стиль, дозвілля, рішучість в реалізації задумів, є свідченням властивості тільки йому соціальної, психологічної ситуації розвитку.

Загальні особливості ранньої юності.

Протягом ранньої юності (від 15-16 до 17-18 років) особистість виходить на рубіж відносної зрілості, у цей період завершуються бурхливий ріст і розвиток її організму, а також первинна соціалізація.

Утверджуючись у світогляді, самоусвідомлюючись і самовизначаючись, прагнучи індивідуальної неповторності, юнаки і дівчата виявляють значно вищий, ніж у підлітковому віці, рівень навчальної діяльності, комунікативності, починають узгоджувати у своєму баченні майбутнього близьку і віддалену перспективи, нерідко переживаючи при цьому кризу ідентичності.

Соціалізація в ранній юності.

Перехід від дитинства до дорослості в людському суспільстві передбачає залучення дитини до оволодіння системою знань, норм і навичок, завдяки яким індивід може створювати матеріальні та духовні цінності, виконувати суспільні функції і нести соціальну відповідальність. Тобто ранній юнацький вік пов'язаний із процесом соціалізації.

На соціалізацію юнаків і дівчат впливають умови та перебіг психічного й особистісного розвитку. Залежно від їхніх індивідуально-психологічних особливостей виокремлюють такі типи соціалізації:

- соціалізація, яка супроводжується серйозними проблемами в поведінці, конфліктними ситуаціями, труднощами у засвоєнні соціальних ролей тощо;

- плавна, розмірена соціалізація. За такого її перебігу юна особистість включається в доросле життя порівняно легко, не завдаючи клопоту батькам і педагогам;

- соціалізація, яка характеризується швидкими, стрибкоподібними змінами, що ефективно контролюються особистістю. Таким юнакам і дівчатам властивий високий рівень самоконтролю, самодисципліни.

Особливості цих типів соціалізації по-різному виявляються у життєдіяльності хлопців і дівчат. Як правило, дівчата випереджають у соціаль-

ному розвитку хлопців. Вони глибше й ефективніше засвоюють соціальні ролі, покладають на себе відповідальність за своє життя. У виборі професії, навчального закладу міжстатеві відмінності не простежуються.

Оскільки в ранньому юнацькому віці відбуваються соціалізація, становлення цілісної особистості, школа повинна з однаковою відповідальністю дбати про підготовку старшокласника до праці, сімейного життя, трудової діяльності, виконання громадянських обов'язків, заохочувати його постійно займатися самовдосконаленням. Жодне з цих завдань не може бути розв'язане у відриві від іншого, без взаємодії з іншими соціальними інститутами.

Соціальна ситуація розвитку в ранній юності.

Соціальна ситуація розвитку в юнацькому віці зумовлена особливостями перебування учня на порозі самостійного життя, необхідністю особистісного і професійного самовизначення, вибору життєвого шляху. Психологічним центром ситуації розвитку старшокласників стає вибір професії, внаслідок чого у них формується своєрідна внутрішня позиція. Своєрідність її зумовлена зорієнтованістю у майбутнє, сприйняттям теперішнього крізь призму цієї основної спрямованості особистості.

Суттєвою особливістю внутрішньої особистісної позиції юнака є зміна характеру потреб, які з безпосередніх перетворюються на опосередковані, усвідомлені та довільні. Він може керувати своїми потребами і прагненнями, складати життєві плани, що засвідчує досить високий рівень особистісного і соціального розвитку.

На цьому віковому етапі відбувається формування механізму ідентифікації, основними проявами якого є наявність у людини певного задуму, плану життя, життєвої мети, проєкту цілі, загального досвіду свого буття. Цей механізм пов'язаний із прагненням і здатністю старшокласника здійснювати самопроєкцію на майбутнє. Йдеться про його прагнення і здатність ставити конкретні цілі, переносити себе в майбутнє, вибудовувати своє життя з проєкцією на майбутнє.

Соціальна позиція юнаків і дівчат зорієнтована на здобуття статусу самостійної дорослої людини. У зв'язку з цим старшокласники виявляють підвищений інтерес до способу життя дорослих, що сприяє їх життєвому і професійному самовизначенню. Розширюється коло їх дружнього спілкування з однолітками за одночасного підвищення, порівняно з підлітками, вибіркової особистісних контактів і уподобань.

Новоутворення раннього юнацького віку.

Центральним новоутворенням раннього юнацького віку є особистісне самовизначення, що постає як потреба юнаків і дівчат зайняти внутрішню позицію дорослої людини, усвідомити своє місце в суспільстві, зрозуміти себе і свої можливості. Нерідко на позначення цього феномена використовують поняття «ідентичність» – усвідомлена індивідом самототожність.

Ідентичність забезпечує неперервність минулого, теперішнього і майбутнього індивіда. Вона утворює одну систему координат для організованих та інтегрованих форм поведінки у різних сферах життя людини, узгоджує особисті схильності і таланти з раніше пропонованими батьками, однолітками і суспільством ідентифікаціями. Допмагаючи людині визначити своє місце у суспільстві, особистісна ідентичність забезпечує основу для соціальних порівнянь – порівнянь себе з ровесниками, дорослими, своїм ідеалом, а також із собою в минулому, актуальному теперішньому, потенційному близькому і віддаленому майбутньому. Внутрішнє чуття ідентичності (Его-ідентичності) допомагає визначити напрям, цілі і зміст майбутнього життя молодій людині. Формування його є, за твердженням Е. Еріксона, головним завданням та найважливішою проблемою юності. З цим пов'язана властива ранньому юнацькому віку криза ідентичності – особливий момент розвитку, коли однаково динамічно нарастає вразливість і розвивається потенціал особистості.

Формування ідентичності є тривалим і складним процесом. Він залежить від прийняття індивідом власних рішень (криза ідентичності), а також від взяття на себе зобов'язань щодо здійсненого вибору, системи цінностей чи майбутньої професійної діяльності.

Наближення моменту закінчення школи вимагає особистісного і професійного самовизначення. Саме тому ранній юнацький вік пов'язаний з морально-особистісним (яким бути?), екзистенційним (у чому сенс життя?) і професійним (ким бути?) виборами, які є взаємопов'язаними і здійснюються одночасно. Їх рушійною силою є перехід від дитячої залежності до дорослої відповідальності і свободи.

Особистісне самовизначення юнаків. За своєю суттю особистісне самовизначення є процесом свідомого визначення суб'єктом своєї сутності та місця у системі суспільних відносин, світі, що виявляється в активному ставленні людини до себе та навколишньої дійсності. У старших класах воно означає формування у хлопців і дівчат стійких та усвідомлених переконань; оволодіння нормами поведінки, принципами, ідеалами;

вироблення умінь спостерігати та осмислювати явища навколишнього життя, розуміти себе. Обумовлюється воно не стільки системою засвоєних знань, скільки готовністю до прийняття рішень, самостійних і відповідальних дій у нових ситуаціях.

Крім самовизначення, важливими новоутвореннями раннього юнацького віку є відкриття внутрішнього Я, формування цілісної Я-концепції, світогляду.

Розвиток самосвідомості у ранній юності.

Важливою особливістю психічного розвитку особистості в ранньому юнацькому віці є становлення самосвідомості, яке відбувається як відкриття учнем свого неповторного внутрішнього світу, індивідуальності своєї особистості, усвідомлення незворотності часу, формування цілісного уявлення про себе.

Відкриття юнаком свого неповторного внутрішнього світу, індивідуальності своєї особистості. Цей вияв самосвідомості полягає в тому, що старший школяр починає сприймати свої переживання, емоції не як відображення зовнішніх подій, а як стан свого внутрішнього Я, усвідомлює свою неповторність, неподібність до інших. Відкриття свого внутрішнього світу збуджує радість, хвилювання і водночас супроводжується тривогою. Внутрішнє Я особистості старшокласника не тотожне зовнішній поведінці, що актуалізує проблему її саморегулювання (самоконтролю, самооцінки, корекції, планування тощо).

Юнацьке Я ще нецілісне, невизначене, його усвідомлення нерідко супроводжується тривогою або відчуттям внутрішньої порожнечі, яку необхідно чимось заповнити. У зв'язку з цим посилюється потреба у спілкуванні, яке, попри те, стає більш вибіркоким. Водночас юнак усе частіше відчуває бажання усамітнитися.

Усвідомлення юнаком незворотності часу. У ранньому юнацькому віці з'являється усвідомлення незворотності часу, скінченності свого існування, що змушує серйозно замислюватися над сенсом життя, своїми перспективами, майбутнім, особистими життєвими цілями, життєвим шляхом. Поступово з мрії, для якої все можливо та ідеалу як абстрактного, часто недосяжного зразка починають вимальовуватися більш чи менш реалістичні плани дійсності, між якими молодій людині доведеться обирати. Життєвий план охоплює всю сферу самовизначення старшокласників. Йдеться про стиль життя, рівень домагань, вибір професії і свого місця в житті.

Усвідомлення плину часу спонукає юну особистість до самооцінки, перегляду засвоєних у дитинстві цінностей, розуміння вічних цінностей (добра і зла, щастя і нещастя, значущого і незначущого, справедливості і несправедливості, краси і потворності, творчості і рутинності тощо), осмислення життєвих суперечностей, криз та успіхів власного розвитку. У ранньому юнацькому віці минуле (дитинство) і майбутнє (дорослість) ще не перетинаються в теперішньому часі, піддаючи випробуванню почуття неперервності свого Я.

Однією з характеристик особистісного часу є наскрізне бачення людиною з позиції теперішнього свого минулого і майбутнього, тобто індивідуальна часова траспектива.

Індивідуальна часова траспектива – форма часової інтеграції психіки людини, яка виявляється у співвіднесенні у свідомості минулого, майбутнього і теперішнього часових етапів людського життя.

Для юнаків тривалість життєвої перспективи (хронологічна віддаленість подій майбутнього) є значною. Її реалістичність (бачення різниці між реальністю і фантазією) досить неадекватна, а розчленування майбутнього на послідовні етапи (диференційованість перспективи) – невиразне. Життєва перспектива для більшості юнаків є оптимістичною, бо вони впевнені, що очікувані події відбудуться у визначений термін. Узгодженість подій минулого, актуального теперішнього і потенційного майбутнього невисока.

Сприймання власного психологічного часу зумовлює внутрішню картину становлення особистості. За певних умов дівчата і хлопці можуть переживати перехід від минулого до теперішнього як зміну на гірше, особистісний провал. Минуле вони сприймають як період, у якому залишилося все краще, що відповідає головним цінностям особистості. До минулого тяжіє Я-ідеальне. У деяких старшокласників теперішнє і минуле тісно пов'язані й утворюють спільний полюс. У ранній юності можливе також тяжіння Я-ідеального до майбутнього. У такому разі молода людина не задоволена собою, вважає себе інфантильною, сподівається і прагне стати іншою, кращою. Трапляється, що всі три часові виміри Я ізольовані один від одного, тобто теперішнє не пов'язане з минулим, а майбутнє не є продовженням теперішнього.

Оптимальний варіант особистісного розвитку на етапі ранньої юності передбачає відносну наступність минулого і майбутнього Я з одночасними якісними поступальними змінами, які відкривають шлях до нових можливостей. Ознаками такого розвитку, на відміну від простої

зміни, є розв'язання деяких ціннісно-сміслових суперечностей, чітке самовизначення між добром і злом, любов'ю і ненавистю, конструктивністю і деструктивністю, відповідальністю і безвідповідальністю, прогресом і регресом.

Загалом, розвиток самосвідомості старшокласників передбачає відкриття ними свого внутрішнього світу, усвідомлення незворотності часу, формування цілісного уявлення про себе, виникнення самоповаги, що свідчить про становлення особистості. Юність – всього лише початок дорослого життя. Відчуття того, що все життя попереду, дає можливість пробувати, помилятися і шукати з легкою душею, а дитинство залишається у минулому. Всі психічні функції в основному сформовані і починається стабілізація особистості...

Існують дві категорії випускників школи: перші сподіваються на допомогу батьків (платний ВУЗ, гарантії при вступі, виїзд на навчання за кордон, приватне помешкання, автомобіль тощо); другі в основному розраховують на власні сили й гіпотетично переживають більше напруження. Для «важко проживаючих» кризи 17 років характерні різного роду страхи. Відповідальність за зроблений вибір, реальні досягнення в цей час – вже великий вантаж. Сюди ще додаються страхи перед новим життям, перед можливістю помилки, перед невдачею під час вступу до ВУЗу, у хлопців – перед армією та участю в АТО, ООС чи військовомаштабній війні росії з Україною. Висока тривожність і виражений страх можуть спричинити виникнення невротичних та психосоматичних реакцій (блювання, самоушкоджень, загостренню гастриту, нейродерміту, головних болів, підвищеного кров'яного тиску тощо). Однак, якщо навіть випускник є стійким до стресів і все складається вдало, різка зміна способу життя, включення в нові види діяльності, спілкування з іншими людьми викликають значну напруженість. Нова життєва ситуація вимагає адаптації до неї. Допомагають в цьому впевненість в собі, відчуття компетентності, підтримка сім'ї та оточення.

Проводячи психотерапевтичні групи для підлітків та молоді протягом 21-го року, та аналізуючи кейси протоколів кожної психотерапевтичної сесії можемо констатувати, що вік – категорія конкретно-історична та генетично констатована.

При зміні особистісно-соціальних орієнтирів, що віддзеркалюють запити соціуму (від створення сім'ї – в 1990-х до досягнення успіху в 2010-2021-х рр.) 19-20-ти річні юнаки та юнки основні труднощі свого життя стало пов'язують з появою відповідальності, якої не було у більш ранньому віці. Цінуючи свій вік вони зазначають, що він поряд з про-

блемами приніс і ширші можливості, зокрема набуття декількох фахів, наявності декількох робіт, можливості навчання і праці за кордоном.



Рис.14. Психотерапевтична група для підлітків та молоді (психотерапевти Галина Католик, Зіновій Онишко) (фото з приватної колекції Г. Католик).

Узагальнюючи наявні наукові дані можна резюмувати, що підлітково-юнацький вік – це перш за все стадія духовного розвитку, яка пов’язана з комплексом психофізіологічних процесів. Головні новоутворення цього віку – відкриття “Я”, розвиток рефлексії, усвідомлення своєї індивідуальності та її якостей, поява життєвого плану, настанови на свідоме будування власного життя, поступове вrostання в різні сфери життя. Це все бентежить, створює умови для розвитку невизначеності перспективи, виникнення різноманітних страхів [12]. Нижче наводимо протоколи психотерапевтичної групи для підлітків та молоді, яка проводилась у 2017 році. Протоколи вела одна з учасниць групи, тож можемо сказати, що це психотерапевтична група «Очима клієнта».

Психотерапевтична група (далі ПСГ) №1

12.10.2017

Перша наша зустріч відбулася 12 жовтня 2017 року.

Ведучі групи – Галина Католик та Зіновій Онишко.

Учасники цього разу: я, (Андрій (21р.), Максим (16 р.), Софія (19 р.)

На початку ми поставили «щось для групи» посередині кола (зробили спонтанну інсталяцію). Андрій мав малюнок, Софія написане щось, Макс поставив телефон, а я помаду.

Нас запитали, які ми маємо запити до групи. Очікування в кожного були різними: Максим сказав, що боїться людей; Андрій хоче вдосконалити себе; Софія вже була на групі, цього року вона була в лікарні з депресією, надіється, що група допоможе їй. Я казала, що мені треба для навчання та пізнання себе.

Після такого міні-знайомства нас запитали про наше літо.

Потім було питання про один дуже щасливий день/момент в нашому житті. Я розповіла, як вперше побачила море.

Також група думала над назвою, але її ми так і не вибрали. Варіант, наче, був «Гармонія».

Після таких обговорень нас запитували як ми себе відчуваємо.

Мої відчуття: перед початком групи мені було дуже цікаво, оскільки я не знала, що це таке. Деяко хвилювалася, бо не люблю ділитися чимось в колі. Тобто боюся публічних виступів. Думаю, моє хвилювання при висловлюваннях було помітним.

Після групи я була в захваті просто. Дуже перейнялася цим емоційно, тому вона мені навіть снилася. Думала не так про свою участь в групі, як про інших учасників. Точно знала, що відкрию у собі щось нове, чомусь навчуся.

Терапевтична група – це насамперед взаємодія. Взаємодіючи з іншими, людина так чи інакше змінюється, отримує новий досвід. Головне, чи відкрита вона до цього досвіду та інших людей.

Я була відкритою. Почувалася наче дитина в очікуванні різдвяного подарунка. Я знала, що щось буде, щось відбуватиметься в стінах кімнати, де кілька людей наважилися відкритися іншим. Знала, що це «щось» торкнеться мене і змінить в якомусь плані.

Хоча після першої групи я не сильно роздумувала про власні особливості і розцінювала її більш як досвід. Вважала, що точно чомусь навчуся, однак не думала, що перегляну стосунок зі собою, зі світом, ставлення до життя, до інших людей.

Отож, я з нетерпінням чекаю наступної зустрічі, сама не розуміючи, що вона внесе корективи в структуру моєї особистості і терапія стане не нагодою навчитися психологічним моментам, а моєю психотерапією.

ПСГ № 2

19.10.17

Зустріч почалася з рефлексій, хто чим займався цілий тиждень.

Сьогодні я принесла малюнок – квітки. Ми говорили про те, що кому нагадують принесені предмети, зібрані разом (інсталяція).

Мова зайшла про те, хто ким хотів бути в дитинстві. І нам дали завдання змодельовати з усіх існуючих предметів і людей ситуацію «як ми себе бачили в дитинстві». Тобто ми мали показати, ким ми можемо бути згідно з дитячими мріями.

Я змодельовала таку картину: я – вчитель, який веде урок творчості у 4-ох дітей п'яти років. Учасники (крім Макса) мали спочатку розповісти, чим для них є осінь, а потім намалювати це.

(Пані Галині це сподобалося. Вона сказала, що, може, я своє майбутнє змалювала і я могла би вести дитячу групу).

Також у цій постановці в мене був син.

Андрій зображав клоуна, мав дружину. Софія не мала чоловіка, але мала дитину, була співачкою. Максим мав сім'ю, друга, був крутим будівельником і жив в Америці.



*Рис. 15. Психотерапевтичний карнавал. Психотерапевт Г. Католик
(фото з приватної колекції Г. Католик).*

Після моделювання ми обговорювали це, описуючи свої відчуття. Цим, власне, і закінчилася група.

Мої відчуття: хвилювання перед початком було менше. Я постановила собі, що буду говорити повільніше та впевненіше. Однак в мене не вийшло, бо якщо щось викликає в мене якісь емоції, я говорю швидко.

Був страх перед завданням. Я не знала, як моделювати і не думала, що впораюся з цим. Пізніше зрозуміла, що ця ситуація ілюструє все моє життя. На жаль, я завжди боюся, завжди невпевнена в собі і так далі. При тому, що у більшості випадках, як і у цій ситуації, в мене все вийшло.

Це момент № 1, над яким мені треба попрацювати – страх.

Слід не боятися і вірити в себе, свої сили.

Це, власне, те, про що я говорила. Друга зустріч і такий серйозний інсайт.

Якось відразу я відчула натхнення... цілий тиждень думала про те, чому я весь час сумніваюся, чи зможу. Адже такий підхід є дуже неправильним. Я зазнаю поразки, не починаючи бою, бо думаю, що я не зможу.

Цікаво, що інші учасники винесли для себе після цієї групи.

Думаю, ця інсценізація була корисна для всіх.

Напевно, в тому і є призначення групи: учасник завжди йде трішки іншим, ніж прийшов.

ПТГ № 3

26.10.17

Цього разу в нас у групі був новий учасник – Ірина, 30 р.

Дівчина лікувалась від певного захворювання, схожого на депресію. Протягом майже цілої зустрічі Іра плакала. Їй складно було про себе говорити. Вона наче соромилася своєї хвороби. Казала, що очікує, що група допоможе їй вилікуватися.

Ми розповідали, що було за тиждень. Потім мали змодельовати схожу ситуацію до попереднього разу. Але вже не себе проявити, а «знайти» своє місце, облаштувати якийсь куточок для себе.

Я знайшла собі куток. Мала чоловіка, двох дітей, собаку, машину. Пані Галина зауважила, що я виросла за тиждень: тепер у мене є чоловік!

Інші учасники теж створювали цікаві конструкції (Софії не було).



Рис. 16. Вправа Мій острів. Психотерапевт Г. Католик
(фото з приватної колекції Г. Католик).

Важливим моментом зустрічі було інше: під час виконання завдання п. Галина запитала, як я почуваюся. Я сказала, що добре, але було б краще, якби Максим не сидів до мене спиною. На що вона сказала, щоб я попросила його пересісти. Я, відповідно, засумнівалася, чи захоче він це зробити. Пані Галина спитала, чому я його не запитаю і чому роблю висновки, не питаючи, тим самим роблячи гірше і собі, і комусь.

Звичайно, не суть в цьому моменті. Загалом я згадала такі ситуації в моєму житті, що викликало у мене чимало емоцій після групи. Я дійсно схильна робити висновки щодо бажань інших, не питаючи їх. І це, напевно, не так через страх потурбувати когось, як отримати відмову.

Сьогодні я віч-на-віч зустрілася зі своїм страхом бути відкинutoю. В мене є варіанти, чому я цього боюся. Варіантів, як це пропрацювати в мене поки що немає.

Думаю, терапія допоможе мені в цьому.

ПТГ №4

02.11.17

На цій зустрічі не було пані Галини та Софії. Був новий учасник – Вікторія 16 років. (Макс теж був відсутній).

Ми почали з обговорення тижня. Потім п. Зіновій дав завдання поділитися на пари і обговорити один день, коли ми були лише з татом, без мами цілий день.

Я була в парі з Ірою. Стосунки з татом в неї погані. Вони давно разом не живуть. Кілька років були посварені. Але у спогадах у неї є спільний день, коли вони ходили по гриби. У мене інша ситуація: нема тата – нема спогадів.

Цікава історія про батька була в Вікі. Пан Зіновій запропонував нам метод психодрами: ми мали відіграти ситуацію, описану Вікою. В нас це не дуже вийшло, якщо чесно. Власне, емоційно мене це теж не вразило.

Потім пан Зіновій дав нам 15 хвилин, щоб ми самі поговорили. Він ж мав за нами спостерігати.

І спочатку це було некомфортно. Тиша і мовчанка для мене були незручними. Я запитала Андрія, чи знає він польську і так зав'язалася розмова про мови. Також я питала учасників про улюблені пори року. Загалом розмову підтримали всі учасники.

Пан Зіновій зробив щодо нашої розмови висновки.

Якщо чесно, я не мала особливих емоцій та відчуттів після цієї зустрічі. Не до кінця зрозуміла, які висновки мала зробити. Була порушена тема батька, але на жаль чи на щастя її не розвинули.

ПТГ №5

09.11.17

Терапевтична група почалася як завжди з обговорення того, що було в нас протягом тижня.

Ірина розповіла, що читала книжку про Ніка Вуйчича. Пані Галина зачіпила тему про те, яку літературу ми читаємо. Казала, що її покоління читало про стосунки, а ми не маємо цього ресурсу.

Також розповіла про книгу про російського льотчика, який втратив ноги після аварії. Звісно, в нього була депресія, але сусід у палаті сказав йому, що не варто здаватися, адже він живий і має далі досягати своїх цілей. І цей радянський льотчик Маресьєв не здався! Змонтував свої протези і з часом продовжив літати.

Одним словом, суть в тому, що є модель, у якій людина втрачає все, стає безпомічною, але піднімається і йде далі. Вуйчич – це приклад моделі, у якій людина народжується дисфункційною і потім шукає шлях себе реалізувати такою. Було зазначено, що наше покоління є чомусь представниками другої моделі.

Хоча, коли було дано завдання вибрати собі модель, то всі учасники вибрали першу: про людину, яка «впала, але піднялася».

До речі, в групі був новий учасник Остап. Йому 18 і він приїхав з Польщі. До цього він весь час був у групі попередніх років, але з нами він не дуже відкрився.

Думаю, всім було доречно задуматися, як вставати після падіння, де брати сили не здаватися...

Після цього ми у парах обговорювали свій найскладніший випадок у житті і хто нас тоді дуже підтримав, хто для нас був цим сусідом по палаті.

Я була в парі з Андрієм. Він розповідав про те, як його ображали однокурсники. Був момент, коли він «начитався» Біблії і керуючись її принципами, не відповідав на образи, тим самим загострюючи ситуацію. Справлявся з цим за допомогою переглядів відео. Якийсь психолог говорив про те, як справлятися з проблемами і яке важливе наше ставлення.

Я розповідала про смерть дідуся, бо це дійсно найгірше, що зі мною було. Допомогти мені з цим, на жаль, не міг ніхто з близьких. Надія була лише на Бога. Що цікаво, я не розплакалася, розповідаючи це, хоча завжди плачу.

Потім нам дали завдання показати людину, яка допомогла нам і мені було дуже важко. Я не могла уявити, як це показати Бога. Після переконувальних ведучих я це зробила і відчула полегшення.

Ця зустріч вкотре нагадала мені, що Бог – це моє все. Сьогодні я проговорила свою найболючішу тему і то дійсно якесь полегшення. Я ніби зняла з душі вуаль і захотіла подібно Маресьєву йти далі. Хоча з іншого боку я відчуваю, що не маю ще того ресурсу для взлету.

комунікації з однолітками. Потім підійшла Вікторія і під кінець прийшла Лена, з якою ми не встигли познайомитися.

Суть в тому, що відбулася така досить серйозна конфронтація Андрія та Ірини. Ірина почала розповідати про свого хлопця, якому 42. Стосунки в них дивні, Іра ними не задоволена, але прозвучала фраза, що вони наче два чоботи пара, за яку зачепився пан Зіновій. Іра плакала, але їй досить впевнено пояснили, як би вона мала діяти стосовно хлопця і себе.

Прозвучало питання, де наші стосунки. От ми молоді люди і чому все не так. Андрій не зміг знайти відповідь на це питання, власне, і я не змогла...

Однак, Андрія продовжували далі питати, куди він йде і чи розуміє, що не дійде нікуди, якщо не змінить стилю життя.

Потім нас попросили згадати один з моментів дитинства, коли ми були щасливими. Я розповіла про велосипед.

Нас запитували, як ми чуємося. І я чулася дивно. Я десь не встигала за динамікою групи. Бо крім Андрія і Ірини сьогодні відкрилася нам Вікторія. Вона розповіла про те, як її ігнорують деякі одногрупники, і що вона трохи аутсайдер в своїй компанії з 5 дівчат. Це було дуже вражаюче, бо раніше Віка не розказувала нічого.

Просунулася справа. Були висловлені слова, які мали зробити серйозну справу в наших учасниках. Я не сильно розуміла, що це, але це було «вау!».

ПТГ №7

23.11.17

Як завжди група почалася з розповіді, як минув тиждень. Ірина сказала, що чується не дуже. Також були нові учасники – Євген та ще одна дівчинка з Донецька.

Андрій запізнився... Але річ в тому, що це наче прийшла нова людина на групу. Він виглядав по-іншому, якось впевненіше, живіше та вільніше. Розповів, що «послав всіх на» і переїхав в квартиру біля Львова. Весь тиждень займався облаштуванням житла. Це називається Андрій почав жити, так і сказала п. Галина.

Обговорювали ми наші відчуття, сни. І от в Андрія було 2 сни, в яких він втікав в саме цю квартиру, в яку тепер переїхав. Іра розповідала сон про море.

Потім нам дали завдання знайти собі якесь комфортне місце у кімнаті. Там були 2 зелені великі комфортні крісла. І я з Вікою просто на них накинулися. Спікери цікаво протрактували наш вибір... ну те, що ми сіли позаду них. Пан Зіновій сказав, що я витісняю п. Галину. Він взагалі весь час був дуже провокативний. Пані Галина пожартувала, що він сьогодні в манії.

При кінці я йому сказала, що чекаю, коли він провокуватиме мене... Я дійсно десь цього чекаю. На групі відчувала себе спокійно. Я весь час себе спокійно відчую там. Хоча сьогодні Іра плакала і мені було дуже шкода її, але я десь в передчутті того, що вона поборить нікчемність, яку сама собі придумала.

І я хочу побороти нікчемність, яку сама собі придумала.

На цій зустрічі нас було лише троє: я, Андрій та Євген.

Я намалювала малюнок, на якому була молода пара, дерево, церква. Психологи зробили висновок, що це весілля. Але це не було весілля... Немає в мене людини для весілля. А хотілося б. Людину. Не заміж наразі.

В Євгена було намальовано будинок, сім'я коло нього з двома дітьми, футбольне поле, машина і ще якісь елементи щасливого, на мою думку, життя. Андрій перед групою намалював якихось людей схематично, вони були з'єднані стрілками.

Ну на початку ми розповідали за тиждень. Я розказувала за «Аніму». Андрій розказав, що взяв номер в Вікторії і сказав таку фразу: «Незручно так вийшло перед Галею». Коли ми спитали, що це означає, він сказав, що я мала до нього симпатію і якимось негарно вийшло, що він до Віки зачіпався на моїх очах.

Сказати, що я була здивована – нічого не сказати. Мені було незручно, бо це неправда. Ведучі сказали, що це було дуже сміливо з його боку сказати, що хтось має почуття до нього.

Потім ми розказувати, хто що бачить на малюнках інших. А потім п. Галина запропонувала нам домалювати свої малюнки і зробити їх в 3D. І ми домальовували те, чого не вистачає.

«Життя дає повно всього, треба лише це брати» – п. Галя.

Обговорювали ми те, чого нам бракувало. Андрій був дуже піднесений. А я почувалася дивно.

Пан Зіновій сказав, що сьогодні на групі ми подолали опір.

І, дійсно, важливо брати від життя багато доброго, а не зосереджуватися на чомусь одному.

Євген зауважив, що варто помічати хороші речі, якими наповнений світ. Варто ловити можливості, які він нам пропонує.

Сьогодні нас також було троє: я, Євген та Андрій. Ми мали принести фотографії. Я принесла фото з дідусям, де я маленька з мамою біля бозу, з Володею на Великдень.

Євген приніс фото, де він малий святкує свій День народження, де він з другом і з 9 класу ост. дзвінка.

Група достатньо була зосереджена на Жені. Він розповідав, що його безсоння і хвилювання почалося з 9 класу. На ост. дзвоніку він забув вірш, бо зустрівся поглядом зі своєю тіткою. Вона якимось «не так» на нього подивилася. Після того йому здавалося, що з нього всі сміються.

Розказуючи про свій страх, він взяв клоуна і перекидав з руки в руку. Ліва рука – страх, права – невпевненість. Також повторював «страх-невпевненість» і перекидав. Ми дійшли висновку, що поки він це перекидати-

ме, нічого робити не зможе.

Невпевненість полягає в тому, що йому на роботі подобається дівчина. Але познайомитися він не зможе, бо невпевнений в собі. Викидаючи «страх» – клоуна з рук, він кинув його на своє дитинство раннє. (фото з дн)

Андрій показав з телефону фото зимової природи. Пані Галя сказала, що це талант такі фото робити і це треба використати. Також він розказував про нову роботу – малу компанію, де він подобається кільком дівчатам. Загалом він дуже задоволений роботою.

Вкінці сказали, що сьогодні ми побачили 3 різні підходи до життя: гармонія в природі без людей; компанії/друзі; рідні. Всі ми принесли сьогодні те, що для нас є найбільшим ресурсом.



Рис. 17. Побудова власного простору. Психотерапевт М. Нартікова
(фото з приватної колекції Г. Католик).

ПТГ №10

14.12.17

«Група після Андрія» – так назвав сьогоднішню групу п. Зіновій. Пані Галини не було. Були я, Андрій, Віка, Іра.

Як завжди обговорення того, що було за тиждень. Обговорення малюнків, які ми принесли. Вони були в основному в новорічному стилі. Тому зайшла мова про Новий рік і про те, чого ми хочемо в новому році.

По черзі ми обговорювали це. Іра хотіла б бути здоровою, хлопця, роботу; Віка хоче з'їздити на весілля в Іспанію, мати більше друзів, подолати невпевненість, щоб покращилася ситуація в коледжі; Андрій хоче більше заробляти, знайти дівчину, бути більш відкритим. Я сказала, що хочу,

щоб мої близькі були здоровими, мати стосунки (на що п. Зіновій відповів: «Мати хлопця? Ну то так і кажи»)) реалізувати себе у бажаній сфері та мати друзів.

З цією «реалізацією» теж вийшло цікаво. Пан Зіновій спитав, в чому саме вона полягає. Я сказала за психологію і він знову ж таки спитав за уточнення. Якось випадково чи ні я вжила слово «коучинг» і п. Зіновій вирішив, що я хочу бути коучем. У мене було відчуття, що мене неправильно зрозуміли. Але це пішло мені на користь. Оскільки мене не зрозумів пан Зіновій, я подумала про те, що недостатньо чітко формулюю свої бажання та цілі. Це був важливий урок для мене.

Потім ми по колу бажали одне одному здійснення того, що кожен собі забажав. П. Зіновій ще сказав, що вчора було Андрія і що це має важливе значення, бо енергетика свята дуже сильна. Колись люди завжди збиралися разом і «замовляли» собі долю.

Загалом група була спокійною. Без яскравих інсайтів. Хоча ще йшла мова про те, що я хотіла б писати. На що п. Зіновій сказав, що щоб почати писати, треба просто щось робити.

Отож чітко встановити ціль і почати щось робити.

ПТГ № 11

21.12.17

Група сьогодні трохи збільшилася. Були я, Іра, Андрій та нові учасники – Володя, Юра, Даша та Паша. Останні двоє вже ходили на групу раніше.

Цікавим був запит Паші... Він будує студію, удосконалює своє життя, закінчив навчання на фізіотерапевта і хоче провести акцію «при всій повазі, але». У Даші покращилося життя від останньої групи. Пані Галина і Паша сказали, що її мовлення навіть покращилося. Вона хоче «подорослішати», вирішити проблеми з мамою. Просто вона жила окремо, а тепер повернулася додому і стосунки в них складні. Володі хочеться загалом стабілізувати свій фізичний та психологічний стан.

Та фактично (за словами пані Галини) група сьогодні працювала на Юру. Його запит був оригінальним: він хоче розлучитися з дружиною. До кінця не впевнений, але у їхніх стосунках стало все погано. Також вона «зв'язалася» зі свідками Єгови. Ведучі зауважили, що Юра на протигагу свідкам теж «притягнув непогану силу».

І от визнавали ми деталі ситуації, висловлювали свою думку і т.д.

Також ми принесли були малюнки. У мене був зошит з лекціями. Це все стояло в центрі і ми мали завдання обрати собі щось. (Предмети були перемішані і вибрали ми наче наосліп).

Я вибрала малюнок, де був зображений житловий масив, будинки, вулиці, люди, дерева. Оскільки йшла мова про те, щоб поєднати обраний предмет з ситуацією у нашому житті, я розповіла, що малюнок дуже нагадує мені район, в якому я живу. Мій блокнот взяв Володя. Його зацікавила лекція Анжели Борщевської про мозок дитини. Юра взяв малюнок Паші,

де було намальоване роздоріжжя. Власне, з його слів, це його ситуація в житті, яку ми знову почали обговорювати.

Вкінці п. Зіновій сказав: «От що означає гарно провести групу на Андрія». Кожен висловлював свою думку про сьогоднішню групу. Всім було цікаво послухати інших. Я сказала, що дійсно вражена, що щось народилося нове на групі.

Під час підсумування п. Галя сказала Юрі фразу, яку я запам'ятала на все життя: «Великі справи робляться маленькими кроками». Це було до того, щоб Юра не спішив і розібрався в сім'ї. Однак воно допомогло мені в іншому сенсі.

Загалом група була сконцентрована на одному учаснику. Однак, кожен міг щось для себе взяти. Група виросла. Нова динаміка, нові люди, нові проблеми.

ПТГ № 12

29.12.17

На сьогоднішній групі були я, Андрій, Володя, Паша, Даша.

У процесі розповіді подій за тиждень виявилось, що мама Даші потрапила у психіатричну лікарню. Хоча їй легше думати, що в маму «щось вселилося», так як цей напад стався швидше за все через переїзд Даші.

Паша приніс багато малюнків. У мене був малюнок – кольоровий фон. Його взяв Володя. Я взяла малюнок Паші. Дивні фрагменти там були. Однак на малюнку, так як і в моєму році було щось важке, щось незрозуміле і щось, що мені подобається (фіолетовий колір).

Після того, як кожен висловився, пані Галина попросила назвати кілька речей, які ми хочемо залишити у попередньому році. Я хотіла залишити страх, комплекси.

Потім ми мали назвати стільки ж речей, які ми хочемо взяти в наступний рік.

Я би хотіла взяти довіру до Бога, любов до людей.

Інші учасники теж називали бажані і небажані речі у новому році.

ПТГ № 13

04.01.18

На першій групі нового 2018 року були я, Андрій, Віка, Паша, Володя, Даша і новий учасник – Саша.

Сашку 26 років. Його запит до групи: хоче подолати фобію померти від інфаркту чи інсульту. З ним останнім часом, дійсно, ставалися панічні атаки. Сьогодні група намагалася йому допомогти.

Ми розповідали хто, як зустрів Новий рік.

Потім була цікава вправа. Кожен по колу мав сказати «Я є я». (Я Галя, я така то і така). Я говорила, що я вразлива, старанна, деколи лінива, мрійлива і комунікабельна.

Потім кожен мав сказати іншому, як він його бачить.

Саша мені сказав, що в мене добрі очі, що я приємна і мила. Паша сказав, що я йому схожа на новорічну фею. Даша сказала, що я виглядаю як добра людина. Володі я виглядаю як людина, яка задоволена своїм життям і може з цим ділитися з іншими. Віка сказала: «Ти така ж висока як я». Вона комплексує з приводу свого росту.

Андрій сказав, що я йому якась розмита. Він загалом до мене ставиться не надто позитивно, як на мене. Хоча, може, я помиляюся. Він, до речі, цього разу оновив гардероб. Чорна сорочка, чорні штани і я зробила йому комплімент з цього приводу. Загалом іншим учасникам я говорила приємні речі. Хоча вони один одному не все позитивне висловлювали.

Достатньо уваги сьогодні приділили Віці. Суть в тому, що вона не йде туди, де її приймають (група) і навпаки йде туди, де не приймають. Хоча з її слів вона стала більш байдуже ставитися до того, сприймають чи не сприймають її в коледжі.

Для мене група була ресурсною. Приємним відкриттям стало те, що люди можуть вважати мене доброю. Інколи я схожа на яхту, яку «як назвеш, так вона і попливе». Тому мені це однозначно щось дало.

ПТГ № 14

11.01.18

Маскарад!

На сьогодні в нас планувався маскарад. На групі була нова учасниця – Оленка. Вони з Дашею знайомі з університету.

Була Даша, Паша, Володя, Андрій.

Нам дали валізу та кульок з одягом, залишивши одних. Ми мали собі придумати образ. Вибрати одяг, ім'я, з якого ми віку, скільки нам років і хто ми взагалі.

Андрій вибрав собі щось схоже на лікарський халат + якісь тканини зверху. Він був вченим, вивчав природничі науки. Називався Ендрю. Америка, попереднє століття... І цей вчений був наполовину блазнем. Такий досить дивний образ, але цілком в стилі Андрія.

Паша вибрав собі все для образу короля. Одяг, корона, перука. Він був королем Великобританії – Артуром. Шикарний образ, гармонійний Павло в цій ролі. Але враження, що переоцінює він себе... Нарцистично це все виглядало.

Володя – один єдиний учасник, який приніс все з собою для свого образу. Він був сучасним українцем Володимиром, 36 років. Цікавиться технікою, хоче волі. Футболка в нього була з написом «Я живу на своїй Богом даній землі». Його персонаж не був надто цікавим чи особливим.

Зовсім інша річ – образ Оленки. Вона була Ліза-ліса. Наполовину жінка, наполовину тварина. Її порівняли з шаманом з лісу, який є дуже близький до якоїсь природи. До істини.

Даша була дамою з Америки (Нью-Йорк, поч. XX ст.), яка боролася за права жінок. Їй було 28. Дуже стильно вдягнута. Така майже феміністка.

Чесно кажучи, складно було «ловити» про що говорять інші учасники, так як я думала, що мала сказати я. Я називалася Емілія. 26 років. Нью-Йорк. 50-ті роки ХХ століття. Я дружина відомого художника. Зараз ми їхали в кабаре після чергової виставки. Я була одягнута в чорний низ та червоний верх. Часто до нас приходило багато гостей, богема. Я була господинею в такі дні, я робила все для мого чоловіка.

Після цих наших самопрезентацій ми мали вибрати собі короля і королеву. Це були Паша і Даша.

Ми грали в фанти. Король і королева загадували бажання, а ми їх виконували.

Оленка танцювала. Я була феєю. Володя мав славити короля. Андрій колядувати (він не мів).

Пані Галина сказала, що я була дуже гармонійна у ролі феї. Загалом цей маскарад багато чого в мені відкрив.

Я – дівчинка. Я – леді. Вреши реши, я стала феєю. Я можу бути гармонійною, дарувати радість, бути для когось щастям.

Це неважко знати, але справді перейнятися тим багато означає. Віра в те, що ти чудова дівчина, от саме леді може цілком змінити «походку життя».



Рис. 18. Дівчина-соціальна сирота зачитує лист батькам-емігрантам
(фото з приватної колекції Г. Католик).

ПТГ № 16

01.02.18

У нас був один учасник – Святослав. Запит до групи: вилікуватися від головного болю. У нього дуже чітка вимова і така дикція особлива, що його запитали, чи він не грає в театрі.

Сьогодні ми відігравали сон Вікі. Їй снилося, що вона спала біля мами і щось стукало у вікно. Тричі стукало щось невідоме і вона вставала подивитися, бо їй було страшно. На третій раз її заспокоїла мама.

Володя був Вікою. Даша її мамою. Невідомим приви́дом був Святослав.

Пан Зіновій сказав, що Володя був дуже гармонійним у жіночій ролі. Це може означати, що його частка аніма є потужною, головне добре «співпрацювати» з нею.

Святослав теж дуже добре зіграв роль, яку ми назвали «ніхто». Вміння бути ніким для цього хлопця наче б то звичне.

Я, Віка та Іра спостерігали. Мали розповідати про свої відчуття.

Іра сказала, що спочатку їй було лячно, але коли Віці допомогла мама і встало, то стало легше. Я відчувала тривогу і не розуміла, чому мама не допомогла дитині одразу.

Віка ледь не розплакалася. Їй однозначно було неприємно, але ми не зрозуміли чому. Андрію ця гра була байдужа.

Група пройшла без вагомих інтервенцій. Ну на початку ми розповідали за тиждень. Завжди багато розповідає Володя. Він незадоволений поведінкою батька, не розуміючи, що мав би будувати власне життя, а не контролювати його. Також він конфліктує з медичною клінікою. Альтернативного шляху реалізувати свою енергію він не знайшов. Поки що лише конфлікти.

Паша більше не прийшов. Пан Зіновій сказав, що він побув королем і більше не потребує групи.

Група цього разу лайтова.

ПТГ № 17

08.02.18

Нас було п'ятеро. Володя, Віка, Іра, я, Даша.

Віка завжди запізнюється, але цього разу прийшла вчасно. Ми як завжди спочатку обговорили тиждень.

До речі, минулого разу, коли ми мали обговорення (п. Зіновій деколи дає 20 хв і ми працюємо в аналітичному темпі, обговорюючи все, що спаде на думку) Даша згадала, що ходила до астролога і нещодавно змінила орієнтацію. Сьогодні щоправда про це вже не йшлося. Як на мене, в неї це тимчасово. Можливо, через проблеми в якихось минулих стосунках. Крім того, в неї налагоджуються справи. Вона працює, батьки менше контролюють, хоче жити сама. Вона дорослішає і отримує від цього кайф.

Іра сьогодні принесла книгу на групу. Головний герой книжки мав конфлікт між бажанням «бути в світі» і піти в монастир.

Потім ми поділили кімнату на три частини: монастир, світ і межа між тим і тим. Ми мали відчутти своє місце і облаштувати його.

Іра зайняла позицію в світі. Вона мала біля себе візочок з дитиною і стояла біля Володі (біля чоловіка). Це означає, що вона готова до сім'ї. Вона змогла «знайти» своє місце і зробила це вдало.

Володя теж став в «світі». Виглядав достатньо гармонійно і це теж про зрілість певну. Як на мене, вони обоє дорослі і є не готовими до зрілого життя тільки тому, що так вважають.

Даша сіла в «монастирі». Вважала себе відстороненою і ніби вона спостерігає за всім зверху. Ведучі сказали, що, можливо, зараз для неї дійсно найкращий період «припіднятися і поспостерігати».

Віка теж була сестрою. Вона загалом розказувала, що знайшла собі друзів у церкві і от тому духовне місце їй і тут було найкомфортнішим. Річ у тому, що в неї якісь конфлікти з одноклубниками. Вона каже, що вони її не приймають. Але, як зауважили психологи, туди, де її приймають, вона не хоче йти (на групу). Однак, наразі вона знайшла хоч якесь своє оточення.

Я ніби вибрала світ. Але біля мене був вільний стілець... Вийшло так, що я «на межі» Поки що я на межі. Ну це справді так. Але п. Зіновій сказав, що це таке: сьогодні стілець вільний, завтра можу бути зайнятий.

Цікавим є те, що група дійсно дзеркалить кожного учасника та ситуацію в його житті. В мене дійсно період вибору. Залишити стілець вільним чи дозволити сісти на нього людині, з якою я познайомилася після групи з маскарадом.

Тоді я вирішила дозволити собі бути жінкою, феею. Тоді значить щось таки змінилося в моєму житті.

В групі панує непояснювальна енергія. Бачити ми можемо лише результати.

ПТГ № 18

15.02.18

На групі були я, Іра, Володя, Даша і Віка.

Група після Дня закоханих була досить цікавою і працювала на Іру.

Вона розказала нам, як до неї прийшов хлопець, хоч вона його і не чекала. Але Саша вирішив її привітати. Проте, побачення не вдалося, бо вона нагодувала його чимось, від чого йому стало погано. Тому він побіг додому.

Психологи вкінці сказали, що так Іра «передала хлопцю своєї хвороби». Вона хворобу поставила в центр свого життя і своїх стосунків.

Однак далі Іра розповіла свої сни, які ми відігравали, що ще більше відобразило її стан.

У першому сні Іра виконувала фізичні вправи в спортзалі і їй було добре з тим. Вона наче відчувала приплив енергії. Роль грала Віка і дуже соромилась. Це про її скутість...

У другому сні вона гуляла містом в Швеції і там було багато чудернацьких речей. Роль грав Володя. Цього разу він виглядав менш гармонійно в жіночій ролі.

У третьому сні вона розмовляла з п. Зіновієм. Це була наче консультація. Ролі грали ми з Дашею. Даша була Ірою, а я психологом п. Зіновієм. В нас вийшла хороша розмова. Стосунки були партнерськими. Я досить добре почувалася при розмові, це був цікавий досвід.

Після цього всього ми обговорювали, хто як почувався. І пані Галя сказала, що ці сни – це про різні Ірині частки.

Перший – це про її здоров'я. Потенціал сильний, але щоб воно зміцнювалося, треба щось з тим робити, а не ставити хворобу в центр.

Другий – про її жіночу частку, яка «шкунтильгає». Її жіноча частка хоче бути більш здоровою. Але знову ж таки зацикленість на хворобі заважає.

Третій – про партнерські стосунки зі своєю хворобою. Вона (Іра) була на висоті. Тому є всі шанси «не бути під хворобою». Просто треба зробити відповідні висновки.

Група була спокійною, хоча для Іри досить ресурсною.

ПТГ № 19

22.02.18

Спочатку нас було четверо: я, Даша, Володя, Андрій.

Після обговорення тижня ми поділилися на пари по статях і мали з тих малюнків і речей, що ми принесли, придумати історію: створити персонажа і його життєвий шлях.

В нас з Дашею була жінка, яка занадто багато на себе брала. Вона була нещасливою, але потім зустріла шикарного чоловіка і він дав їй безпеку. Хоча навіть будучи з ним, вона розвивалася в науці.

По-моєму, це про якусь нашу з Дашею мрію. Принаймні про мою точно. Я хочу чоловіка, який би полегшив моє життя, створив атмосферу для щастя і розвитку.



Рис. 19. Вправа «Групова асоціація арт-інсталяції». Психотерапевт З. Онишко
(фото з приватної колекції Г. Католик).

Хлопці створили якусь достатньо мляву історію. Їхній персонаж був нецікавим та нецілеспрямованим для нас.

Потім прийшла Віка. Пані Галина запитала, чи не почали ми з Дашею відчувати конкуренцію. Даша відповіла, що відчуває. А мені серйозно бай-дуже і до Віки і до хлопців.

Ми програвали сон Віки. Їй снилося, що вона спить, а її однокласники проходять повз неї, падають через вікно і помирають.

Володя знову грав жіночу роль. Думаю, це не збіг. Ну, ми всі ходили по черзі, виходили з кімнати і наче падали. Даша йшла першою, я другою, Андрій третім. Потім Даша сказала, що Андрій псував їй всю картину, бо ходив не в ритм. Тобто вона любить покерувати і не любить, коли це хтось псує.

Психологи відмітили, що я добре впоралася на другій позиції.

До речі те, що сон Віки про подіум говорить про її ідентичність більше ніж її вибір монастиря. На групі її порівняли з Наомі Кемпбелл. Хоч вона в себе не вірить, вона модель.

Темою групи був пошук себе. Нам всім це важливо, бо ми мало знаємо, куди йдемо.

ПТГ № 20

01.03.18

Сьогодні на групі були нові учасники: Оля та Катя (спортсменка).

Після знайомства та обговорення тижня ми об'єдналися по двоє-троє і розказували ситуації з дитинства. Один розповідає, інший має скласти казку на цей мотив.

Я була з Олею і з Вікою. Не дуже сподобалася вправа, бо я склала дівчатам хороші метафоричні казки, а вони мені не захотіли, хоч ситуація була зрозумілою. Але це не так важливо.

Пара Даша-Андрій залишилася задоволеною. Також Володя, будучи у парі з Катею, був задоволений діалогом. Склалося враження, що йому дуже бракує жіночої уваги. Якось пані Галя сказала, що сенс життя в стосунках. Думаю, Володі треба про це подумати.

Потім ми відігравали сон Даші.

Їй снилося, що її брат і ще троє людей їхали в прозорому ліфті і всі крім брата розбилися. Вона була свідком того, як ліфт впав. З нею була подружка, яка заспокоювала її.

Даша була на місці спостерігача. Я була серед людей в ліфті і як тільки відбулося «падіння», я почала дуже кашляти. Я змушена була вийти.

Як на мене, це не збіг. Психологи вкінці давали нам певну інтервенцію. Вони дійшли до висновку, що для розвитку потрібно залишити інфантилізм в минулому. Мені це дуже лягло.

Особисто мені дійсно потрібно позбавитися своєї інфантильності. Просто треба рухатися вперед, а неможливо до чогось дійти без дорослішання, без сепарації.

Пані Галина сказала, що це не лише про мене, це про групу. Є варіант, що мій кашель – це мій особистий опір.

Група була хаотичною і в плані учасників, і в плані вправ.

Сьогодні не було п. Зіновія. З учасників були я, Іра, Володя, Свєта, Даша.

Свєта – нова учасниця. Дуже цікава і симпатична. У чому її проблема як так і не зрозуміла. Вона не має бажання щось робити. «Відбуває» день за днем... Побільше спить, щоб втекти від реальності.

Група перед 8 березня була б доволі жіночою, якби не Володя. Він завжди багато розказує за свій тиждень і мені якось дивно виглядає його життя. Він загалом цікавий. Ніби намагається зблизитися, але я цього не хочу, бо не розумію його, його манер.

Спочатку ми обговорили сон Свєти. Сон про те, як вона потрапила в аварію і машина кілька разів перекидалася. Свєта від цього в сні отримала задоволення. Даша сказала, що з нею таке було в реальному житті.

Потім ми собі складали побажання на Жіночий день. В принципі всі дівчата бажали подібних речей. Хоча от Іра сказала, що вона хоче повернути свій стан. Пані Галина сказала, що не в усіх речах варто повертати те, що ти мала. Наприклад, вагу. Хоча фраза є більше символічною. І то, справді, треба дивитися вперед, а не дивитися назад.

Ми також бажали одне одному здійснення цих мрій.

Володя бажав хороших речей для своєї мами.

Пані Галя сказала, що головне здоров'я. Ну ніби банальна річ. Але прозвучало по-новому. Бо дійсно, коли ти здоровий, можеш пройти будь-які випробування. Тому, власне, здоров'я і здоров'я близьких є найважливішою річчю.

Також був момент, що Свєта сиділа зі схрещеними ногами. П. Галя запропонувала їй встати. В такій позі стояти важко. Вона сама це зауважила. Отож, щоб не впасти, треба стояти на двох ногах, впевнено стояти.

Сьогодні були нові дівчатка – Ліля і Марта.

Ліля хоче визначитися, куди йти далі, розібратися в собі, обрати майбутню професію. У Марти теж якась нерозібраність у внутрішньому світі, вона хоче краще пізнати себе.

Після обговорення тижня і того, що ми бачили на килимі, ми говорили, куди рухаємося. Я сказала, що вперед. Хоча хотілося сказати в нікуди. Хтось ще казав, що рухається до цілі, до чогось світлого і хорошого. Хтось нікуди не рухається.

Потім ми поділилися на пари і говорили про те, хто кого хоче пробачити. Для мене це був дуже символічний момент, тому що на цьому тижні я написала статтю про прощення. Ну тобто це питання було в мені і добре, що з'явилася нагода це обговорити.

Я була в парі з Ірою. Вона розказувала про свого батька, на якого тримає образу. Він живе зі своєю сім'єю і їй зовсім не допомагає. Хіба що використовує. Просить гроші у мами і вона дає. Іра цього не розуміє. Їй взагалі

образливо, що він так до неї ставиться. Але і спілкуватися з ним вона вже не хоче і не може.

Я розповідала про свого вітчима. За що я хочу його пробачити? За те, що він п'є. Я злюся на нього і не спілкуюся з ним майже. Але я би хотіла його пробачити.

Андрій був з Володею. І тут стався маленький інцидент. Потім коли ми обговорювали, хто як відчувається, Володя сказав, що залишився непо-
чутим. Наче б то Андрій посміявся з чогось. Володю це дуже образило, бо він розповідав про п'янки батька.

До кінця групи Володя був роздратованим. Ще в нього вкінці сталася словесна перепалка з п. Зіновієм. Володя сказав, що це його 12 група і він, напевно, більше не прийде. Пан Зіновій сказав, що це не обов'язково мати лише 12 груп і Володя може прийти. І тут Володя видав фразу: «Ви що хочете знову за мене вирішити так як ви вже неодноразово робили?!!!».

По-моєму, це був перенос. Він загресував на терапевта, маючи злість на батька. Йому здається, що за нього вирішують, хоч насправді він має бажання вирішувати за батька.

Це варто було б опрацювати. Буде жаль, якщо Володя просто вийде з терапії. Хоча група його і так достатньо оживила.

ПТГ № 23

22.03.18

Володя сьогодні не прийшов. Нас було п'ятеро.

Було цікаво з самого початку. Нам роздали листочки і кожен записав слова-асоціації до того, що ми бачили посередині. Треба було записати асоціації всіх учасників. (Вийшло 6 слів: я, Ліля, Даша, Света, Андрій, п. Зіновій).

В нас вийшов такий список слів: покоління, мова, вічність, скупчення різних людей, круговорот, піраміда з вершиною «Ліна».

Потім ми мали асоціативно об'єднати їх парами. Тобто до двох слів придумати одне. Тут в кожного вийшло різне. У мене вийшло три слова: традиція, рай, хаос.

Потім ми мали згадати ситуації до цих слів. Що вони означають у нашому житті.

Кожен розказав свої слова і ситуації і п. Галя сказала, що варто об'єднати ці три слова в ще одне. В мене це слово «процес».

Потім пані Галя сказала, що до наших слів в неї асоціація «любов». Звичайно, любов – це процес. Також це підходило до інших слів.

Дуже дивним способом група віддзеркалила те, що відбувається в кожного в серці. Всі учасники дуже потребують любові і у всіх є з цим певні труднощі.

Ліля взагалі дуже засмутилася, бо для неї ця тема ще не актуальна. Вона самотня і любові у неї ще немає. Однак їй 16. От коли нам за 20 і в любові немає успіхів, це трішки сумно.

Та після групи я не почувалася сумною. Думки про любов таки гріють душу.

PS. Це була остання група Даші. Вона щаслива.

ПТГ № 24

29.03.18

Пані Галини сьогодні не було і пан Зіновій сказав сісти на її місце. Мені було некомфортно. ЦЕ крісло наче змінило мою роль на групі. Я стала не такою як всі і мені це не подобалося. Також воно нижче і це теж було не дуже.

Учасники: я, Ліля, Іра, Андрій, Свєта, Марта та Софія (новенька, хотіла б підвищити самооцінку).

Спочатку ми говорили 10 хвилин на довільну тематику. Чесно кажучи, мені трошки некомфортна ця вправа, бо настає мовчання і цей момент напружує.

Я намагалася щось говорити. Сказала Свєті, що вона мені когось нагадує. Ну це справді так. І Ірі: вона на когось схожа. В нас вийшла тема про те, хто на кого хотів би бути схожим зі знаменитостей.

Потім ми програвали це.

Я була Монікою Белуччі. Іра – Джєніфер Лопєс.

Андрій був Андрієм. Він не хотів грати роль. Так само і Свєта. Вона була невідомою східною жінкою, але нічого не робила.

Марта – принцєса із «Красуні і чудовиська». Ліля – Настя Каменських.

Софія – Григорій Сковорода. Цікавим є те, що дівчина з низькою самооцінкою (за її словами) обрала роль настільки великого мудреця.

Потім ми обговорювали в двійках-трійках, як ми себе почували. Я була з Мартою та Ірою.

Ми під час розмови ще дійшли до висновку, що красива та жінка, яка вважає себе красивою та демонструє це світу. Ну як Моніка Белуччі.

Ми троє про себе не настільки хорошої думки, але було б добре, якби це змінилося.

ПТГ № 25

05.04.18

В нас новий учасник Остап. Сказав, що хоче стати більш впевненим. Також ще були Андрій, Іра, Свєта, Марта і Ліля.

Це група перед Великоднем. Психологи казали, що Великдень – це переродження, час позбутися чогось зайвого.

Після обговорення тижня ми по черзі згадували ситуацію про Великдень з нашого дитинства, хтось розповідав про те, як їздили в гості, хтось як світив паску з рідними. У Свєти асоціюється цей день зі смертю родича.

Після цього ми розповідали, що можна з цієї ситуації взяти в доросле життя.

Я розповідала про те, що ми щороку світимо паску однаково. Ми їдемо в село. І там біля церкви не так багато людей. В мене також враження, що вони приходять для того, щоб на людей подивитися, себе показати та пообговорювати одне одного.

Що я можу взяти для себе?

Насправді, мені не завжди подобалося так проводити свята. Але я подумала і вирішила, що добре, що є до кого їхати. Дехто з учасників теж зауважив, що добре мати родину. Дехто родину втратив, але Великдень – це також «очищення», тому деякі речі просто треба приймати.

До речі, Свєті сьогодні пан Зіновій порекомендував діяти. На що пані Галина відповіла, що роль жінки чекати та отримувати. Тема зайшла про це, бо в її чоловіка було 33 роки. Власне, він має щось вирішувати.

Не впевнена, чи Свєта правильно зрозуміла обговорення цієї теми. До речі, ми бажали їй різних позитивних речей... Невідомо, чи вона «візьме» їх.

А загалом група в чистий четвер була «чистою», легкою.



Рис. 20. Вправа «Люлька» (фото з приватної колекції Г. Католик).

ПТГ № 27

19.04.18

Сьогодні був останній раз Андрія. Він попередив завчасно, тому група була зорієнтована на нього.

Ми бажали Андрію приємних речей. Це було оригінально.

Ми поділилися по вікових періодах. Хтось бажав всього доброго Андрію в 27 років, хтось в 32, хтось в 37, хтось в 42.

(Остап в 42 побажав Андрію внуків. Це нас повеселило. Все-таки в старших відчуття віку інше.)

Я була щирою у своїх побажаннях, думаю як і кожний учасник.

Андрій потім говорив, що йому приємно це слухати. Він сидів збоку. Роль Андрія на той момент виконував Назар.

Назар справді приємний хлопчина. Прогалини у його розвитку помітні. Однак я не знаю його історії, тому важко сказати, чи це вроджене явище чи недоліки виховання.

Щодо Андрія: пан Зіновій запитав, чи виконала група його запит. Він сказав: «Ну так». Щоправда, на мою думку, він так не вважає. Може, через те, що запит був не конкретно сформульований.

Він хотів бути більш впевненим і налагодити комунікацію. Думаю, трохи в нього вийшло. Кардинально він не змінив своє життя, хоча в нього були спроби. Однак, думаю, це на краще.

Андрій достатньо адаптований. Помітно, що він інтроверт і спілкування не надто легко йому дається. Але такі люди геніальні по-своєму. Тому йому не варто ставати тим, ким він не є.

Залишатися собою і бачити щастя у житті – цього ми йому і побажали.

ПТГ № 28

26.04.18

Сьогодні була одна з найсильніших груп за останній час.

В нас був новий учасник – Володя (25 років).

Цікавим є те, що пішов Андрій – спокійний, тихий з не сильно насиченим життям. І тут Володя – алкозалежний. Він лікувався у відділенні пана Зіновія.

Приємний, розумний, симпатичний, але не дає собі ради з алкоголем. В 25 років. Це сумна історія. Немає в хлопця цілей, не знає, для чого живе. Хоча в кожного є такі моменти.

Так вийшло, що речі, які ми принесли, нагадували усім учасникам сад. (На групі були Володя, я, Марта, Остап, Назар)

Ми почали розповідати історії дитинства, які пов'язані зі садом, з деревами. Я розказувала про горіх і гойдалку, Марта про те, як вони лікували дерева з подружкою, Назар про смачні груші, Остап про те, що вони з другом уявляли кораблі замість дерев.

Одним словом, у всіх є що згадати. Володя розказував, як вони лазили на черешню в дитинстві. То дуже хороший досвід. Він вміє «лізти вгору, він знає як це».

Потім ми казали, що з цих історій можна взяти в доросле життя. Власне, Володя може взяти здатність пробиратися нагору. Сам. Крок за кроком.

Назар таки вміє збирати урожай. Це теж про багато чого говорить. Остап досить далеко замахується. Може йти у плавання. Він вже це робив, коли бавився, що дерево – це Титанік. Марту її досвід навчив піклуватися.

Мене ця історія вчить, що треба цінувати те, що маєш, незважаючи, що воно не найкраще. Немає в мене зараз ні горіха в саду, ні гойдалки, ні дідуся, який її робив. Це про швидкоплинність часу. Як важливо встигнути насолодитися моментом. І цінувати. Все цінувати.

Потім ми оберталися спиною до учасників (по черзі кожен). І кожному говорили, що про них думають.

Володя здивувався, що йому сказали стільки приємного. Власне, і я за себе здивувалася. Володя сказав, що від мене віс дорослістю і мудрістю. Це було приємно.

Цікавий момент був з Остапом. Він був засмучений, бо мав конфлікт з вчителькою. На якомусь порталі написав щось непристойне про неї. Він про це не шкодує, але погано, що всі знають. Йому наче б то зауваження зробили і це на нього погано вплинуло. Він засмучений.

Ми намагалися дати йому якийсь зворотній зв'язок, але ми не розуміли, в чому проблема. Звичайно, для нього це нелегко. І таки йому треба бути більш впевненим в собі. Сподіваюся група йому в цьому допоможе.

ПТГ № 30

10.05.18

Сьогодні були Іра, Володя, Назар, Ліля, Остап.

Ми розказували події за тиждень, як завжди. А потім п. Галина вирішила, що треба попрацювати зі симптомом. Бо це перша група, де без лікарні не обходиться. Просто Іра була в лікарні і Володя недавно звідти. До речі, вчора він знову напився.

Так от, для роботи нам дали 3 ящикки іграшок (статуєток, тваринок, леги).

Ми мали побудувати свою сім'ю з тих фігурок і також поставити симптом (проблему). Тобто знайти симптому місце.

Метод розстановок насправді дуже сильний. У деяких учасників досить розширився кругозір щодо своєї ситуації.

Суть роботи була в тому, що нам потрібно було вирішити ситуацію, забравши симптом. Ми це робили всією групою. Кожен мав можливість поміняти щось у чужій розстановці і почути думку про свою.

Ліля вирішувала проблему вибору майбутнього та сварок в родині. Замість симптому п. Галя порадила їй знайти ціль. Те саме Ліля потім порадила мені.

Ірі важливо «стати на ноги, а не опиратися на симптом».

За Володею зауважила цікавий момент. У розстановці він «скинув з п'єдесталу» свого тата. У хлопця попереду вирішення едіпального конфлікту.

Загалом п. Галя сказала, що цей метод може показати не тільки теперішнє, але й розвиток подій у майбутньому.

І люди на роки запам'ятовують свої розстановки...

ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРАХУ ПЕРЕД ДОРΟΣЛИМ ЖИТТЯМ У ОСІБ ІЗ РІЗНИХ СОЦІАЛЬНИХ СЕРЕДОВИЩ

Загальна характеристика групи досліджуваних та опис використаних методик

З метою визначення рівня страху перед старістю у осіб різних соціальних груп, та його взаємозв'язку з психологічними особливостями цих осіб, було проведено опитування. Всього було опитано 45 осіб, віком від 16 до 20 років. З метою визначення рівня страху та його взаємозв'язку з психологічними особливостями досліджуваних, було проведено опитування серед осіб різних соціальних груп серед яких 15 осіб, що виросли у середовищі бізнесменів, 15 – осіб, що виросли у середовищі робітничого та середнього класу та 15 осіб, які виховувалися в інтернаті. Збір емпіричних даних здійснювався в приміщенні навчальних корпусів Львівського національного університету імені Івана Франка серед студентів та у Стрийському дитячому будинку.

Для проведення дослідження ми використали методи анкетування та тестування за допомогою опитувальників, які коротко опишемо задля ємкого уявлення про досліджувані феномени.

Методика багатofакторного дослідження особистості Р. Кеттела

Мета: отримання даних про особистісні характеристики досліджуваних осіб. Основними показниками виступають: замкненість – комунікабельність (А), інтелектуальні здібності (В), емоційна нестійкість – емоційна стійкість (С), підпорядкованість – домінантність (Е), стриманість – експресивність (F), низьке Супер-его – високе Супер-его (G), невпевненість, боязкість – сміливість (H), жорсткість – чутливість (I), довірливість – підозрілість (L), практичність – розвинута уява (M), прямолінійність – дипломатичність (N), гіпертипія – гімоманія (O), консерватизм – радикалізм (Q1), залежність від групи – самодостатність (Q2), низька самооцінка – висока самооцінка (Q3), розслабленість – напруженість (Q4); низька тривожність – висока тривожність (F1), інтроверт –

екстраверт (F2), сенситивність – реактивна врівноваженість (F3), конформність – незалежність (F4). Ця методика складається зі 187 питань.

Скорочений багатобакторний опитувальник для дослідження особистості (СМОЛ) адаптований В. П. Зайцевим

Опитувальник складається з сімдесяти одного запитання, що забезпечують оцінку психологічного статусу досліджуваного за одинадцятьма шкалами (шкала брехні (L) – оцінює щирість досліджуваного, шкала достовірності (F) – призначена для виявлення недостовірних результатів, пов'язаних із прагненням підкреслити важкість свого стану, шкала корекції (K) – згладжує невірність, що вноситься надмірною обережністю і контролем досліджуваного під час тестування, шкала K використовується для корекції базисних шкал, які залежать від її величини.

1. Іпохондрії (Соматизація тривоги) – “близькість” досліджуваного до астеноневротичного типу.
2. Депресії (Тривога і депресивні тенденції).
3. Істерії (Витіснення факторів, що викликають тривогу).
4. Психопатії (Реалізація емоційної напруги в безпосередній поведінці).
6. Паранояльності (Ригідність афекту).
7. Психастенії (Фіксація тривоги і обмежуюча поведінка).
8. Шизоїдності (Аутизація).
9. Гіпоманії (Заперечення тривоги, гіпоманіакальні тенденції).

Методики діагностики рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона.

Особам представлявся ряд тверджень, кожне з яких вони оцінювали з точки зору частоти їх проявляння відносно до їхнього життя за допомогою чотирьох відповідей: часто, іноді, рідко, ніколи. Високий рівень самотності проявлятиметься у осіб, що набрали від 40 до 60 балів, середній рівень – 20-40 балів, низький – 0-20 балів.

Шкала суб'єктивного благополуччя.

Шкала суб'єктивного благополуччя являє собою скринінговий психодіагностичний інструмент для вимірювання емоційного компонента суб'єктивного благополуччя (СБ) або емоційного комфорту (ЕК). Визна-

чення суб'єктивного благополуччя включає три критеріальні ознаки. Благополуччя визначається за зовнішніми критеріями. Це нормативне визначення. Відповідно до нього людина відчуває благополуччя, якщо вона володіє деякими соціально бажаними якостями; критерієм благополуччя є система цінностей, прийнята в даній культурі. Визначення суб'єктивного благополуччя зводиться до поняття задоволеності життям і зв'язується зі стандартами респондента щодо того, що є хорошим життям. Третє значення поняття суб'єктивного благополуччя тісно пов'язане з буденним розумінням щастя як переваги позитивних емоцій над негативними. Це визначення підкреслює приємні емоційні переживання, які або об'єктивно переважають у житті людини, або людина суб'єктивно схильна до них. Шкала складається з 17 пунктів, зміст яких пов'язаний з власне емоційним станом, соціальною поведінкою і деякими фізичними симптомами. У відповідності до змісту, пункти діляться на шість кластерів:

1. Напруженість і чутливість.
2. Ознаки, що супроводжують основну психоемоційну симптоматику.
3. Зміни настрою.
4. Значимість соціального оточення.
5. Самооцінка здоров'я.
6. Ступінь задоволеності повсякденною діяльністю [29].

Анкета “Особливості страху перед дорослістю”.

Дана анкета розроблена у відповідності з цілями і завданнями дослідження, її основною метою є виявлення рівня страху молоді до відчуття дорослішання.

Анкета складалася з 10 питань, наприклад:

- Чи ви витрачаєте свій час з розумом?
- Чи боїтеся майбутнього?
- Оцініть свій страх перед дорослішанням за десятибальною шкалою.

Загальні результати дослідження представлені в таблиці.

Аналіз отриманих даних.

Отже, на першому етапі дослідження було проведене анкетування, в ході якого вдалося визначити відповіді досліджуваних осіб, які вказують на більший чи менший страх перед дорослістю.

Аналізуючи розподіл відповідей на п'яте питання анкети про те, чи витрачають досліджувані свій час з розумом, було виявлено певну відмінність у середніх значеннях у групах досліджуваних. Щодо тих осіб, що виховувалися в сім'ях бізнесменів, то переважна їх більшість вважає, що вміє розподілити свій час, або якщо ні, то принаймні старається це робити. На це питання схоже відповіли і ті особи, що виховувалися в інтернаті. Особи, з робітничого класу не впевнені у розумному розподілі свого часу і певна частина з них не може з цим впоратися.

Це може бути зумовлено тим, що діти бізнесменів та з інтернату бережливіше та відповідальніше ставляться до свого часу, аніж ті, що походять з сімей середнього класу, оскільки вони не зайняті певним видом діяльності, і не можуть правильно розподілити свій час.

При аналізі відповідей на наступне запитання анкети про те, на скільки за десятибальною шкалою досліджувані можуть оцінити свій страх перед дорослішанням була виявлена наступна відмінність у розподілі відповідей досліджуваних працюючих, не працюючих та хворих осіб (рис. 21).

У осіб, що виховувались в сім'ях середнього класу цей страх проявляється більше ніж у дітей з сімей бізнесменів та інтернату. Мабуть, це пов'язано з тим, що вони більше замислюються про своє матеріальне становище у майбутньому і відчують потребу у власній праці.

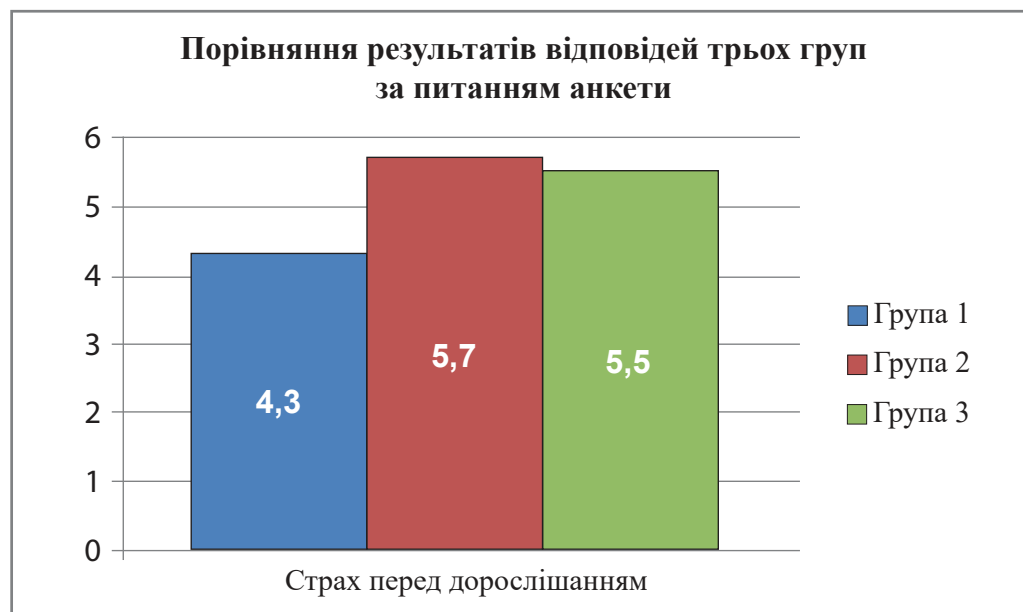


Рис. 21. Страх перед дорослішанням (за результатами анкетування):
група 1 – особи з сім'ї бізнесменів, 2 – особи з сім'ї середнього класу, 3 – особи з інтернату.

Можна припустити, що цілком природно є те, що діти бізнесменів мають найменший показник – 4,3, адже відчують життя у іншому руслі, не оцінюють плину часу так фатально, і не бояться вступати у доросле життя, оскільки відчують матеріальну підтримку з боку батьків.

Отже, результати анкетування дозволили виявити наступні тенденції:

- переважна більшість усіх осіб вміє розподілити свій час з розумом, хоча переважають особи старшого віку, що спричинено їхнім життєвим досвідом.
- у осіб, що виростили у робітничих сім'ях та в інтернаті страх перед старістю проявляється більше, ніж у тих, чиї батьки бізнесмени;

На другому етапі дослідження досліджувані відповідали на питання методик.

Оцінюючи відповіді досліджуваних за методикою «Самотність», можна сказати, що найсамотнішими себе відчують ті особи, які виростили і виховувалися у сиротинці (Рис. 22), чим і спричинюється їх підвищений страх перед майбутнім.

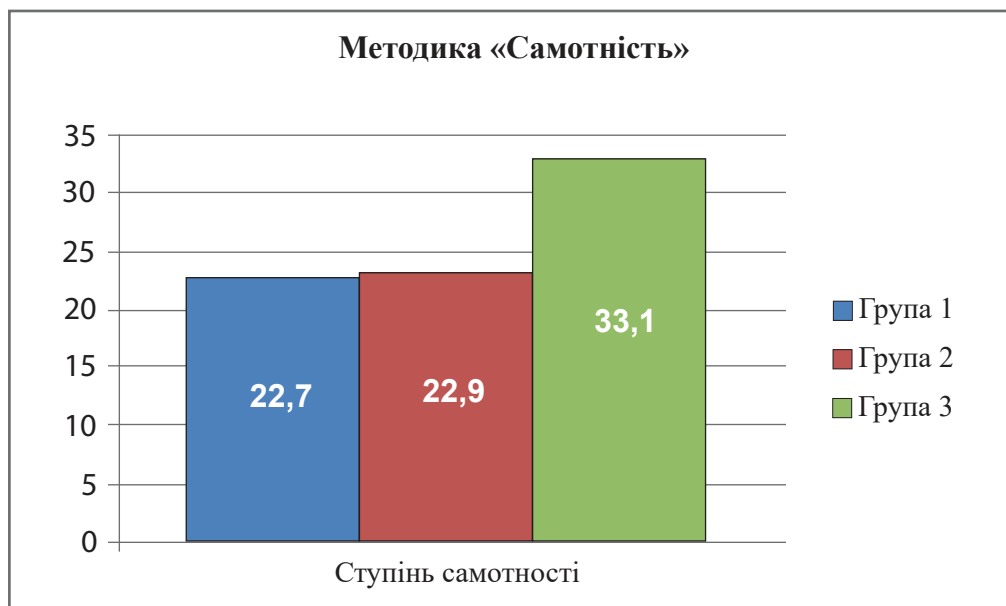


Рис. 22. Показник самотності у групах досліджуваних: група 1 – особи з сім'ї бізнесменів, 2 – особи з сім'ї середнього класу, 3 – особи з інтернату.

За наступною методикою (СМОЛ) виявляються наступні відповіді досліджуваних. Шкала брехні виявила те, що найщирішими у своїх відповідях були ті особи, що виростили у робітничих сім'ях та у інтернатах (групи 2 та 3 відповідно). Немає суттєвих відмінностей за шкалою іпо-

хондрії, а це означає, що майже всі особи не дуже добре розуміють внутрішні мотиви своєї поведінки і тому заперечують, що вони відчують будь-які труднощі, що життя не влаштоване, що вони стурбовані своїм становищем (рис. 23).

Шкала іпохондрії виявила, що особи, які є вихідцями з інтернату ставляться більш тривожно до свого стану і майбутнього аніж інші досліджувані.

А от щодо шкали психастенії, то ми виявили, що особи, котрі виростили у сім'ях середнього класу дуже переймаються майбутніми змінами в житті. Їхня завищена тривожність звичайно поєднується з відсутністю віри у свої можливості та в нестачі сил для подолання життєвих труднощів. Зміни у житті вони переносять важко. Очевидно, що це все зумовлено відсутністю улюбленої справи та правильним розподілом власного часу.

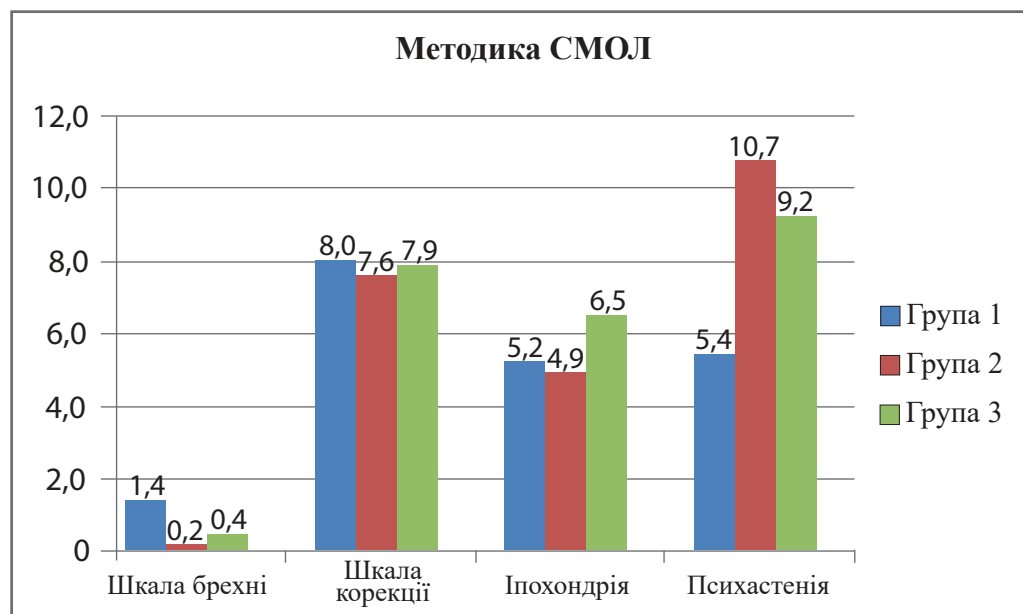


Рис. 23. Результати відповідей за методикою СМОЛ: група 1 – особи з сім'ї бізнесменів, 2 – особи з сім'ї середнього класу, 3 – особи з інтернату.

Результати дослідження за шкалою суб'єктивного благополуччя показують, що 33% (серед них: 25% – особи з сімей бізнесменів, 7% – з сімей робітників, 3% – особи з інтернату) опитаних отримали середні оцінки (4-7) стенів. Особи, з такими оцінками, характеризуються помірним суб'єктивним благополуччям, серйозні проблеми у них відсутні, але про повний емоційний комфорт говорити не можна. У 47% (серед них:

10% – особи з сімей бізнесменів, 16% – з сімей робітників, 21% – особи з інтернату) молоді високі оцінки, вони характерні для людей, схильних до депресії і тривожності, песимістичних, замкнутих, залежних, що погано переносять стресові ситуації. Решта досліджуваних – 20% (серед них: 2% – особи з сімей бізнесменів, 5% – з сімей робітників, 13% – особи з інтернату) перебувають у вираженому емоційному дискомфорті. У осіб з такими оцінками можлива наявність комплексу неповноцінності. Вони, швидше за все, не задоволені собою і своїм становищем, позбавлені довіри до оточуючих і надії на майбутнє, відчують труднощі в контролі своїх емоцій, невірні, постійно турбуються з приводу реальних і уявних неприємностей (рис. 24).

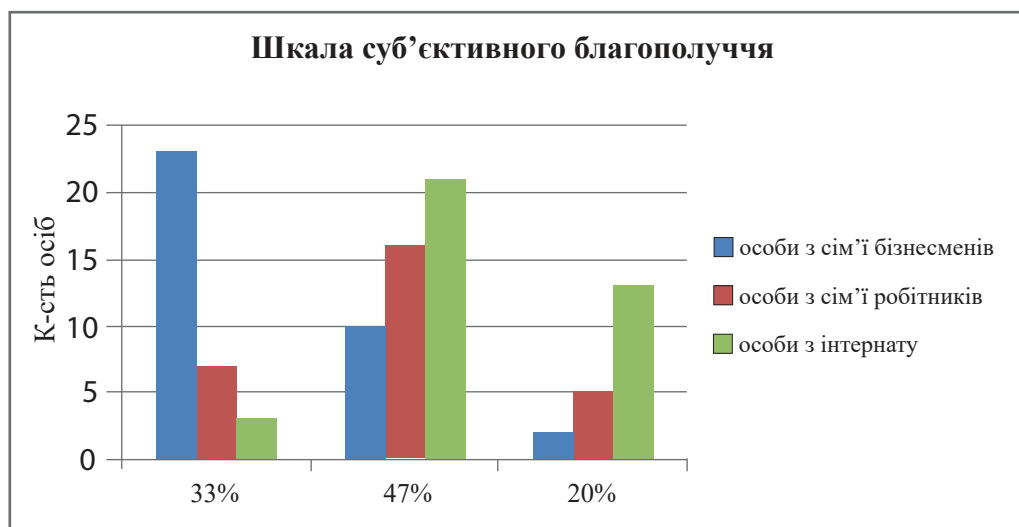


Рис. 24. Відсоткове співвідношення показників за шкалою суб'єктивного благополуччя.

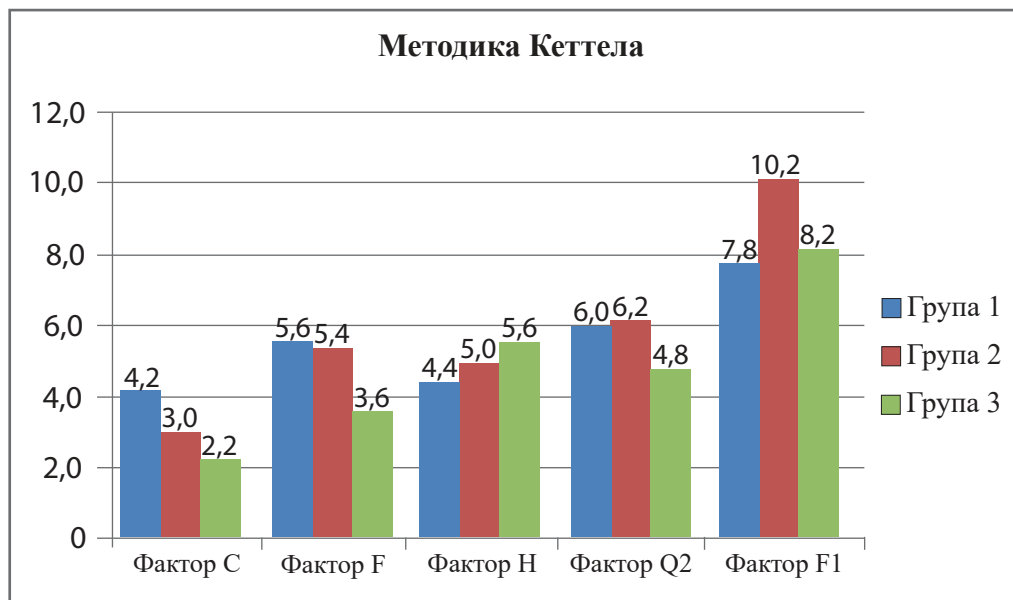
Отже, з діаграми видно, що найбільш занепокоєні своїм благополуччям особи, що виростили в інтернаті, оскільки вони не задоволені своїм становищем і не мають віри до оточуючих, а також з малою вірою у майбутнє. Також не надто задоволені своїм становищем особи із сімей середнього класу, оскільки у них проявляються депресивні стани та виражена замкнутість. Це може пояснюватись тим, що ця молодь не завжди отримує те, що потребує.

Ще одна методика, яка дозволила виявити особистісні риси досліджуваних – це методика Кеттела.

Вона дозволяє стверджувати, що найслабшими стосовно власного «Я» являються особи, котрі зростили в інтернаті. Їм, звичайно, притаман-

на підвищена втомлюваність та втрата врівноваженості при стресових ситуаціях. Найнижчі показники у цих осіб у факторах F та Q2. Що виражає їхню стурбованість щодо майбутнього та песимістичне ставлення до цього. А ще, вони потребують підтримки групи, що підтверджує їхні високі показники відчуття самотності. Що також стосується і дітей середнього класу.

Фактор F ще дозволяє сказати, що особи, котрі проживають у сім'ях бізнесменів більш життєрадісні, запальні, безтурботні, рухливі, комунікабельні, мають віру у щасливе майбутнє. Що, як я вважаю, спричинюється тим, що у житті в них є своє русло і певна безтурботне ставлення до певних речей. Щодо вторинного фактора F2, то він показав, що особи, котрі живуть і родин середнього класу мають високу тривожність, погану здатність пристосовуватися та бути не вдоволеними обставинами, що стаються (рис.25).



*Рис. 25. Результати відповідей досліджуваних за методикою Кеттела:
група 1 – особи з сім'ї бізнесменів, 2 – особи з сім'ї середнього класу,
3 – особи з інтернату.*

Окрім цього, з метою визначення можливих взаємозв'язків між страхом перед дорослістю та особистісними рисами досліджуваних, застосовувалась рангова кореляція Спірмена. Первинні дані були опрацьовані за допомогою статистичної програми STATISTICA 6. Аналіз структури взаємозв'язків між схильністю до психастенії та особливостями досліджуваних дозволив виявити два статистичних зв'язки. Так, було встанов-

лено два прямі кореляційні зв'язки ($r = 0,350841$) зі **ступенем самотності** та ($r = 0,412971$) зі **страхом перед дорослістю**. Це означає, що більш тривожні особи, що сумніваються у власних силах та успіху і не вірять у щасливе майбутнє, що важко переносять зміни та чекають лише переживань, більш схильні до відчуття самотності і, можливо, байдужості світу щодо себе та підвищене відчуття остраху перед майбутнім самотійним життям. Це можна пояснити тим, що вони мають меншу опіку з боку оточуючих чи певні проблеми зі соціумом.

Було також встановлено зворотній кореляційний зв'язок між **іпохондрією та самодостатністю** осіб ($r = -0,680772$). Отже, якщо в особи підвищена тривога до свого стану, вона важко переносить різні зміни обставин, відповідно виявляється більша потреба у підтримці групи.

Було також встановлено, що зі **збільшенням ступеня самотності, зростає слабкість «Я»** ($r = -0,294968$) та **боязливість** особи ($r = -0,296230$) (Рис. 26). Це виглядає цілком логічно, адже коли людина відчуває себе самотньою, вона відповідно є незахищеною, тому і з'являються різноманітні страхи.

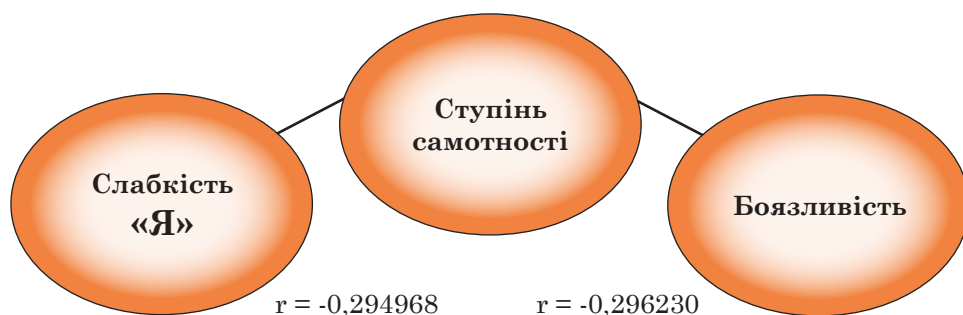


Рис. 26. Кореляційна плеяда: взаємозв'язки між ступенем самотності, слабкістю «Я» та боязливістю.

З допомогою **багатофакторного аналізу** емпіричних даних, отриманих у досліджуваних груп виділено п'ять факторів.

За результатами факторного аналізу загальний копулятивний фактор становить 81,596%, з них на перший фактор припадає 26,699%, на другий — 21,094%, на третій — 13,760%, на четвертий — 11,730% і на п'ятий фактор припадає 8,314%.

Фактор 1 пояснює 26,699% дисперсії і представлений такими шкалами як: іпохондрія (0,847), залежність від групи (-0,837), слабка сила «Я» (-0,415). Цей фактор містить прояви занепокоєння власним станом особистості. Сюди також входить такий показник як стриманість-екс-

пресивність (-0,696), що частково поєднується з іншими шкалами. Отже, його можна назвати «**Сила «Я»**».

Фактор 2 пояснює 21,094% дисперсії. До другого фактору ввійшли показники психастенії (0,721), тривожності (0,953), шкала брехні (-0,418). Отже, цей фактор можна назвати «**Тривожність**».

Цей фактор вказує на те, що особи, які відчувають тривожність до свого стану та оточення проявляють неправдиве ставлення до інших.

Фактор 3 пояснює 13,760% дисперсії і представлений такими шкалами як: стриманість-експресивність (-0,452), шкала психокорекції (0,885), сила «Я» (-0,735), почуття страху (0,673). Це можна пояснити тим, що почуття страху та реакцій на нього залежить від багатьох чинників, в тому числі сили «Я», стриманості особистості. Отже, цей фактор можна назвати «**Почуття страху**».

Фактор 4 пояснює 11,730% дисперсії. До четвертого фактору входять показники психастенії (0,469), страху дорослого життя (0,755), шкали брехні (-0,652). Це можна пояснити тим, що особи, які схильні до сумнівів, яким постійно важко приймати будь-яке рішення нескінченно аналізують свої вчинки, схильні до зниженої самооцінки, рідко бувають задоволені собою, отже і підвищується страх до дорослого життя. Отже, цей фактор можна назвати «**Страх дорослого життя**».

Фактор 5 пояснює 8,314% дисперсії і представлений такими шкалами як: ступінь самотності (0,846) та відчуття страху (-0,707). Це можна пояснити тим, що автономність особистості, її самотність пов'язані із відчуттям страху. Отже, цей фактор можна назвати «**Самотність**».

Можна зробити висновок, що у молоді рівень відчуття страху перед дорослим життям має зв'язок із індивідуальними особливостями сприймання подій, із відчуттям самотності та рівнем психастенії. Показано, що особи, які відчувають тривожність до свого стану та оточення проявляють неправдиве ставлення до інших.

З допомогою **порівняльного аналізу** (за t-критерієм Стюдента) осіб з сімей бізнесменів та з сімей середнього класу виявлено відмінність за шкалами «**Психастенія**» ($t=-6,062$, $df=28$; при $p=0,009$) та «**Тривожність**» ($t=-3,235$, $df=28$; при $p=0,001$). У групі осіб, що виросли в робітничих сім'ях вищий прояв цих ознак. Це можна пояснити тим, що такі особи мають тривожний характер, який виявляється в постійній невпевненості в собі, нерішучості, боязкості і вразливості. Такі люди схильні до сумнівів, їм постійно важко приймати рішення.

Також встановлено відмінність між порівнюваними підгрупами за шкалою **«Страх дорослості»** ($t=-2,210$, $df=28$; при $p=0,017$). У групі осіб, що виросли в робітничих сім'ях вищий прояв рівня страху.

Встановлено відмінність за шкалою **«Напруженість і чутливість»** ($t=-2,84$, $df=28$; при $p=0,007$). У групі осіб, що виросли в робітничих сім'ях вищий прояв цієї ознаки. Такі особи часто більш чутливі до умов середовища та подій, що відбуваються.

З допомогою порівняльного аналізу осіб з сімей середнього класу та з інтернату вивлено відмінність за шкалою **«Ступінь самотності»** ($t=-2,835$, $df=28$; при $p=0,004$). У групі осіб з інтернату вищий прояв цієї ознаки. Така молодь відчуває брак піклування про себе, нестачу уваги та почуття самотності.

Помітна різниця за шкалою **«Іпохондрія»** ($t=-1,641$, $df=28$; при $p=0,055$). У групі осіб з інтернату вищий прояв цієї ознаки. Це проявляється в постійному занепокоєнні з приводу можливості захворіти однією або декількома хворобами, скаргах або заклопотаності своїм фізичним здоров'ям, сприйнятті своїх звичайних відчуттів як ненормальних і неприємних, що, можливо, є притаманним особам, котрі виросли в інтернаті.

Виявлена відмінність за шкалою **«Напруженість і чутливість»** ($t=-2,114$, $df=28$; при $p=0,014$). Цей показник вищий у групі осіб з інтернату.

Також встановлено відмінність між порівнюваними підгрупами за шкалою **«Самооцінка здоров'я»** ($t=-0,268$, $df=28$; при $p=0,789$). У групі осіб з сімей середнього класу цей показник вищий. Це свідчить про те, що особи які виросли в інтернаті ставляться до стану свого здоров'я без надмірної опіки і зайвої тривожності.

Можна зробити **висновок** про те, що в осіб із сімей бізнесменів вищі показники за шкалами: **«Самооцінка здоров'я»**, **«Ступінь задоволення»**, **«Значення соціального оточення»**.

У осіб із сімей середнього класу та службовців: **«Психастенія»**, **«Залежність від групи»**, **«Напруженість і чутливість»**.

У групі осіб, що виросли в інтернаті спостерігаються вищі показники за шкалами: **«Ступінь самотності»**, **«Іпохондрія»**, **«Напруженість і чутливість»**.

ВИСНОВКИ

Протягом життя людина переживає багато страхів. У неї бувають моменти страху перед майбутнім, перед невідомим, у зв'язку з швидким плином часу, перед неминучим дорослим життям з усіма перспективами його складності, небезпек, відповідальності.

Аналіз уявлень вітчизняних та зарубіжних дослідників щодо страхів показав, що страх визначається як реакція на конкретну зовнішню загрозу (С. К'єркегор, З. Фрейд), як інстинкт (У. Мак-Даугол), як фундаментальна емоція (У. Джеймс, К. Ізард, К. Ланге, Дж. Уотсон), психосоматичний процес (Нунберг), мотивація (Дж. Міллер), психічний стан (О. Захаров, М. Конюхов, М. Левітов, О. Черникова), конкретизована тривога (Ф. Березін), сигнал про небезпеку (Кондаш). Тривога та страх, на думку вчених, співвідносяться таким чином: за К. Ясперсом, страх завжди має об'єкт, а тривога може виникати незалежно від стимулу. З. Фрейд зазначав, що тривога – реакція на уявлювану, неіснуючу загрозу, а страх – на конкретну. Існує і така точка зору: страх – це опредмечена тривога (Ф. Березін, А. Кемпінські, Б. Кочубей, Р. Мей, Е. Новікова).

Підготовка та проведення дослідження дало змогу детальніше ознайомитися з природою страху. В теоретичній частині дослідження було описано про види страхів і їх особливості.

Отримані результати емпіричного дослідження дозволили зробити наступні висновки:

Загалом, проведений аналіз та інтерпретація даних дослідження дозволяє повністю підтвердити висунуту гіпотезу про те, що у різних груп досліджуваних ставлення до майбутнього дорослого життя має певні відмінності.

Отже:

- в осіб, що вирости у робітничих сім'ях та сім'ях середнього класу та у інтернатах страх перед дорослістю та старістю проявляється більше, ніж у тих, чий батьки заможні;
- найсамотнішими себе відчують ті особи, які є вихідцями з інтернату, чим і спричинюється їх підвищений страх перед майбутнім;
- особи, із робітничого та середнього класу дуже переймаються майбутніми змінами в житті. Їхня завищена тривожність звичайно поєднується з відсутністю віри у свої можливості та в нестачі сил для подолання життєвих труднощів;

- найслабшими стосовно власного «Я» являються особи, котрі виросли у інтернаті. Їм, звичайно, притаманна підвищена втомлюваність та втрата врівноваженості при стресових ситуаціях. Виражається їхня стурбованість щодо майбутнього та песимістичне ставлення до цього. А ще вони потребують підтримки групи, що підтверджує їхні високі показники відчуття самотності.
- особи, котрі виросли у заможних сім'ях більш життєрадісні, запальні, безтурботні, рухливі, комунікабельні, мають віру у щасливе майбутнє;
- особи, чії батьки робітники або службовці мають високу тривожність, погану здатність пристосовуватися та бути не вдоволеними обставинами, що стаються;
- було також встановлено, що зі збільшенням ступеня самотності, зростає слабкість «Я» та боязливість особи.
- найбільш занепокоєні своїм благополуччям особи, що виросли у інтернаті, оскільки вони не задоволені своїм становищем і не мають віри до оточуючих, а також з малою вірою у майбутнє.

Згідно з факторним аналізом, варто зробити висновок, що у молоді рівень відчуття страху перед дорослим життям має зв'язок із індивідуальними особливостями сприймання подій, із відчуттям самотності та рівнем психастенії. Доведено, що особи, які відчувають тривожність до свого стану та оточення проявляють неправдиве ставлення до інших.

- Також нами було визначено чинники, що з певною ймовірністю могли би нести загрозу здоров'ю чи загальному психоемоційному стану досліджуваних.

Список використаних джерел:

1. Амосов Н. М. Преодоление старости. <https://www.booksite.ru › amosov> >
2. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды: в 2-х т. <https://studfile.net › preview> >
3. Березин Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. <https://psychosfera.kz/download/f-b-berezin-psihihetskaya-i-psihofiziologicheskaya-adaptatsiya-cheloveka/>
4. Бреслав Г. М. Психология эмоций. <https://gigabaza.ru/doc/92858.html>
5. Вікова та педагогічна психологія: навч. посіб. / О. В.Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук. К. <http://194.44.152.155/elib/local/>
6. Возрастная и педагогическая психология / Под ред. А. В. Петровского. М. http://elib.gnpbu.ru/text/vozrastnaya-pedagogicheskaya-psihiologiya_petrovsk
7. Газнюк Л. Філософські етюди екзистенціально-соматичного смислу: монографія. <http://catalog.odnb.odessa.ua/opac/index.php?url=/notices/index>
8. Гамезо М. В., Герасимова В. С., Горелова Г. Г., Орлова Л. М. Возрастная психология: личность от молодости до старости: Учебное пособие. <http://koi.tsp>
9. Захаров А. И. Дневные и ночные страхи у детей. <https://shelter-tranzit.ru › uploads>
10. Зимбардо Ф. Застенчивость. Что это такое и как с этим бороться. LiveLib <https://www.livelib.r>
11. Изард К. Психология эмоций. http://library.kpi.kharkov.ua/files/new_postupleniya/
12. Католик Г. В. Психологія формування Я-концепції практичного психолога. Монографія. Львів. Вид. ЛНУ імені Івана Франка, 2013. 340 с.
13. Карвасарський Б. Д. Психотерапевтическая энциклопедия. <http://grinvald.com/biot>
14. Косік В. В. Особистісні страхи призовників та їх психодіагностика: Дис. психол. наук: 10.00.01 / Василь Васильович Косік. К. 2001. 207 с.
15. Крайг Г. Психология развития. СПб. Питер., 2000. 368 с
16. Кузнецова Е. Н. Психологические особенности проявления страхов у педагогов и врачей на уровне структур обыденного сознания: дис. канд психол. Наук: 19.00.01 / Ставропольский государственный университет. Ставрополь, 2003. 217 с.
17. Прихожан А. М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст (+ CD) / Анна Михайловна Прихожан. [2-е изд.]. СПб.: Питер, 2007. 192 с.
18. Психология / Под ред. А. А. Крылова. https://bookap.info/genpsy/krylov_psihologo/
19. Психологія життєвої кризи / під заг. ред. Т. М.Титаренко. Психологія життєвої кризи <https://lib.iitta.gov.ua> >
20. Развитие психофизиологических особенностей взрослых людей / Под общ.ред. Б. Г. Ананьева, Е. И. Степановой. Электр. Библ. ОГУ. <http://lib.omgpu.ru › cgi-bin>
21. Рейнвальд Н. И. Психология личности. Рейнвальд Н. И. Психология личности. LiveLib <https://www.livelib.ru › book>
22. Рима́н Ф. Основные формы страха: исследование в области глубинной психологии. Основные формы страха. <https://bookap.info › psyanaliz>

23. Тревога и тревожность. Хрестоматия / Сост. и общая редакция В. М. Астапова. М: ПЕР СЭ. 2008. 240 с.
24. Франкл В. Человек в поисках смысла. Сборник. https://imwerden.de/pdf/frankl_
25. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции / Авторы очерка о Фрейде Ф. Бассин и М. Ярошевский https://platona.net/load/knigi_po
26. Чернавский А. Ф. Системное исследование страха: авторефдисертации на соискание уч. степени докт. психол. наук: спец. 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии». <https://elar.urfu.ru/bitstream>
27. Щербатых Ю. Психология страха. <https://www.klex.ru> >
28. Эриксон Э. Детство и общество. <http://psychoanalysis.by/wp-content/>
29. Эриксон Э. Идентичность:. <https://studfile.net/preview/6177633/>
30. Бабаян Ю. О., Скачко І. В. Гендерні особливості конфліктної поведінки в юнацькому віці <http://www.apppsychology.org.ua/index.php/ua/arkhiv->
31. Євдокимова Н. О., Бартошук М. М. Вплив правосвідомості старших підлітків на рівень агресивності <http://www.apppsychology.org.ua/index.php/ua/arkhiv-vydannia/tom-7/vipusk-38-2015>
32. Теоретичні аспекти вивчення проблеми страху https://www.researchgate.net/publication/314501113_teoreticni_aspekti_vivcenna_problemi_strahu
33. Стародуб М. І. Вплив страхів на процес прийняття життєвих рішень у період пізньої юності. <http://ekmair.ukma.edu.ua/bitstream/handle/123456789/>

**СОЦІАЛЬНІ НАСТАНОВИ МОЛОДІ
ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ
У КОНТЕКСТІ ЖИТТЯ ТА СМЕРТІ**

**SOCIAL ATTITUDES OF YOUNG PEOPLE
TO SUICIDE BEHAVIOR
IN THE CONTEXT OF LIFE AND DEATH**



Галина Католик

доктор психологічних наук, професор
кафедри практичної психології
Львівського державного
університету внутрішніх справ
e-mail: katolyk@hotmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2169-0018>

Halyna Katolyk

doctor of psychological sciences,
professor, Department of Practical
Psychology Lviv State University of
Internal Affairs

Богуслава Католик

Інститут управління, психології та
безпеки Львівського державного
університету внутрішніх справ
аспірант кафедри практичної
психології, редактор сайту ЛОІППО
e-mail: boguslavajuskiv@ukr.net

Boguslawka Katolyk

Institute of Management, Psychology
and Security Lviv State University
internal affairs graduate student of the
Department of Practical Psychology,
editor of the LRIPPE

Анотація

Суїцидальні тенденції серед сучасної молоді у нас в країні набувають шквалоподібного характеру. Їх кількість зростає з неймовірною швидкістю. У психотерапевтичній практиці нам чимдалі, тим більше доводиться зустрічатись з тенденціями парасуїцидів та суїцидів. У розділі здійснена спроба провести детальний аналіз наукових досліджень у різних країнах світу, обґрунтувати певні чинники та тенденції суїцидальної поведінки серед молоді та провести авторське дослідження соціальних настанов молоді до суїцидальної поведінки як актуального соціального феномену.

Ключові слова: суїцид, саморуйнівна поведінка, соціальні настанови, екзистенція життя та смерті.

Abstract

Suicidal tendencies among modern youth in our country are becoming fierce. Their number is growing at an incredible rate. In psychotherapeutic practice, the tendencies of parasuicides and suicides are becoming more and more common. Attempts to conduct a detailed analysis of research in different countries to justify certain factors and trends of suicidal behavior among young people are presented in the chapter as well as the author's study of social attitudes of young people to suicidal behavior as a relevant social phenomenon.

Key words: suicide, self-destructive behavior, social attitudes, existence of life and death.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Здавалося б, самогубства та молодь – речі несумісні. Чому молода здорова людина, в якій попереду ціле життя, зустрічі з друзями, кохання хоче позбавити себе життя?

Між тим, за оцінками ВООЗ, щороку 900 000 осіб закінчують життя самогубством [1]. Кожні 40 секунд у світі хтось здійснює акт вбивства самого себе, причому це не лише дорослі, а й діти, підлітки та молодь. Так, щодня більше 10000 молодих людей намагаються вчинити суїцид. Самогубство є другою за частотою причиною смерті в молодому віці [2].

За визначенням ВООЗ, самогубство – це навмисний акт вбивства самого себе. Причинами самогубства є психічні порушення (такі як депресія, проблеми особистості, алкогольна залежність або шизофренія), а також фізичні захворювання, у тому числі неврологічні хвороби, рак, ВІЛ-інфекція, а з минулого року і COVID-19 [3].

Загалом, нині можна говорити про розквіт ери самогубств. Причому це ще не пік. Майже у всіх країнах світу саме самогубство посідає третє місце серед причин смертності – відразу ж за смертю в результаті хвороби і за смертю від нещасного випадку. А у віковій групі 10-24 років самогубства є другою причиною смерті після нещасних випадків.

Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно вбиває себе 30 000 американців, 25 000 японців, 20 000 французів, 60 000 росіян... Число ж тих, хто намагався вчинити самогубство, але у них не вийшло, в 7-8 (а за деякими даними – і у всі 20) разів більше. А ще соціологи та криміналісти впевнені, що справжніх самогубств як мінімум удвічі більше, ніж статистичних – адже до статистики потрапляють лише «явні» самогубства [49; 50].

Способи суїциду варіюються у різних культурах. Повішення – провідний спосіб суїциду в усьому світі. У США близько 60% всіх суїцидів відбуваються з використанням вогнепальної зброї. Отруєння шляхом передозування лікарських засобів становлять 18% суїцидів. Дослідники припускають, що невеликий відсоток з числа ДТП з єдиною жертвою також є різновидом суїциду. І лише від 15% до 25% людей, що накладають на себе руки, залишають прощальні записки.

Особливо яскраво проблема виражена у мегаполісах, де розлучитися з життям змушують постійні стреси, скажений ритм життя, незадоволеність матеріальним становищем та власним соціальним статусом, а також нездатність впоратися з кризовою життєвою ситуацією. Але, на-

гадую, проблема самогубств щороку молодшає. Психологи відзначають значне збільшення росту підліткових суїцидів за останні роки[19].

Поширена думка про те, що суїцид є крайньою точкою у ряді форм саморуйнівної поведінки. Проте останнім часом суїцидальна поведінка не розглядається як лише патологічна – акт самогубства може скоїти психічно нормальна людина. Ось чому суїцидальна поведінка стала глобальною суспільною проблемою. Високий рівень самогубств в більшості розвинених країн світу змушує вивчати причини виникнення цього явища і способи його превенції (попередження) [21; 22].

У цій науковій роботі ми спробуємо з'ясувати, чому молоді люди зважуються на самогубство, що їх на це штовхає. Напевно, існують певні соціальні настанови, які переконують молодих людей в тому, що самогубство – це гарний крок відходу в інше життя, це сміливість та свобода, або ж це найкращий спосіб вирішити якісь проблеми.

Отже, **мета** цього наукового дослідження – теоретично та практично дослідити соціальні настанови для формування суїцидальної поведінки у молоді, провести аналіз особливостей настанов у певній віковій групі.

Об'єктом дослідження виступають соціальні настанови. **Предметом** – соціальні настанови молоді до суїцидальної поведінки у контексті екзистенцій життя та смерті.

Відповідно до мети, сформульовано наступні завдання дослідження: здійснити теоретичний аналіз поняття соціальної настанови, її функції та структуру; проаналізувати явище суїциду, його типологію, причини, віковий характер; з'ясувати причини самогубств серед молоді; з'ясувати особливості психічного та особистісного розвитку молоді та розглянути проблему самогубств у період юнацтва; підготувати та провести дослідження, що дозволило би визначити особливості соціальних настанов молоді до суїцидальної поведінки; дослідити вплив статі, віку, рівня тривожності, наявності депресії та типу акцентуації характеру на схильність до самогубств; проаналізувати отримані результати.

При дослідженні використовувалися наступні психодіагностичні **методи** збору емпіричних даних:

1. Анкетування.
2. Метод незакінчених речень.
3. Опитувальник суїцидального ризику.
4. Методика для самооцінки рівня реактивної та особистісної тривожності (Ч. Д. Спілбергера).

5. Методика визначення рівня депресії В. А. Жмурова.
6. Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру в підлітків (О. Личко, С. Подмазін).

З метою визначення можливих взаємозв'язків між схильністю до суїцидальної поведінки та особистісними рисами досліджуваних, дані будуть опрацьовані за допомогою статистичної програми STATISTICA 6.0.

Опис групи досліджуваних. З метою визначення соціальних настанов молоді до суїцидальної поведінки, буде проведено опитування молоді. До досліджуваної вибірки увійшло 40 осіб віком 15–20 років, серед яких 18 старшокласників шкіл, гімназій та ліцеїв, 8 – студентів коледжів та 14 студентів вищих навчальних закладів. (Зазначимо, що на допомогу у дослідженні були залучені студенти ЛНУ імені Івана Франка).

Отримана у результаті дослідження науково-практична інформація, статистичні дані і висновки, можуть мати як **наукову**, так і **практичну значущість** для соціальних служб, педагогів, психологів, психотерапевтів, психіатрів та використовуватися у превентивних заходах у роботі з батьками та особами юнацького віку.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНИХ НАСТАНОВ МОЛОДІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Поняття соціальної настанови у психології

Особливості реагування індивіда на навколишнє середовище та ситуації, в яких він опиняється, пов'язані з дією феноменів, які позначають поняття “соціальна настанова”. Саме вона свідчить про готовність індивіда діяти певним способом, що зумовлює швидкість реагування на ситуацію і деякі ілюзії сприймання. Тобто, настанова – це цілісний стан особистості, напрацьований на основі досвіду, це готовність стійко реагувати на передбачувані та непередбачувані об'єкти чи ситуації, вибіркова активність, спрямована на задоволення потреби та самозбереження [4; 5; 7; 11; 16; 17; 19; 24].

Традиційно настанову розглядають як готовність до певної активності. Ця готовність визначається взаємодією конкретної потреби із ситуацією, її задоволенням. Відповідно настанови поділяють на актуальні (недиференційовані) та фіксовані (диференційовані, вироблені в результаті повторюваного впливу ситуації, тобто базуються на досвіді) [5].

То що, власне, таке «соціальна настанова»? Який вплив вона має на наші думки і поведінку? І невже є настільки сильною, що може перемогти один із найсильніших інстинктів – інстинкт самозбереження?

Загалом, поняття «соціальна настанова» започаткувалась в експериментальній психології. Вона трактувалась як складова сприйняття, зокрема, як цілісна модифікація стану суб'єкта, що скеровує його реакції (Г. Олпорт, Ф. Хайдер, С. Аш, Л. Фестингер). Своєю чергою, в теорії Д. М. Узнадзе настанова – це центральний пояснювальний принцип, що опосередковує процеси ідентифікації, номінації, логічного мислення. [4].

А, наприклад, М. Ланге спробував виміряти соціальну настанову як латентне ставлення до соціальних ситуацій. На його думку, до діяльності особистість спонукають потреби і мотиви. Соціальна настанова пояснює, чому люди в певних ситуаціях вибирають конкретний мотив. Учений робить висновок, що соціальна настанова виникає в результаті активного освоєння особистістю всієї системи соціальних зв'язків. І, на відміну від короткочасних емоційних реакцій, соціальна настанова досить довго зберігається [5].

Що ж являє собою соціальна настанова? У сучасній соціальній психології є два найбільш поширені визначення цього явища. Отже, соціальна настанова – це:

- 1) Стійка схильність, готовність індивіда або групи до дії, орієнтованої на соціально значимий об'єкт;
- 2) Психологічне переживання індивідом цінності, значення соціального об'єкта, організоване на основі його попереднього досвіду, який скеровує його поведінку [6; 7].

А на думку Д. М. Узнадзе, настанова є цілісним динамічним станом суб'єкта, станом готовності до певної активності, станом, що обумовлюється двома факторами: потребою суб'єкта і відповідною об'єктивною ситуацією [4].

Отже, соціальна настанова формується на підставі попереднього соціально-психологічного досвіду, розгортається на усвідомленому і неусвідомленому рівні та здійснює регулятивну (спрямовує поведінку або управляє нею) функцію стосовно поведінки індивіда.

Своєю чергою, в Західній соціальній психології для позначення соціальних настанов використовується термін «аттитюд», що розуміється як позитивні чи негативні оцінкові реакції на щось, що підтримує образ у почуттях, думках або спрямованій поведінці [13; 17]. Аттитюд (від

англ. attitude – ставлення, настанова) – це внутрішній стан готовності людини до дії, що передує поведінці, сутність соціальної настанови [9].

Скажімо, М. Сміт каже про трикомпонентну структуру аттитюду – когнітивний компонент (усвідомлення об'єкта), афективний компонент (емоційна оцінка) та поведінковий (послідовні дії у стосунку до об'єкта) [9; 10; 11].

Тобто, між думкою та дією, характером та поведінкою, внутрішнім світом людини та її суспільними діяннями є зв'язок, обумовлений саме соціальною установкою (Рис. 1).

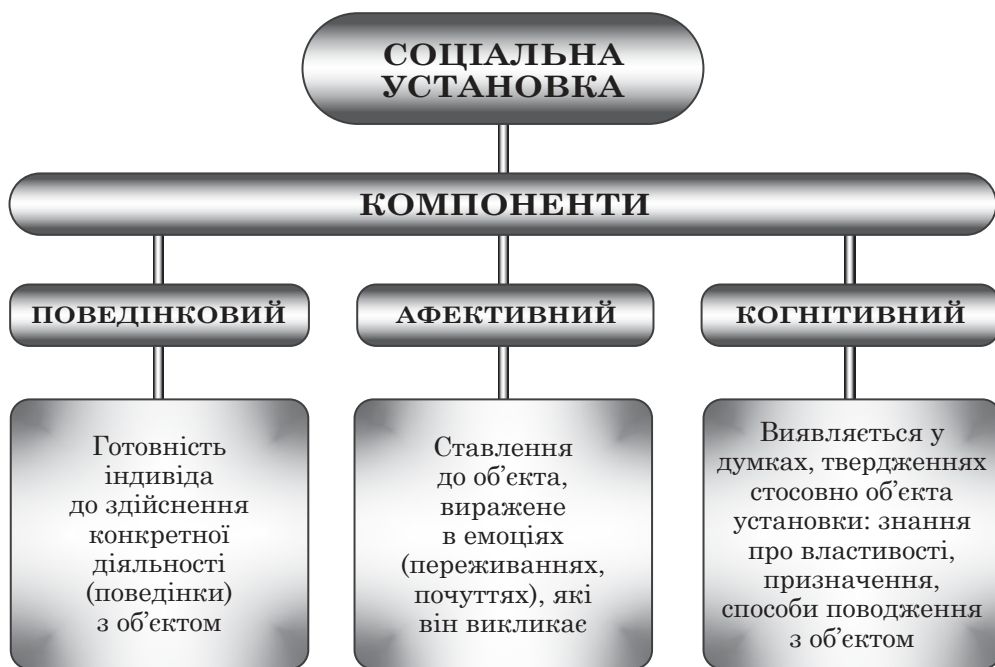


Рис. 1. Структура соціальної настанови (установки) (за М. Смітом).

Тож, структуру аттитюда утворюють когнітивний (пізнавальний), афективний (емоційний) та конативний (поведінковий) компоненти. Це дає підстави розглядати соціальну настанову одночасно як знання суб'єкта про предмет і як емоційну оцінку та програму дій щодо конкретного об'єкта. Багато вчених вбачає суперечність між афективним та іншими її компонентами – когнітивним і поведінковим, доводячи, що когнітивний компонент (знання про об'єкт) включає певну оцінку об'єкта як корисного чи шкідливого, доброго чи поганого, а конативний – включає оцінку дії стосовно предмета настанови. В реальному житті дуже важко відокремити когнітивний та конативний компоненти від афективного.

Таким чином, соціальна настанова пояснює, чому в певних ситуаціях люди поведуться тим чи іншим чином, з якої причини вони вибирають конкретний мотив своєї поведінки.

Тож, соціальні настанови переживаються людиною як особисте ставлення до чого-небудь і мають неабияке значення для неї. У той самий час це фіксована в соціальному досвіді особистості схильність сприймати і оцінювати соціально значущі об'єкти, а також готовність до певних дій [10; 11].

У будь-якому випадку, вплив соціальної настанови на людину відбувається постійно. Причому задіюються іноді саме ті компоненти, які можуть штовхнути на деструктивний крок – афективний та поведінковий.

Функції та структура соціальної настанови та її вплив на поведінку молодих людей.

Відповідно, соціальна настанова має свої функції, які їй дозволяють її впливати на поведінку. Так, у соціальної настанови, за В. А. Ядовим, є чотири функції:

1. Пристосувальна (адаптивна) – це такий напрям діяльності, що задовольняє потреби індивіда;
2. Функція знання – дає спрощені вказівки щодо способу поведінки по відношенню до будь-якого об'єкта;
3. Функція вираження (саморегуляції) – це засіб звільнення індивіда від внутрішньої напруги, вираження себе як особистості;
4. Функція захисту – сприяє вирішенню внутрішніх конфліктів особистості [10].

Своєю чергою, Є. М. Торшинін виділяє такі функції соціальної настанови:

1. Функція пристосування – пов'язана з необхідністю забезпечити максимально сприятливе становище людини в соціальному середовищі.
2. Енергозахисна функція – пов'язана з необхідністю підтримувати внутрішню стійкість особистості.
3. Ціннісно-виразна функція – пов'язана з потребами в особистісній стійкості.
4. Функція організації світогляду – виробляються по відношенню до знань про світ [11].

Проте соціальна настанова не є константним утворенням, підлягає трансформації і є механізмом адаптації. Наприклад, вона може змінюва-

тись під впливом політичної пропаганди, переконливого діалогу з референтними персонами, вступу у шлюбні відносини та народженні дітей, втраті значимих близьких, пережитті стихійних чи техногенних катастроф [13].

Найголовнішими функціями соціальної настанови дослідники також називають випереджувальну та регулятивну (готовність до дії, передумова дії) [8; 9; 10].

За твердженням Г. Олпорта, настанова є психонервовою готовністю індивіда до реакції на всі об'єкти, ситуації, з якими він пов'язаний. Справляючи спрямовуючий і динамічний вплив на поведінку, вона завжди залежна від минулого досвіду [10; 13]. Уявлення Олпорта про соціальну настанову як про індивідуальне утворення суттєво відрізняється від тлумачення її В.-А. Томасом і Ф.-В. Знанецьким, які вважали цей феномен близьким до колективних уявлень [14]. Важливими ознаками настанови є інтенсивність афекту (позитивного чи негативного) – ставлення до психологічного об'єкта, її латентність, доступність для прямого спостереження. Вимірюють її на підставі вербальних самозвітів опитуваних, які є узагальненою оцінкою особистості власного відчуття схильності або несхильності до конкретного об'єкта. Отже, аттитюд – це міра відчуття, викликаного конкретним об'єктом (“за” чи “проти”). За таким принципом побудовані шкали настанов американського психолога Л. Терстоуна, що є біполярною сукупністю з полюсами: “дуже добре” – “дуже погано”, “цілком згоден” – “цілком не згоден” тощо [15].

Цю суперечність було з'ясовано під час дослідження так званого “парадоксу Р. Лапієра” – проблеми взаємозв'язку між аттитюдами та реальною поведінкою, які довели безпідставність тверджень про їх збіг.

Якщо ми говоримо про тенденцію молоді до самогубств, то, скажімо, під впливом членства у новій соціальній групі чи переконання у людини може виникнути як мотивація до суїцидадньої поведінки, так і навпаки, зміна такої думки, якщо вона була присутня. Адже з усіх складових настанови провідну роль у регулятивній функції відіграє ціннісний (емоційний, суб'єктивний) компонент, який пронизує когнітивний та поведінковий компоненти. Подолати розбіжність соціального та індивідуального, настанови і ціннісної орієнтації допомагає поняття “соціальна позиція особистості”, що поєднує ці компоненти.

Ціннісна орієнтація є підґрунтям виникнення позиції, як компонент структури особистості, вона утворює певну вісь свідомості, навколо якої обертаються думки і почуття людини, і з огляду на яку розв'язується

багато життєвих питань. Властивість ціннісної орієнтації бути установкою (системою настанов) реалізується на рівні позиції особистості, коли ціннісний підхід сприймається як установчий, а установчий – як ціннісний. У цьому сенсі позиція є системою ціннісних орієнтацій та настанов, що відображають активні вибіркові відносини особистості [7; 9; 11].

Ще більш інтегральним, ніж настанова, є психічний настрій особистості, який включає предметно спрямовані і безпредметні психічні стани. Як і ціннісна орієнтація, він передує виникненню позиції. Умовою виникнення позиції особистості є її оцінне ставлення і певний психічний стан (настрій), який надає позиції різного емоційного забарвлення – від глибокого песимізму, пригніченості до життєстверджувального оптимізму та ентузіазму [25; 26; 27].

Установчо-позиційний, диспозиційний підхід до структури особистості В. Ядов трактує як диспозицію, як комплекс схильностей, готовності до певного сприйняття умов діяльності та до певної поведінки за цих умов [10]. У такому розумінні вона є дуже близькою до поняття “настанова”.

Так, за В. Ядовим, існує чотири рівні соціальних настанов:

1. найпростіші ситуативні поведінкові настанови;
2. соціальні настанови, що діють на рівні малих груп і в звичних ситуаціях;
3. соціальні настанови, в яких фіксується загальна спрямованість інтересів особистості щодо конкретної сфери соціальної активності;
4. система вищих ціннісних орієнтацій особистості, які регулюють цілісність її соціальної поведінки та діяльності [10].

Згідно з цією концепцією диспозиції особистості є ієрархічно організованою системою з кількома рівнями (Рис.2).

Така ієрархічна система є результатом попереднього досвіду і впливу соціальних умов. У ній вищі рівні здійснюють загальну саморегуляцію поведінки, нижчі – відносно самостійні, вони забезпечують адаптацію особистості за мінливих умов. Диспозиційна концепція є спробою встановити взаємозв'язок між диспозиціями, потребами та ситуаціями, які теж утворюють ієрархічні системи.

Залежно від того, на який об'єктивний чинник діяльності спрямована настанова, виокремлюють три рівні регуляції поведінки – смислові, цільові та операційні аттитюди. Смислові аттитюди містять інформаційний (світогляд людини), емоційний (симпатії, антипатії щодо іншого об'єкта),



Рис 2. Диспозиції особистості

регулятивний (готовність діяти) компоненти. Вони допомагають сприймати систему норм і цінностей у групі, зберігати цілісність поведінки особистості у ситуаціях конфлікту, визначати лінію поведінки індивіда тощо. Цільові аттитюди зумовлені цілями і визначають стійкість перебігу певної дії людини. У процесі розв'язання конкретних завдань на підставі врахування умов ситуації та прогнозування їх розвитку виявляються операційні аттитюди, які проявляються в стереотипності мислення, конформній поведінці особистості тощо [8].

В психотерапевтичному просторі при роботі з суїцидальними клієнтами важливо визначити на якому рівні перебуває соціальна настанова до суїциду і лише опісля допомагати йому коригувати поведінку. Найлегше піддаються корекції найпростіші ситуативні поведінкові настанови, важче – соціальні настанови на рівні малих груп, ще важче – якщо суїцидальна тенденція визначає загальну спрямованість інтересів особистості. Крім того, настанови можуть прогнозувати поведінку, якщо інші впливи мінімізовані, а сама настанова сильна, а також якщо настанова значною мірою релевантна прогнозованій поведінці; якщо настанова сильна [7].

Отже, соціальна настанова є стійким, фіксованим, ригідним утворенням особистості, яке стабілізує спрямованість її діяльності, поведінки, уявлень про себе та світ. За одними твердженнями, вони утворюють структуру особистості, за іншими – лише посідають певне місце серед якісних рівнів особистісної ієрархії.

Приклад з власної психотерапевтичної практики: клієнтка А. 23 років звернулась по психотерапевтичну допомогу з приводу перебування у важкому стані депресії на тлі тривалого емоційного вигорання. Її привела мама, оскільки клієнтка не мала сил самотійно пересуватись. У процесі тривалої роботи з'ясувалось, що протягом усього досвіду життя у сім'ї були стійкі переконання-настанови, що клієнтка є здібною до навчання і повинна засвоїти якомога більше знань з різних сфер, як-то: математика, іноземні мови, комп'ютерна грамота, музична освіта, успішна шкільна освіта тощо. Основним змістом у виховному процесі дівчини були настанови матері імпліковані їй та її сестрі (сестра клієнтки пізніше звернулася по допомогу з такими ж скаргами) наступного змісту: «Поїсти можна лише після того як будуть виконані уроки та додаткові завдання з понадурочних дисциплін», лягати спати теж дозволялось після того як будуть виконані усі вищеозначені завдання. Дівчата не пам'ятають, щоб колись мали вільний час для спілкування з однолітками, вихідні дні, час для догляду за собою або ж для прогулянок. У обох сестер є в діагнозі розлади харчової поведінки, депресії, суїцидальні думки упродовж тривалого часу. За їх словами, від самогубства їх стримує релігія (батьківська сім'я є релігійною), а також, «що на майбутній рід ляже прокляття». Сестри не пам'ятають себе щасливими, бадьорими, радісними протягом багатьох років, починаючи з перших класів навчання у школі. Батьківську сім'ю описують як конфліктну: «хто в ліс, а хто по дрова», з відсутністю спільних цілей.. Авторитетом батько не користувався ні у доньок, ні у дружини. Авторитетною персоною у сім'ї був дідусь, батько мами.

На сьогоднішній день у однієї із сестер клінічно виставлено діагноз «біполярний розлад». Після двох років тривалої терапії та медикаментозного лікування клієнтка перманентно опрацьовує проблему розладів харчування орторексичного характеру та набуває стану тривалої ремісії. При переведенні клієнтки на субпортивну терапію через деякий час симптоми орторексії відновились. Це є свідченням сталості та тягlostі настанови, закарбованої в імпліцитному досвіді. Подібна динаміка спостерігається із розладами сну. Психотерапія триває..., в процесі якої відбуваються системні зміни у контексті сімейних відносин між усіма членами сім'ї в бік гуманізації стосунків та взаємopідтримки. У фокус стосунків вийшла потреба клієнток пізнати родовід із боку батька. Робота триває над відновленням особистісної та соціальної ідентичності обох клієнток.

Соціальна настанова та реальна поведінка: спільне та відмінне.

Часто постає проблема, як, власне, відрізнити соціальну настанову від реальної поведінки? Настанова схиляє індивіда до певної форми регування, оцінювання, готовності, до орієнтації діяльності згідно з певними цінностями, що може сприяти задоволенню конкретної потреби.

Невідповідність між настановою (вербальною поведінкою) і реальною поведінкою пояснюють залежністю відповіді від ситуації, яка може належати до одного з трьох типів:

- знеособлена ситуація;
- частковий особистий контакт;
- безпосередня взаємодія (особистісна ситуація).

На аналізі таких ситуацій базуються твердження про відсутність прямого зв'язку між настановою та поведінкою. Для конкретизації ситуації необхідно задіювати допоміжні змінні: групові норми, очікування, вплив референтної групи, риси особистості.

Одним із піонерів-дослідників був М. Рокич, що викристалізував два типи аттитюдів (“до об’єкта” і “до ситуації”). Він спробував за їх допомогою подолати непорозуміння, що виникають під час з’ясування психологічних характеристик аттитюдів і соціальних характеристик ситуації [16]. Він вважав, що людина наділена суб’єктивною цілісною системою уявлень, в якій теоретичному аналізу підлягає три найзначущіші її складові: поняття “Я”, цінності та аттитюди. В цій системі центральне місце посідає поняття “Я”. Аттитюди, за його твердженням, фіксують не спосіб поведінки чи стану, а уявлення про певний предмет або ситуацію. Ці уявлення описують об’єкт чи ситуацію як істинну або хибну, оцінюють їх як бажані або небажані, добрі чи погані [8; 16].

Дослідник М. Фішбейн розглядав настанову, засвоєну у процесі навчання, як схильність індивіда до реакції, стверджуючи, що поведінка людини значною мірою перебуває під контролем змінних, що відрізняються від настанови індивіда стосовно конкретного об’єкта (мотиваційних, нормативних, ситуативних змінних) [17].

Замість передбачення впливу настанови на поведінку він зосередився на дослідженні впливу поведінки на настанову. Тобто його модель прогнозувала не поведінку, а поведінковий намір суб’єкта щодо реалізації певного акту. Цей намір стосувався саме дії, а не об’єкта – стимулу настанови. У такому розумінні настанова втрачає свій соціальний зміст

і перетворюється на індивідуальну поведінкову реакцію, засвоєну за схемою “стимул – реакція”. Водночас М. Фішбейн запропонував типологію аттитюдів, поділивши їх на аттитюди до дії та аттитюди до об’єкта, вважаючи це одним з найважливіших відкриттів соціальної психології. Така класифікація, на його думку, дає змогу пояснити труднощі, які виникають при спробі змінити конкретні вчинки особистості стосовно об’єкта, впливаючи на систему її аттитюдів. Нормативним чинником, який регулює дію аттитюдів на реальну поведінку, він вважав вплив соціального оточення [17]. Подальші дослідження виявили зв’язок між настановами і тенденціями в поведінці людини. На поведінку впливає багато чинників: погода, самопочуття, взаємини з близькими людьми на конкретний момент та ін. Було з’ясовано, що формування та зміна соціальних настанов може відбуватися у процесі реальної поведінки, а цілеспрямований вплив на поведінку людини зумовлює зміну її соціальних настанов. Отже, попри певні суперечності в поглядах, настанова зберігає в соціальній психології статус важливого поняття, адже вона задає певні механізми соціальної поведінки особистості [18].

Тож, певний взаємозв’язок між соціальною настановою та поведінкою людини доведений. Якщо говорити про цей феномен у контексті самогубств, то можна відзначити вплив згідно з теорією когнітивного дисонансу, коли виправдання поведінки у власних очах необхідне для зниження психологічного дискомфорту [18; 19; 20].

Дослідниця Н. Гапон наголошує на теорії самосприйняття Д. Бема, який пояснює, що невпевненість у власних настановах примушує людину спостерігати за зовнішніми обставинами та виводити з них нові настанови. Тому дуже важливо, в якому соціальному колі опиняється молода людина. Адже соціальні аттитюди впливають на людські вчинки, зокрема, у міжособистісних відносинах [7].

Як бачимо, соціальні настанови діють на нас більше, ніж ми собі уявляємо. Часто лише вони пояснюють, чому ми діємо так чи інакше в тій чи іншій ситуації. Причому соціальна настанова може мати таку силу, яка викликає стійку готовність до певних дій – зокрема, до суїцидальних.

У цьому випадку соціальна настанова виконує як пристосувальну функцію (адже часто, особливо у підлітковому колективі, спроба суїциду або здійснене самогубство є частиною такої собі субкультури, до якої треба бути причетним навіть такою ціною), так і саморегуляції, коли молода людина намагається звільнитися від внутрішньої напруги або має настанову страху дорослості чи таким чином сепарується у майбуття від батьківської сім’ї.

До того ж, залежить, як і де здобута соціальна настанова. Якщо вона є результатом досвіду, вірогідність того, що вона збережеться надовго та скеровуватиме поведінку, зростає. Натомість, пасивні настанови (якими, на мою думку, можна вважати настанови до суїцидів) є найменш осмисленими та стабільними. Тому їх можна і треба змінювати.

Як би там не було, настанова до суїцидальної поведінки є прикладом негативної соціальної настанови, яка загрожує здоров'ю та життю індивіда, а також його родичів чи друзів, які можуть спробувати вчинити те саме. Власне, тепер треба з'ясувати, на чому ґрунтується власне суїцидальна поведінка. Про це мова йтиме у наступному підрозділі.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ТА ЇЇ ПРИЧИН

Поняття самогубства. Причини суїцидів

У більшості джерел суїцид визначається як акт самогубства, який чинить людина в стані сильного душевного розладу або під впливом психічного захворювання. Проте завжди це навмисне позбавлення себе життя. Ситуації ж, коли смерть заподіюється особою, яка не може усвідомлювати своїх дій чи керувати ними, а також в результаті необережності суб'єкта, відносять не до самогубств, а до нещасних випадків.

Способи суїциду варіюють у різних культурах. Повішення – провідний спосіб суїциду в усьому світі. У США близько 60% всіх суїцидів відбуваються з використанням вогнепальної зброї. У Канаді, де зброя менш доступна, з її використанням відбувається 30% суїцидів. Отруєння з використанням передозування лікарських засобів складає близько 18% суїцидів. Дослідники припускають, що невеликий відсоток з числа фатальних ДТП з єдиною жертвою також є різновидом суїциду.

Психічні розлади (особливо депресія та розлади, пов'язані із вживанням алкоголю, є одними з основних факторів ризику самогубств в Європі та Північній Америці; а от в азіатських країнах значну роль відіграє імпульсивність. Загалом, в основі самогубств лежить цілий комплекс психологічних, соціальних, біологічних, культурних та інших факторів [21].

Далі наводимо мапу самогубств у різних країнах світу та на різних континентах за 2016 р., а також дані ВООЗ за 2019 рік країн світу з найвищим рівнем самогубств.

Кількість самогубств у світі

(на 100 тис. населення, стандартизовано за віком)
чоловіки і жінки, 2016

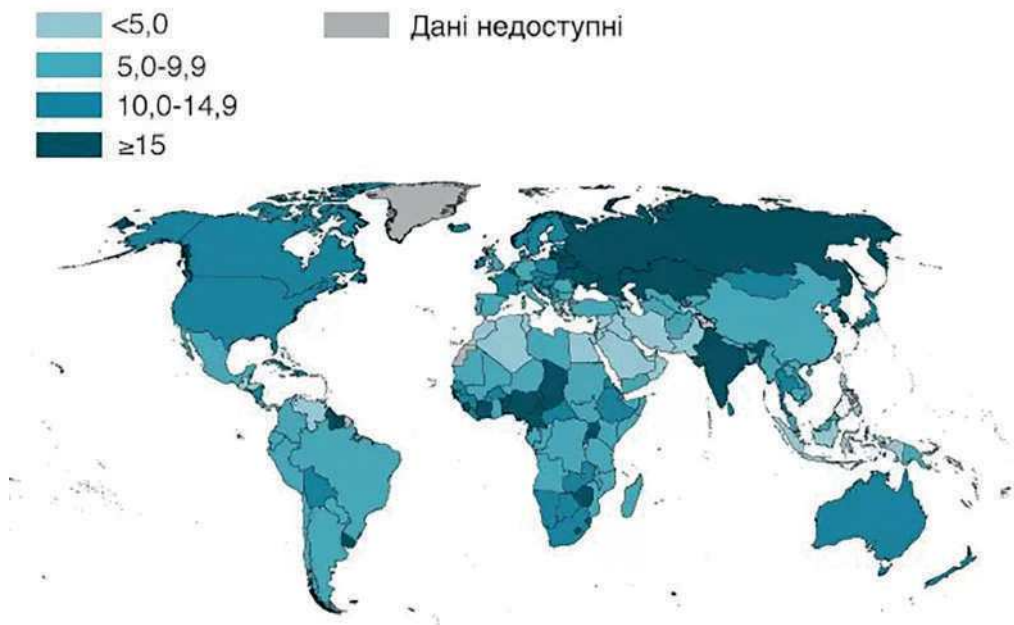


Рис 3. Мапа суїциду на 100000 населення станом на 2016 р. (інтернет ресурс)

Країни із найвищим рівнем самогубств

Кількість самогубств у 2016 році на 100 тис. населення з поправкою на усереднене розподілення за віком

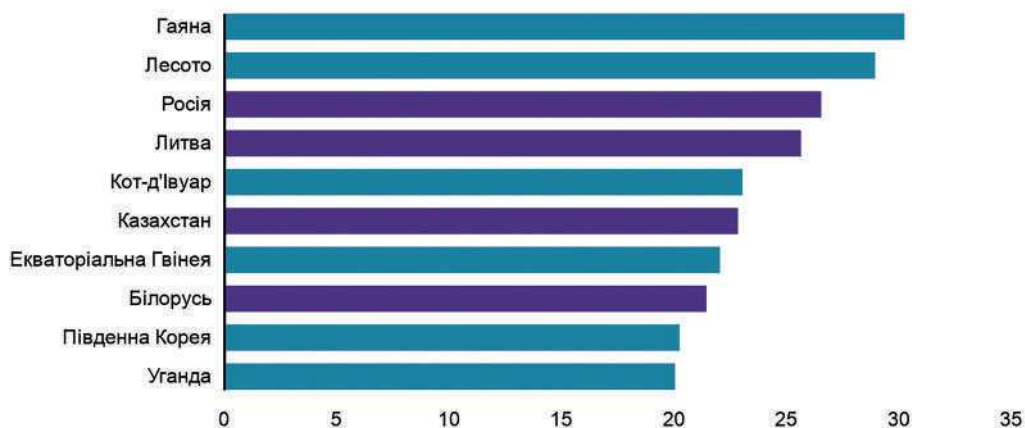


Рис 4. Країни з найвищим рівнем суїциду
(інтернет ресурс) <https://www.bbc.com/ukrainian/features-49637010>

Для порівняння: у США цей показник становить 13,7, у Польщі і Молдові – 13,4, в Канаді – 10,4, на Кубі – 10,1, в Ізраїлі – 5,2.

Якщо брати до розрахунків лише чоловічі суїциди, то тут Україна входить до десятки сумних «лідерів». Показник самогубств серед українських чоловіків становить 34,5 на 100 тис. населення (в Лесото, що входить до трійки світових «лідерів» за статистикою обох статей, цей показник є у півтори рази нижчим і становить 22,7).

Якщо у світі чоловіків-самогубців приблизно у 1,8 рази більше жінок, то в Україні цей розрив перевищує середньосвітовий у кілька разів. Українські чоловіки вбивають себе у 7,3 рази частіше, ніж жінки.

Загалом, у 2016 році в Україні вкоротили собі віку 9952 людини. Це приблизно 27 самогубств на день, тобто кожної години, в середньому, один мешканець України іде з життя з власної волі [21].

В багатьох дослідженнях вказується, що найвищі показники самогубств відзначаються в країнах з високим рівнем доходу, де серед молоді суїцид посідає другий рядок у списку основних причин смерті (Південна Корея, Японія). Серед молоді у віці 15-29 років самогубство є другою головною причиною смерті після загибелі в ДТП. У групі підлітків у віці 15-19 років самогубство – друга причина смерті серед дівчат (після ускладнень вагітності та пологів) і третя причина смерті серед юнаків (після ДТП і міжособистісного насильства) [22].

Психотерапевти схиляються до думки, що суїцид серед підлітків та молоді є крайньою точкою у ряді форм саморуйнівної поведінки. Проте суїцидальна поведінка далеко не завжди розглядається лише патологічно – акт самогубства може скоїти психічно здорова людина, спровокована низкою обставин. Ось чому суїцидальна поведінка є глобальною суспільною проблемою. Саме тому, за рекомендаціями ВООЗ, якщо особистість має думки про самогубство, це вже вимагає негайного контролю. Це включає в себе оцінку імпульсивності, ригідності, задіюються родичі, близькі, потрібне психологічне консультування. Особливо якщо йдеться про молодих людей.

Зокрема, серед молоді існують наступні феномени самогубств:

– **феномен самогубства «за компанію»** – як наслідування, імітація. В дослідженнях А. Амбрумової та Е. Дюркгейма ці самогубства віднесені до категорії альтруїстичних самогубств – тобто, внаслідок повної інтеграції у компанію [23; 32].



Рис 5. Як вберегти підлітка від поганої компанії?
(інтернет ресурс) <https://www.google.com/search>

– Втім, самогубство може **бути й егоїстичним** – з точністю до на-
впаки, тобто, через недостатню інтеграцію особи в соціальну групу.
Думки про самогубство часто виникають у неприйнятих компанією під-
літків, у відкинутих чи ізольованих аутсайдерів.



Рис. 6. У підлітків не може бути серйозних проблем? (інтернет ресурс)
<https://konkurent.ua/publication/70323/u-pidlitkiv-ne-mozhe-buti-seryoznih-problem/>



Рис.7. Види підліткових компаній
(інтернет ресурс)

http://martabloggerlubov.blogspot.com/2015/10/blog-post_27.html

– Серед підлітків 16-ти років та старших, які вживають алкоголь та інші психоактивні речовини, ризик самогубств підвищується, особливо в період важких життєвих обставин.

– Зміна настрою, відчуття тривоги, втеча з дому, почуття безнадії, посттравматичний стресовий розлад внаслідок пережитих психотравмівних подій – усе це також підвищує ризик здійснення самогубств. Е. Дюркгейм називав таке **самогубство аномічним** – коли особистісна реакція на істотні зміни у соціальному порядку призводить до втрати зв'язку з соціальною групою, що трактується як втрата сенсу життя [12; 49].



Рис 8. Важкі підлітки, що робити? (інтернет-ресурс)

<https://konkurent.ua/publication/47259/yak-bagato-put-kuryat-i-zavisaut-v-sotsmerezah-ukrainski-pidlitki-doslidzhennya/>

– Врешті, існує **фаталістичне самогубство**, яке є результатом надмірно суворого контролю над особистістю. Особливо часто такі конфлікти стаються у підлітковому віці між особою та надмірно контролюючими батьками [23].

– Спроби самогубств часто пов'язані з приниженням, булінгом, які переживає юнак або юнка, – наприклад, невдача в школі, міжособи-

стісний конфлікт, нерозділене кохання. Власне, понад 80% самогубств пов'язані з посттравматичним стресом, як один із проявів аутоагресії та насильства.



Рис 9. Важкі підлітки, що робити? (інтернет-ресурс)
<https://psyhosoma.com/uk/vazhki-pidlitki-shho-robiti/>

— Рідко у науковій літературі згадується про підлітково-юнацький суїцид як форму підліткової ініціації або сепарації від батьківської сім'ї. Особливо це стосується підлітків та молоді, що зростають у неповних або дисфункційних сім'ях, де гостро стоїть питання життєвих екзистенцій: сенсу любові, буття, страждання, радості тощо.



Рис. 10. Види підліткових компаній (інтернет ресурс)
http://martabloggerlubov.blogspot.com/2015/10/blog-post_27.html



Рис. 11. «Що дратує в дорослих?» – дорослі! Автор: Віолетта Мурахович (інтернет ресурс) <https://dityinfo.com/simeine-dozvillya/svarki-batkiv-chim-nebezpechne-zyasuvannya-stosunkiv->

Також «мода часу» – до підлітково-юнацького суїциду може призвести депресія внаслідок емоційного вигорання через надмірне завантаження навчанням, додатковими заняттями, нарцисичними уявленнями про власну всемогутність та унікальність у досягненнях, коли сили для життя вичерпані [44].

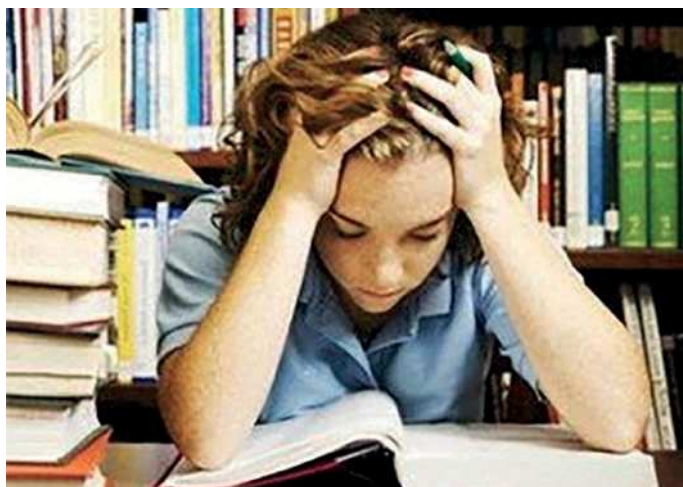


Рис. 12. Крик підлітка, коли нам жити? Або скільки часу ми витрачаємо на навчання. (інтернет ресурс) https://5uglov.ru/post/13984_krik_podroстка

Та незважаючи на очевидну унікальність кожного випадку, самогубства мають ряд загальних характеристик. Поведінка, що супроводжується суїцидальними намірами часто у своєму контексті має переживання зтяжненого дистресу або тривалої виснажливої життєвої ситуації, яка не бачиться як перспективна та сенсорна і не передбачає життєвих мотивів. Часто ми тут зустрічаємось із множинними фрустраціями первинних та вторинних потреб. Що ж переживає суїцидент? Найчастіше це нестерпність страждань (психічного та фізичного реєстрів), відсутність сил життєвого пошуку виходу із ситуації, депресивні переживання безнадійності ситуації і власної нікчемності, аутоагресія, амбівалентне ставлення особистості до суїциду, спотворене сприйняття реальності, зацикленість на проблемі, «тунельний зір». Відчуття відсутності сил до життя. Все це призводить до звуження вибору, до втечі в «суїцид». При цьому суїцидальна поведінка, як правило, відповідає загальному стилю життя і особистісним настановам [24].

Суїцид як форма девіантної поведінки. Типології самогубств.

Що ж лежить в основі існування такого явища, як самогубство?

Дослідниця А. Г. Амбрумова і ряд інших дослідників висувують концепцію про те, що суїцид – це феномен соціально-психологічної дезадаптації особистості, тобто ключові поняття для даного явища – це соціально-психологічна адаптація і дезадаптація [32]. Під адаптацією автором розуміється відповідність між живою системою та зовнішніми умовами, причому адаптація – це і процес, і його результат. Поняття дезадаптації відображає різну ступінь і якість невідповідності організму і середовища. Повна відповідність сприяє розвитку, повна невідповідність несумісна з життєдіяльністю. Об'єктивним критерієм успішності соціально-психологічної адаптації людини служить його поведінка у звичайній і екстремальних ситуаціях [32; 35].

Розглядаючи поняття самогубства, особливу увагу слід приділити механізму формування суїцидальної спрямованості. Як зазначав П. А. Соколін, власне суїцидальну поведінку складають будь-які внутрішні і зовнішні форми психічних актів, що направляються уявленнями про позбавлення себе життя [24].

Під суїцидальною поведінкою розуміється така форма активності людини, де прагнення позбавити себе життя вбачається способом вирішення особистісної кризи. На тлі гострого емоційного стану ця криза

досягає такої інтенсивності, що людина не може знайти правильного виходу зі сформованої ситуації. А, як вже згадувалося, А. Амбрумова та Е. Дюркгейм вважали суїцид результатом розриву інтерперсональних зв'язків особистості, відчуження особи від тієї соціальної групи, до якої він належить [23].

Суїцидальна поведінка має внутрішні і зовнішні форми свого прояву. До внутрішніх форм належать роздуми про відсутність цінності життя, пасивні суїцидальні думки (фантазування на тему своєї смерті при відсутності чіткого задуму на кшталт «добре б померти»); суїцидальні задуми (більш активна форма прояву суїцидальності – розробляється план, продумуються способи, час і місце самогубства) та суїцидальні наміри (до задуму приєднується вольовий компонент – рішення, готовність до безпосереднього переходу у зовнішню поведінку).

До зовнішніх форм належать суїцидальні висловлювання (проголошення думок про смерть вголос); суїцидальні спроби (цілеспрямоване оперування засобами позбавлення себе життя, що не закінчилося смертю; спроба може бути оборотною і незворотною) та, врешті, завершений суїцид (дії щодо позбавлення себе життя, завершені летальним результатом) [23].

Розглядаючи соціально-психологічну дезадаптацію в динаміці, що веде до суїциду, Погодін І.А. виділяє дві фази: предиспозиційну і суїцидальну. Вирішальне значення для переходу першої у другу має конфлікт. [25]. Так, період від виникнення суїцидальних думок до спроб їх реалізації називається пресуїцид. Тривалість його може обчислюватися хвилинами (гострий пресуїцид) або місяцями (хронічний пресуїцид) [25].

Своєю чергою, пресуїцид включає дві фази:

1. Предиспозиційна фаза характеризується активністю людини (період пошуку «точки опори»), яка не супроводжується суїцидальними виконавчими діями. У міру того, як вичерпуються варіанти поліпшення ситуації, міцніє думка про її нерозв'язність. Людина гостро відчуває нестерпність існування і констатує відсутність бажання жити, але думки про самогубство блокуються механізмом захисту. Ще зберігається можливість надати допомогу людині, вивести його з глухого кута.
2. Власне суїцидальна фаза починається, якщо людина не знайшла виходу з кризи, не отримала підтримки, і триває аж до замаху на своє життя. На цьому етапі відбувається поглиблення дезадаптації: у людини виникають суїцидальні думки, а пізніше і обдумування способу самогубства.

Перш ніж приступати до аналізу суїциду як девіантної поведінки, необхідно розглянути, що являє собою девіантну поведінку взагалі. М. В. Зотов у своїх дослідженнях зазначає, що процес соціалізації (процес засвоєння індивідом зразків поведінки, соціальних норм і цінностей, необхідних для його успішного функціонування в даному суспільстві) досягає певного ступеня завершеності при досягненні особистістю соціальної зрілості, яка характеризується набуттям особистістю інтегрального соціального статусу (статус, який визначає становище людини в суспільстві). [28]. Однак у процесі соціалізації можливі збої, невдачі. Проявом недоліків соціалізації є відхилення – це різні форми поведінки осіб. Психологи називають ці відхилення девіантною поведінкою.

Залежно від того, позитивним чи негативним є відхилення, всі форми девіацій М. В. Зотов визначає на деякому континуумі. На одному його полюсі автор розміщує групу осіб, що виявляють максимально нехвалену поведінку: революціонери, терористи, зрадники. На іншому полюсі – група з максимально схвалюваними відхиленнями: національні герої, видатні артисти, вчені, письменники. [25; 26]. Таким чином, будь-яку поведінку, яка викликає несхвалення громадської думки, називається девіантною. Самогубство входить до списку форм девіантної поведінки поруч із злочинністю, алкоголізмом, наркоманією, проституцією.

Щодо типології суїцидів, то вони діляться на три основні групи: істинні, демонстративні і приховані.

Істинний суїцид визначається бажанням померти – такому суїциду завжди передують пригнічений настрій, депресивний стан або просто думки про відхід з життя. Причому оточуючі такого стану людини можуть не помічати. Іншою особливістю дійсного суїциду є роздуми і переживання з приводу сенсу життя.

Демонстративний суїцид не пов'язаний з бажанням померти, а є способом звернути увагу на свої проблеми, покликати на допомогу. Це може бути і спроба своєрідного шантажу. Смертельний результат в даному випадку є наслідком фатальної випадковості.

Прихований суїцид (або непряме самогубство) – вид суїцидальної поведінки, коли дії супроводжуються високою ймовірністю летального результату. Більшою мірою це поведінка націлена на ризик, ніж на відхід з життя. Такі люди вибирають не відкритий відхід з життя «за власним бажанням», а так зване суїцидально обумовлену поведінку. Це ризикована їзда на автомобілі, заняття екстремальними видами спорту, добровільні поїздки в гарячі точки, вживання сильніших наркотиків, самоізоляція тощо [2; 3].

Багато дослідників схиляються до думки, що суїцидальна поведінка у підлітків найчастіше буває демонстративною та афектною. В свою чергу В. А. Тихоненко дає іншу типологію самогубств, яка заснована на категорії мети і дає можливість розмежувати суїцидальну поведінку від зовні схожих варіантів самоушкоджень і диференціювати істинні суїциди від демонстративно-шантажних [27]. Як зазначає автор, метою істинних самогубств, замахів і тенденцій є позбавлення себе життя, а демонстративно-шантажна суїцидальна поведінка має на меті не позбавлення себе життя, а демонстрацію цього наміру, хоча така демонстрація часто закінчується завершеним суїцидом внаслідок неврахування реальних обставин. Існує й поведінка, коли підлітки самоушкоджуються або калічаться, обмежуючись пошкодженням того чи іншого органу [27].

Наприклад, автоагресивна поведінка через самоушкодження (самопорізи бритвою в ділянці передпліччя) можуть бути віднесені як до числа справжніх суїцидальних спроб, якщо кінцевою метою була смерть від крововтрати, так і до розряду демонстративно-шантажних замахів, якщо метою було продемонструвати оточуючим намір померти. Крім того, це могло бути самоушкодження, якщо мета обмежувалася бажанням випробувати фізичний біль чи посилити стан наркотичного сп'яніння шляхом крововтрати. Врешті, це міг бути просто нещасний випадок.

Суїцидальна мотивація

Основні концепції, що пояснюють суїцидальну поведінку, можна умовно розділити на три групи: соціологічну, психопатологічну та соціально-психологічну.

У рамках *соціологічного підходу* декларується зв'язок між суїцидальною поведінкою і соціальними умовами. В основі подібних поглядів лежить вчення Е. Дюркгейма про «аномії» – порушення в ціннісно-нормативній системі товариств. Наприклад, колективний зв'язок, згуртованість суспільства затримують самогубства. Коли згуртованість суспільства слабшає, індивід відходить від соціального життя і ставить свої особисті цілі вище прагнення до загального блага, що може стати причиною рішення піти з життя [7; 49].

Психопатологічний підхід розглядає суїцид як прояв гострих або хронічних психічних розладів. Хоча поняття суїцидоманії так і не було віднесено до класифікації психічних хвороб. Тому багато дослідників відносять її до пограничної поведінки. Загалом, достовірний зв'язок між суїцидальною поведінкою і конкретними психічними розладами не

виявлено. Проте до суїциду можуть призвести депресії, зниження самооцінки; безпричинне відчуття самоосуду; надмірне й неадекватне відчуття провини; повторювані думки про смерть тощо.

Соціально-психологічні концепції пояснюють суїцидальну поведінку соціально-психологічними чи індивідуальними факторами. Перш за все, самогубства зв'язуються з втратою сенсу життя. В. Франкл вказував, що пов'язана з цим екзистенціальна тривога переживається як жах перед безнадією, відчуття порожнечі і безглуздості, страх провини й осуду [28; 29; 30; 31].

А от А. Г. Амбрумова і ряд інших дослідників розцінюють суїцидальну поведінку як наслідок соціально-психологічної дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту. І якщо найбільш стійкі з індивідів за рахунок пластичності і резервів зберігають загальний рівень адаптації, то інші характеризуються тимчасовим зниженням рівня, але без зламу основних напрямків адаптації. Проте може статися, що екстремальні навантаження поєднуються з індивідуальними проблемами (наприклад, неврозами), тоді ймовірність порушень значно зростає. У таких випадках соціально-психологічна дезадаптація тягне за собою якісну трансформацію пристосувального процесу, появу патологічних форм адаптації [23; 32].

Є й інші дослідження мотивації самогубств. Зокрема, психоаналітична традиція дозволяє наблизитися до розуміння глибинних механізмів суїцидальної поведінки – його несвідомих мотивів. Давно помічено, що декларовані мотиви поведінки часто не відповідають його дійсним причинам. Спочатку була прийнята гіпотеза К. Абрахама та З. Фрейда, що пояснює суїцидальну поведінку як результат звернення агресії проти власної особистості внаслідок втрати об'єкта. У роботі «Сум і меланхолія» З. Фрейд розкриває динаміку самогубства через агресію до тієї частини Я, яка інтроецирує втрачений об'єкт. Таким чином, «Я» розправляється з «поганими» внутрішніми об'єктами. У більш пізніх роботах З. Фрейда самогубство розглядається як прояв вродженого потягу до смерті. Суїцидальна поведінка має місце в тому випадку, якщо саморуйнівні імпульси значно переважають над імпульсами до самозбереження [33; 34].

Оскільки крім потягу до смерті є ще потяг до життя (що складається з сексуального потягу і потягу до самозбереження), суїцидальна дія поряд з деструктивними містить також і конструктивні мотиви. Такими можуть бути: заклик про допомогу, пошук контакту, втеча від небезпеки,

бажання паузи або відходу. Таким чином, в кожній суїцидальній дії одночасно виявляються потяг до смерті і потяг до життя.

Існує й вже згадана нами соціологічна теорія самогубства, запропонована Дюркгеймом, що розглядає самогубство як результат розриву інтерперсональних зв'язків особистості, відчуження особи від тієї соціальної групи, до якої воно належить [49].

До речі, останнім часом з'являються дослідження, які доводять, що нині суїцид дедалі частіше провокується всесвітньою мережею інтернет, от як гра «сині кити», яка декілька років тому забрала в Україні життя деяких підлітків та молодих людей. У свою чергу науковці Оксфорда дослідили, що для схильних до депресії людей інтернет стає провокатором до самогубства. Для цього дослідники проаналізували 16 статей, в яких аналізувався як позитивний, так і негативний бік перебування молодих людей у мережі. В дев'яти з них саме Інтернет був визнаний однією з причин збільшення числа самогубств серед молоді останнім часом. У США для 59% тих, хто здійснив спробу самогубства, саме опубліковані у мережі матеріали суїцидального спрямування стали поштовхом до дії. А у Новій Зеландії близько 80% молодих людей нанесли собі порізи та інші травми після прочитання статей на цю тему або тематичного спілкування у соціальній мережі [1; 2; 3; 46; 47].

Втім, у семи дослідженнях було визнано, що специфічні форуми, присвячені суїциду, здатні запобігати самогубствам, адже ті, хто колись мав таку спробу, намагаються відмовити від цього і своїх віртуальних друзів.

Суїцидальна поведінка молоді. Психологічні особливості юнацтва.

Згідно зі статистикою, самогубства найбільш характерні для кризових періодів життя людини, особливо у молодому (первинному сепараційному) віці, в кризі середини життя (вторинному сепараційному віці) та передпенсійному віці (третинному сепараційному віці). Згідно проведених нами досліджень та спостережень ці процеси відбуваються у так звані сепараційні періоди, які фіксуються віком народження, пубертатну (соціальне народження, через вмирання внутрішньої дитини та народження внутрішнього дорослого), кризи середини життя (нове соціальне переродження, часто пов'язане із втратою батьків через їхню хворобу та смерть, а також нове наступне народження на рівні нової соціальної та індивідуальної ментальності та ролі), та на схилі літ, коли відбувається

наступне «народження» мудреця, який нарцисично не витримує зміни поколінь та власної панівної активної соціальної ролі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щодня більше 10 000 молодих людей намагаються вчинити суїцид. Самогубство є другою за частотою причиною смерті в молодості, а якщо врахувати самогубство, замасковані під інші види насильницької смерті, то, можливо, і першою [1].

Загалом, протягом юнацького віку (від 15 до до 20 років) особистість досягає високого рівня інтелектуального розвитку, збагачує ментальний досвід, уперше масштабно роздивляється свій внутрішній світ, свою індивідуальність, формує цілісний «Я-образ», самовизначається у життєвих і професійних планах, що свідчить про перехід її до етапу дорослості [41; 42; 43].

Юнацький вік, який триває у дівчат з 13 до 19, а у хлопців з 14 до 22 років, – насамперед, стадія духовного розвитку, хоча він і пов'язаний з комплексом психофізіологічних процесів. Головні новоутворення цього віку, як зазначили Е. Шпрангер, І. Кон, Е. Еріксон, Л. Виготський – відкриття «Я», розвиток рефлексії, усвідомлення власної індивідуальності і її властивостей; відбувається поява життєвого плану, настанови на свідому побудову власного життя. Процес цей відбувається зсередини до назовні: від відкриття «Я» до практичного включення в різні види життєдіяльності [35; 36; 37; 38; 43].

Е. Шпрангер ділить юність на дві фази. Головна проблема 14-17-ти літніх – криза, пов'язана з прагненням до звільнення від дитячих відносин залежності. А у 17-21-ти річних на перший план виступає «криза відірваності», почуття самотності тощо [35].

Теорія Е. Шпрангера була конкретизована і розвинена Ш. Бюлер, що приділила особливу увагу розмежуванню біологічного і культурного дозрівання, які не збігаються ні за термінами, ні за змістом. Пов'язуючи біологічне і культурне дозрівання з особливостями протікання психічних процесів, Ш. Бюлер виділяє дві фази перехідного віку: негативну і позитивну [35].

Негативна фаза починається ще в допубертатному періоді. Її характерні риси – занепокоєння, тривога, дратівливість, диспропорція у фізичному і психічному розвитку, агресивність. Це період метань, суперечливих почуттів, абстрактного бунту, меланхолії, зниження працездатності. У дівчаток пік негативності зазвичай закінчується з початком менструацій, в середньому негативна фаза розвитку припадає у них на 11-13 років. У хлопчиків межа вікових коливань набагато більша і негативна фаза зазвичай припадає на 14-16 років.

Позитивна фаза настає поступово і виражається в тому, що підліток починає відчувати близькість з природою, по-новому сприймати мистецтво, у нього з'являється новий світ цінностей, потреба в інтимній людській близькості, він переживає почуття любові, мрії, зазначав І. С. Кон [37].

Е. Еріксон також по-своєму бачив період юності. Його психосоціальний розвиток розділяє життя людини на вісім фаз, кожна з яких має свої специфічні задачі та може мати або благодійну, або неблагодійну дію для майбутнього розвитку. Зокрема, юність є п'ятою фазою розвитку, яка характеризується появою почуття своєї неповторності, індивідуальності, несхожості на інших. В негативному ж варіанті виникає дифузне, розпливчате «Я», рольова і особистісна невизначеність [38].

Типова риса цієї фази розвитку – «рольовий мораторій» (від лат. *moratorium* – відстрочка): діапазон виконуваних ролей розширюється, але юнак не засвоює ці ролі всерйоз і остаточно, а ніби пробує, приміряє їх до себе [38]. Е. детально аналізує механізми формування самосвідомості, нове почуття часу, психосексуальні інтереси, а також патогенні процеси і варіанти розвитку юності. Цей період, за Е. Еріксоном, є фазою конфлікту ідентичності проти зміщення ролей. «Усі тотожності та безперервності, на які Его спиралося досі, підлягають сумнівам внаслідок інтенсивності фізичного росту та загостренню статевого дозрівання, – пише Е. Еріксон. – Інтеграція, тепер вже у формі егоцентричності, є дещо більшою, ніж сума дитячих ідентифікацій. Це накопичений досвід здатності Его інтегрувати всі ідентифікації з повнірванням лібідо, із здібностями, що розвинулися із задатків, і з можливостями, які пропонують соціальні ролі».

Небезпека цієї стадії – у зміщенні ролей. Там, де в основі лежить сильний попередній сумнів власної статевої ідентичності, не рідкісні деліквентні та психотичні епізоди. Як правило, життя молодих людей порушує нездатність встановити професійну ідентичність. Щоб вберегти себе від розпаду, вони надідентифікуються (до зовнішньої повної втрати ідентичності) з героями книг та компаній [38].

Загалом, для юнацького періоду життя людини характерні певні особливості психологічного розвитку. У людини в цей час виникає потреба самовизначення та самоототожнювання, джерелом чого є самопізнання. За визначенням Е. Еріксона, формування адекватної особистої ідентичності є головним завданням цього періоду. Власне самовизначення є центральним психологічним новоутворенням юнацтва. Самовизначення – це

потреба зайняти внутрішню позицію дорослої людини, усвідомити своє місце в суспільстві, зрозуміти себе і свої можливості. Нерідко на позначення цього феномена використовують поняття «ідентичність» – усвідомлена індивідом самототожність.

Ідентичність забезпечує неперервність минулого, теперішнього і майбутнього індивіда. Вона утворює одну систему координат для організованих та інтегрованих форм поведінки у різних сферах життя людини, допомагаючи людині визначити своє місце у суспільстві. Крім того, особистісна ідентичність забезпечує основу для соціальних порівнянь – тобто, порівнянь себе з ровесниками, дорослими, своїм ідеалом, а також із собою в минулому, актуальному теперішньому, потенційному близькому і віддаленому майбутньому. Внутрішнє чуття ідентичності (Его-ідентичності) допомагає визначити напрям, цілі і зміст майбутнього життя молодшої людини. Формування ідентичності є тривалим і складним процесом. Воно залежить від прийняття індивідом власних рішень (криза ідентичності), а також від взяття на себе зобов'язань щодо здійсненого вибору, системи цінностей чи майбутньої професійної діяльності [38].

Людина активно ставиться до себе та навколишньої дійсності – молоді люди оволодівають нормами поведінки, моральними принципами, виробляють уміння спостерігати та осмислювати явища навколишнього життя, розуміти себе. В цей час вони готові до прийняття рішень, самостійних і відповідальних дій у нових ситуаціях.

Крім самовизначення, важливими новоутвореннями раннього юнацького віку є відкриття внутрішнього «Я» (Католик Г. В., 2013, 2020 р.), формування цілісної «концепції Я», світогляду. А головним завданням цього періоду є досягнення самоідентичності. Складовими «Я-концепції» в цьому віці є самоповага, усвідомлення власної унікальності і неповторності (тобто, не таким, як інші), пошук сенсу життя, формування цілісного уявлення про себе [39]. Цей вияв самосвідомості полягає в тому, що молода людина починає сприймати свої переживання та емоції не як відображення зовнішніх подій, а як стан свого внутрішнього «Я»; усвідомлює свою неподібність до інших. Відкриття свого внутрішнього світу збуджує радість, хвилювання і водночас супроводжується тривогою. Саме в цей час формуються власні переконання та моральні цінності, що залежить від культурного контексту. Ось чому дуже важливим є соціальне оточення, в якому перебуває молода людина.

В цьому віці ровесники ще продовжують відігравати важливу роль для молодшої людини. І хоча коло спілкування розширюється, визнача-

ється певна вибірковість особистих контактів та уподобань – на відміну від підліткового віку. Змінюється і вплив референтних осіб на молоду людину – для хлопців вона зменшується, для дівчат, навпаки, збільшується.

Проте, у період юнацтва зростає тривожність та депресивність, причому є два піки – у 16 та 19 років. Тривоги пов'язані з вибором життєвого шляху. Скажімо, психологічним центром ситуації розвитку старшокласників стає вибір професії, внаслідок чого у них формується своєрідна внутрішня позиція, яка зумовлена орієнтованістю у майбутнє, сприйняттям теперішнього крізь призму цієї основної спрямованості особистості. Тобто, юнаки починають узгоджувати у своєму баченні майбутнього близьку і віддалену перспективи, нерідко переживаючи при цьому кризу ідентичності (це особливий момент розвитку, коли однаково динамічно наростає вразливість і розвивається потенціал особистості). В цьому віці відбувається морально-особистісний вибір (яким бути?), екзистенційний (у чому сенс життя?), професійним (ким бути?), причому вони взаємопов'язані та розвиваються одночасно [41; 43].

На цьому віковому етапі відбувається формування механізму цілєтворення, основними проявами якого є наявність у людини певного задуму, плану життя, життєвої мети, загального досвіду свого буття. Цей механізм пов'язаний із прагненням і здатністю здійснювати самопроекцію на майбутнє.

Вкрай важливим явищем цього періоду є соціалізація. Це час для оволодіння системою знань, норм і навичок, завдяки яким індивід може створювати матеріальні та духовні цінності, виконувати суспільні функції і нести соціальну відповідальність. На соціалізацію юнаків і дівчат впливають умови та перебіг психічного й особистісного розвитку. Залежно від їхніх індивідуально-психологічних особливостей, виокремлюють такі типи соціалізації:

- соціалізація, яка супроводжується серйозними проблемами в поведінці, конфліктними ситуаціями, труднощами у засвоєнні соціальних ролей тощо;
- плавна соціалізація (за такого її перебігу особистість включається в доросле життя порівняно легко, не завдаючи клопоту батькам і педагогам);
- соціалізація, яка характеризується швидкими, стрибкоподібними змінами, що ефективно контролюються особистістю (таким юнакам і дівчатам властивий високий рівень самоконтролю, самодисципліни).

Соціальна позиція юнаків і дівчат зорієнтована на здобуття статусу самостійної дорослої людини. У зв'язку з цим молодь виявляє підвищений інтерес до способу життя дорослих, що сприяє їх життєвому і професійному самовизначенню. Розширюється коло їх дружнього спілкування з однолітками за одночасного підвищення, порівняно з підлітками, вибіркової особистісних контактів і уподобань.

Проте юнацьке «Я» ще нецілісне, невизначене, його усвідомлення нерідко супроводжується тривогою або відчуттям внутрішньої порожнечі, яку необхідно чимось заповнити. У зв'язку з цим посилюється потреба у спілкуванні, та водночас юнак усе частіше відчуває бажання усамітнитися.

При цьому життєва перспектива для більшості юнаків є оптимістичною, бо вони впевнені, що очікувані події відбудуться у визначений термін. Часом дівчата і хлопці можуть переживати перехід від минулого до теперішнього як зміну на гірше, особистісний регрес. Минуле вони сприймають як період, у якому залишилося все краще, що відповідає головним цінностям особистості. Для періоду юності характерне й тяжіння до майбутнього. Тобто, молода людина в актуальному теперішньому часі не задоволена собою, сподівається стати іншою, кращою [41; 42; 46].

Власне, на цей період припадає й мала психологічна криза, яка припадає на вік 16-17 років. Як правило, це співпадає із закінченням школи та початком нового, «дорослого» життя. Дехто може досить важко переживати цю кризу – відчуває страх перед новим життям, перед невдачами, тривогу, відповідальність за зроблений вибір. Висока тривожність може привести до виникнення невротичних психосоматичних реакцій (загостренню гастриту, нейродерміту, головних болів, тиску тощо). До того ж, нова життєва ситуація вимагає адаптації. Найкраще справляються з цим молоді люди, які впевнені у собі, мають підтримку рідних, відчувають себе компетентними на тому шляху, який обрали. Проте нерідко цей процес супроводжується і дезадаптацією, а тоді різка зміна способу життя, включення в нові види діяльності, спілкування з іншими людьми викликають значну психологічну напруженість [42].

Узагальнюючи, можна сказати, що юнацький вік – це перш за все стадія пошуку себе, самовизначення себе, досягнення індивідуальної та соціальної самоідентичності. Проте для багатьох у наш час це є нелегким випробуванням.

Віковий характер суїцидів. Особливості суїцидальної поведінки у юнацькому віці.

Більшість дослідників відзначає, що суїцидальна поведінка у дітей до 13 років – рідкісне явище, і тільки з 14-15-ти річного віку суїцидальна активність різко зростає, досягаючи максимуму до 16-19-ти років. За даними дослідження А. Амбрумової, з 770-ти дітей і підлітків з суїцидальною поведінкою, наймолодшими були семирічні діти. Більшість склали дівчата (80,8%). Найбільш частими способами у дівчаток були отруєння, у хлопчиків – порізи вен і повішення [32].

Дослідники виділяють два піки суїцидів – один з них припадає на вік 16-23 років, інший – на вік 45-50 (Рис. 13).

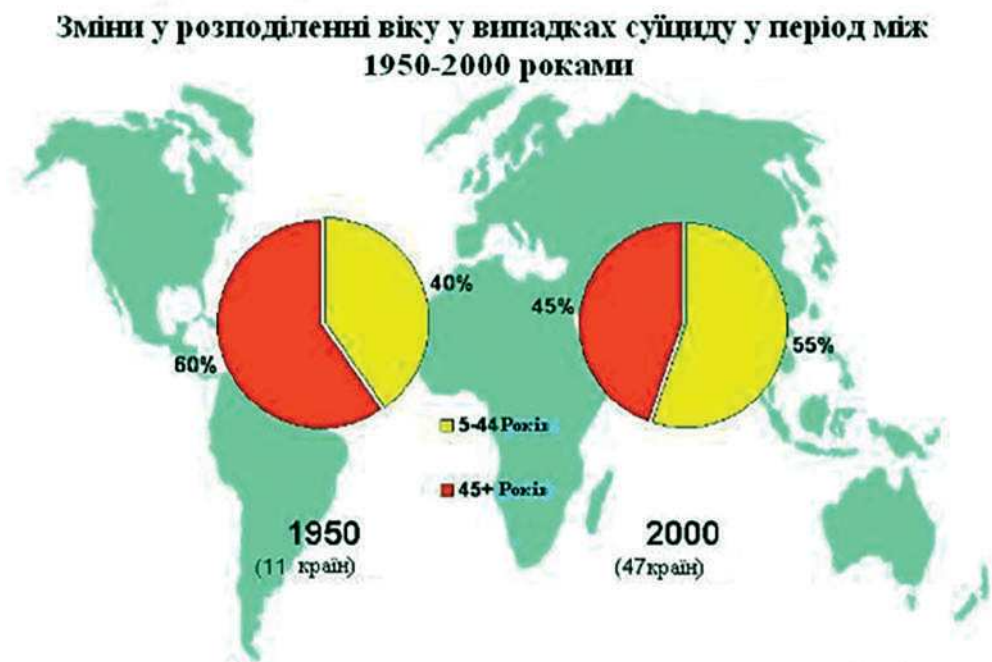


Рис. 13. Зміни у розподілі віку суїцидів за останні 50 років XX століття.

Більшість авторів (Й. Біннебезель, Г. Католик, А. Стульківська, 2020 р.) вважають, що психологічна концепція смерті у дитини наближається до адекватної лише до 11-14 років, після чого дитина може по-справжньому усвідомлювати реальність і незворотність смерті. Маленька дитина швидше фантазує з приводу смерті, погано розуміючи відмінності між живими і померлим. І тільки ближче до підліткового віку смерть починає сприйматися як реальне явище, хоч і заперечується, здається малоймовірною для себе [40].

А. Личко зазначав, що серед підлітків спроби самогубства трапляються значно частіше, ніж у дітей, причому лише деякі з них досягають своєї мети. Частота закінчених суїцидів підлітків не перевищує 1% від усіх суїцидальних дій. Суїцидальна поведінка в цьому віці частіше має демонстративний характер, в тому числі – шантажу. А. Личко зазначає, що лише у 10% підлітків є справжнє бажання покінчити з собою (замах на самогубство), у 90% – це крик про допомогу [41; 42].

Б. Алмазов, обстеживши групу підлітків та молодих людей віком 14-18 років, які умисно завдали собі порізи, встановив, що тільки 4% з них у момент самопорізу мали думки суїцидального змісту. Більшість же ексцесів були вчинені після сварки з однолітками, а також як бравада або обряд «братання». А. Личко та А. Александров, провівши обстеження групи підлітків та молодих людей у віці 14-18 років, прийшли до висновку, що у 49% суїцидальні дії були здійснені на тлі гострої афективної реакції (Б. Алмазов А. Личко та А. Александров). У цьому віці також дещо зростає роль психічних розладів, наприклад депресії. До «дитячих» ознак депресії приєднуються почуття нудьги і втоми, фіксація уваги на дрібницях, схильність до бунту і непослуху, зловживання алкоголем і наркотиками [41; 42].

А. Личко відзначає зв'язок між типом акцентуації характеру молодшої людини та суїцидальною поведінкою. Так, суїцидальні демонстрації в 50% випадків поєднуються з істероїдним та гіпертимними типами, а замах – з сенситивним (63%) і циклоїдним (25%) типами. А. Личко відзначає надзвичайно низьку суїцидальну активність шизоїдів. В. Кондрашенко, навпаки, наводить дані на користь шизоїдного, психостенічного, сенситивного, збудливого і епілептоїдного типів. Автори сходяться на думці, що практично не схильні до замахів і суїцидів астенічний, гіпертимний, нестійкий типи [44; 48]. А. Личко вважає, що суїцидальна поведінка у підлітків та юнаків – це в основному проблема «межової психіатрії», тобто галузі вивчення психопатій і непсихотичних реактивних станів на тлі акцентуації характеру. За спостереженням автора, лише 5% суїцидів та спроб припадає на психози, в той час як на психопатії – 20-30%, а всі інші на так звані підліткові кризи [41; 42; 45].

Наприклад, у суїцидальних спробах юнаків можна виділити наступні спонування. Це може бути сигнал дистресу: «Зауважте мене, я дуже потребую вашої допомоги». Також молода людина може намагатися маніпулювати іншими, наприклад дівчинка приймає велику дозу пігулок, щоб змусити свого друга повернутися до неї. Інший варіант – прагнен-

ня покарати інших, можливо, сказати батькам: «Ви пошкодуєте, коли я помру». Реакція на почуття надсильного сорому чи провини, прагнення уникнути зіткнення з надзвичайно хворобливою ситуацією, дію ЛСД та інших наркотиків – все це приклади мотивуючих факторів.

У цілому можна говорити про значний вплив на суїцидальну поведінку міжособистісних відносин з однолітками і батьками. На думку ряду вчених, в препідлітковому віці у фокусі уваги є «сімейні» стосунки з усім їх різноманіттям, а при входженні у пубертат на перший план виходять любовні стосунки, яскравою частиною яких є сексуальні [46].

Іншим надзвичайно важливим фактором, на жаль, відносно мало вивченим, виступає вплив підліткової субкультури. Так, у відповідь на повідомлення в ЗМІ в 1999 р. про самогубство Ігоря Соріна, лідера молодіжної поп-групи «Іванушки Інтернешнл», кілька дівчаток-підлітків пішли за прикладом свого кумира. Або пригадати істерію з приводу смерті кумира молоді 90-х Віктора Цоя. Тоді багато молодих людей скоювали самогубства, щоб опинитися разом з ним. Крім того, є багато випадків, коли юнаки скоюють суїцид «за компанію» – разом стрибають з даху, ріжуть вени тощо.

А буквально кілька років тому Україною прокотилася хвиля самогубств «за компанію», коли молоді люди, взявшись за руки, разом стрибали з даху або позбавляли себе життя іншим способом. При цьому, вивчивши їх сторінки у соціальних мережах, можна було явно побачити кожен крок, що призвів їх до суїциду. Теж сааме стосувалось і тенденції «синіх китів», коли у соцмережах покроково описувались схеми підліткового суїциду.

У молодому віці суїцидальну поведінку нерідко пов'язують з інтимно-особистісними стосунками, наприклад нещасним коханням. Крім того, молоді люди схильні до депресії, що у ряді наукової літератури відноситься до типу вікової норми.. Однак глибина і ступінь депресії часто є показником серйозності суїцидальної загрози.

Як вважають В. Чудновський, Г. Католик максимум суїцидальних спроб припадає на вік 16-24-ти роки; більшою мірою це пов'язано з соціальною незахищеністю молоді, кризою пубертату та спробами ініціацій [42; 43; 50]. Також сьогодні на суїцидальну поведінку впливає синдром емоційного вигорання через декомпенсаторні напруження, пов'язані з надмірними когнітивними навантаженнями та фантазіями про домагання «успіху» й нестачею відповідної лібідозної енергії та викривленого образу «Я» [47]. Це вік юності, який є завершальним етапом дозрівання і формування особистості людини, період самовизначення. Однак становлення

особистості в юності включає в себе становлення щодо сталого адекватного образу «Я», тобто цілісного уявлення про самого себе [41; 43].

На думку автора, найважливішою психологічною особливістю юнаків є надмірна емоційність, дистрофічний відтінок настрою, непосидючість і занепокоєння, відсутність концентрації уваги з її фіксацією на дрібницях, конфліктність у взаєминах, схильність до бунту і непослуху, погана успішність і прогули в школі, зловживання психоактивними речовинами. У своїх очікуваннях, пов'язаних з майбутньою професійною діяльністю і сім'єю, юнаки та дівчата досить реалістичні. Але у сфері освіти, соціального просування і матеріального благополуччя їх домагання часто завищені, як наслідок можуть з'явитися думки про свою особистісну неспроможність і байдужість оточуючих, що може призвести до суїцидальної поведінки [43].

За спостереженнями Д. Оудсхоорна, у молодих людей суїцидальна спроба зазвичай є закликом про допомогу, при цьому біологічний оптимізм заважає їм з усією серйозністю ставитися до смерті. В основі юнацької депресії часто лежить невміння будувати відносини з однолітками, невпевненість у своїй привабливості для протилежної статі, зайва залежність від сім'ї [48].

С. Степанов відзначає, що більшість дівчат юнацького віку наважується на суїцид через непривабливу зовнішність, розвиток комплексу неповноцінності. Поряд з цими факторами, чоловіки є однією з найголовніших і частих причин самогубств дівчат – світогляд дівчини багато в чому визначається тим, як до неї ставляться чоловіки з ближнього і далекого оточення. Безумовно, в багатьох випадках суїцидальні спроби мають на меті не стільки відхід у інший світ, скільки демонстрацію з різними яскравими зовнішніми ефектами [50].

Що стосується юнаків, то існує пряма залежність між суїцидом і втраченою соціальною статусу молодого людини. Так, великий відсоток самогубців серед молодих солдатів, демобілізованих офіцерів, молодих пенсіонерів, гомосексуалістів і засуджених. Багато самогубців-чоловіків серед творчих професій, особливо музикантів і художників, а також фінансистів.

При розмовах з представниками правоохоронних органів дізнаємось, що серед суїцидів, скоєних чоловіками превалює ситуація через підвищення. На другому місці – навмисні ДТП і інсценування нещасних випадків. Рідко чоловіки-самогубці надають перевагу отруєнню. Зустрічаються також самостріли: від 10% в Австралії до 53.7% в США. В армії 50 відсотків.

Підсумовуючи дані, отримані різними авторами, можна уявити якийсь узагальнений психологічний портрет суїцидента. Для нього характерна як занижена самооцінка, так і висока потреба в самореалізації. Це сенситивний, емпатичний тип людини зі зниженою здатністю переносити біль. Її відрізняють висока тривожність і песимізм, тенденція до самозвинувачення і схильність до звуженого (дихотомічного) мислення, клінічна депресія, або екзистенційна пастка. Також відзначаються труднощі волевого зусилля і тенденція відходу від вирішення проблем.

Як уже зазначалось, особливо високий показник соціальних настанов до суїцидальної поведінки спостерігається у дівчат і юнаків, що відносяться до групи ризику – проживають у неповних сім'ях. Крім того, спостерігається середня тенденція до суїцидальної поведінки у дівчат і юнаків, які періодично вживають алкоголь, мають хоча б єдиний досвід вживання наркотичних речовин.

З огляду на вищеописані чинники суїцидальної поведінки серед підлітків та молоді доречно продемонструвати модель формування концепції Я Г. Католик, у якій чітко зображено місце настанов у структурі особистості і формування її у горизонтальній та вертикальній площині досвіду (Рис.14) [39].

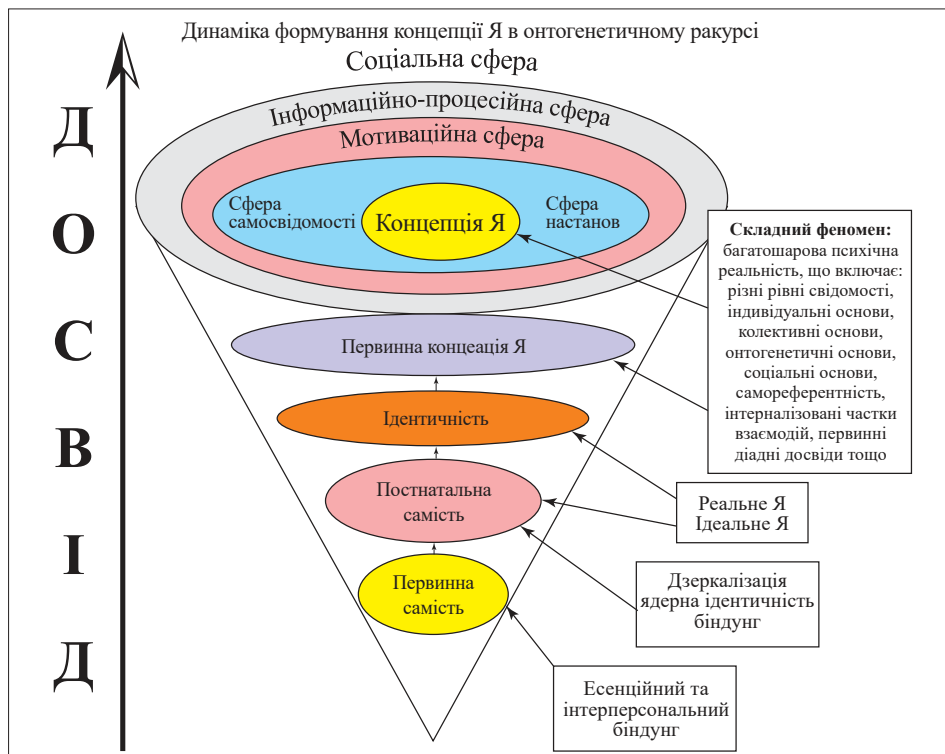


Рис.14. Простір і час у формуванні концепції Я (модель Г. Католик)

Висновки

Отже, під час визначення впливу соціальних настанов до суїцидальної поведінки молоді з'ясовано, що настанова є цілісним динамічним станом суб'єкта, станом готовності до певної активності, що обумовлюється двома факторами: потребою суб'єкта і відповідною об'єктивною ситуацією.

Соціальна настанова, що формується на підставі попереднього соціально-психологічного досвіду, розгортається на усвідомленому і неусвідомленому рівні та здійснює регулятивні (спрямовує поведінку або управляє нею) функції стосовно поведінки індивіда.

Соціальні настанови діють на нас більше, ніж ми вважаємо. Часто лише вони пояснюють, чому ми діємо так чи інакше в тій чи іншій ситуації. Причому соціальна настанова може мати таку силу, яка викликає стійку готовність до певних дій – зокрема, до суїцидальних.

У цьому випадку соціальна настанова виконує як пристосувальну функцію (адже часто, особливо у підлітковому колективі, спроба суїциду або здійснене самогубство є частиною субкультури, до якої треба бути причетним навіть такою ціною), так і саморегуляції, коли молода людина намагається звільнитися від внутрішньої напруги.

Крім того, суїцид може бути наслідком соціально-психологічної дезадаптації особистості, що також залежить від соціальних настанов. Також суїцидальна поведінка часто є наслідком дезадаптації особистості в умовах мікросоціального конфлікту. І якщо найбільш стійкі з індивідів за рахунок пластичності і резервів зберігають загальний рівень адаптації, то інші характеризуються тимчасовим зниженням рівня, але без зламу основних напрямків адаптації. Проте може статися, що екстремальні навантаження поєднуються з індивідуальними проблемами (наприклад, неврозами), тоді ймовірність порушень значно зростає. У таких випадках соціально-психологічна дезадаптація тягне за собою якісну трансформацію пристосувального процесу, появу патологічних форм адаптації, таких як суїцид.

У будь-якому випадку, вплив соціальної настанови на людину присутній. Причому задіюються саме ті компоненти, які можуть штовхнути на необдуманий крок – афективний та поведінковий. Проте не слід вважати соціальну настанову головним провокатором суїциду. Адже наші настанови керують нашою поведінкою, якщо ми замислюємося над ними. Спонукаючи людей концентрувати увагу на внутрішніх переконаннях є можливим за допомогою навчання усвідомлювати свої дії. Наприклад, якщо це стосуватиметься суїцидальної поведінки, усвідомлення наслід-

ків може пересилити саму настанову. Адже соціальні настанови – лише переживання людиною особистого ставлення до чого-небудь, що спонукає до певних дій. Часто вона пояснює, чому в певних ситуаціях люди поведуться тим чи іншим чином, з якої причини вони вибирають конкретний мотив своєї поведінки.

До того ж, залежить, як і де здобута соціальна настанова. Якщо вона є результатом досвіду, вірогідність того, що вона збережеться надовго та скеровуватиме поведінку, зростає. Натомість, пасивні настанови (якими, на мою думку, можна вважати настанови до суїцидів) є найменш осмисленими та стабільними. Тому їх можна і треба змінювати.

Нормативним чинником, який регулює дію аттитюдів на реальну поведінку, він вважав вплив соціального оточення.

Подальші дослідження виявили зв'язок між настановами і тенденціями в поведінці людини. На поведінку впливає багато чинників: погода, самопочуття, взаємини з близькими людьми на конкретний момент та ін. Було з'ясовано, що формування та зміна соціальних настанов може відбуватися у процесі реальної поведінки, а цілеспрямований вплив на поведінку людини зумовлює зміну її соціальних настанов. Отже, попри певні суперечності в поглядах, настанова зберігає в соціальній психології статус важливого поняття, адже вона задає певні механізми соціальної поведінки особистості.

Крім того, настанови можуть прогнозувати поведінку, якщо інші впливи мінімізовані. Тобто, у контексті нашого дослідження, можна сказати, що інший вплив може бути набагато сильнішим – скажімо, вплив батьків чи позитивно налаштованих однолітків – для того, або перемогти настанову до суїцидальної поведінки у певній соціальній групі. Крім того, настанови можуть змінюватися завдяки членству у новій групі, а тому в окремих випадках є сенс змінити школу чи переїхати в інше місто, аби змінити соціальне оточення молоді людини, яке може схилити її до самогубства.

Суїцидальна поведінка має складний комплексний характер: може проявлятися у різних формах (внутрішній і зовнішній). Крім того, суїцид може бути істинним, демонстративним та прихованим. Суїцидальна поведінка у підлітків найчастіше буває демонстративною та афектною.

Під суїцидальною поведінкою розуміється така форма активності людини, де прагненням позбавити себе життя вбачається способом вирішення особистісної кризи. На тлі гострого емоційного стану ця криза

досягає такої інтенсивності, що людина не може знайти правильного виходу зі сформованої ситуації.

Загалом, зовнішні та внутрішні умови сприяють виникненню суїцидальної поведінки, але не визначають його. Дійсними причинами, що «запускають» суїцид, є внутрішні мотиви. Причому часто це є проявом дезадаптації підлітка або молодшої людини, особливо в умовах пережитого конфлікту, що призводить до розриву інтерперсональних зв'язків особистості, відчуження особи від тієї соціальної групи, до якої він належить.

Для кожного віку характерні різні причини виникнення суїцидів. Проте часто суїцидальна мотивація має форму емоційного відгуку на кризову ситуацію. Типовими подіями є втрата близької людини, розлучення або розлука. Втрата роботи або здоров'я, загроза кримінального покарання або викриття також сприяють виникненню суїцидальної поведінки. Щодо суїцидальної поведінки у молоді, то часто причинами є конфлікт.

Спроби самогубств часто пов'язані з приниженням, яке переживає підліток, наприклад, невдача в школі, міжособистісний конфлікт, нерозділене кохання. Для молодшої людини, схильної до суїциду, характерна як занижена самооцінка, так і висока потреба в самореалізації. Як правило, це істероїдний, сенситивний, циклоїдний та гіпертимний тип людини, яку відрізняють висока тривожність і песимізм, тенденція до самозвинувачення і схильність до навіювання. Також відзначаються труднощі вольового зусилля і тенденція відходу від вирішення проблем.

Згідно із статистикою, самогубства найбільш характерні для кризових (сепараційних) періодів життя людини, особливо у молодому та передпенсійному віці. Зокрема, у період юності молода людина шукає самовизначення себе у світі, усвідомлює власну унікальність, шукає сенс життя, обирає шляхи, якими йтиме, починає відповідати на свої вчинки та рішення. А головним завданням цього періоду є досягнення самоідентичності. Саме в цей час формуються власні переконання, що залежать від культурного контексту. Ось чому дуже важливим є соціальне оточення, в якому перебуває молода людина.

Проте саме на цей період припадає мала психологічна криза, яка проявляється у тому, що зростає тривожність та депресивність, з'являється страх перед новим життям, перед невдачами, тривога, відповідальність за зроблений вибір. Нерідко це супроводжується дезадаптацією, а тому може призвести до виникнення невротичних реакцій. Тобто, юнацький вік є достатньо кризовим щодо розвитку суїцидальних думок та пове-

дітки (через імпліцитну та інтроєктну смерть дитини та народження дорослого). Саме тому суїцидальну поведінку у підлітків та юнаків відносять до проблем межової психіатрії, тобто галузі вивчення психопатій і непсихотичних реактивних станів на тлі акцентуації характеру. Зокрема, за даними ВООЗ, лише 5% суїцидів та спроб припадає на психози, в той час як на психопатії – 20-30%.

Суїцидальна поведінка може бути як сигналом масивного дистресу, так і маніпулюванням. Та в будь-якому випадку, це дуже серйозний сигнал, тому не можна залишати без уваги слова чи натяки молодого людини про намір суїциду.

Адже психологічною особливістю підлітків та юнаків є надмірна емоційність, дистрофічний відтінок настрою, непосидючість і занепокоєння, неуважність та фіксації на дрібницях, конфліктність у взаєминах, схильність до бунту і непослух, погана успішність і прогули в школі, зловживання психоактивними речовинами. У своїх очікуваннях, пов'язаних з майбутньою професійною діяльністю і сім'єю, юнаки та дівчата вимагають підтримки, проте часто думки про свою особистісну неспроможність і байдужість оточуючих, можуть призвести до суїцидальної поведінки.

Особливо високий показник соціальних настанов до суїцидальної поведінки спостерігається у дівчат і юнаків, що відносяться до групи ризику – проживають у неповних сім'ях. Крім того, спостерігається середня тенденція до суїцидальної поведінки у дівчат і юнаків, які періодично вживають алкоголь, мають хоча б єдиний досвід вживання наркотичних речовин.

До речі, за статистикою, ймовірність виникнення суїцидальної поведінки зростає у вечірній, нічний і ранковий час, коли люди надані самим собі та залишаються наодинці з самими собою. А період першого піку суїцидів припадає саме на вік 17-24 років.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНИХ НАСТАНОВ МОЛОДІ ДО СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ

Загальна характеристика групи досліджуваних та опис використаних методик

З метою визначення соціальних настанов молоді до суїцидальної поведінки було проведено опитування за допомогою анкети та п'яти методик. Всього було опитано 40 осіб віком від 15 до 20 років.

На першому етапі дослідження використовувалась методика анкетування – анкета складається з 11 питань, які розділені за наступними критеріями:

- Склад сім'ї – (неповна сім'я може бути одним з критеріїв віднесення юнаків до групи ризику).
- Відношення до навчання (одним з критеріїв певної схильності до суїцидальної поведінки юнаків і дівчат є систематичні пропуски занять без поважної причини).
- Наявність шкідливих звичок (схильність підлітка до вживання спиртних напоїв, тютюну та наркотичних речовин є одним з основних факторів девіантної поведінки, яке веде до можливості суїциду).
- Інтимні стосунки.
- Конфліктність (частота конфліктів підлітка з батьками, друзями та вчителями, ми можемо говорити про девіації).
- Відповідь у вільній формі – що треба спробувати у житті і чому.

Крім того, було застосовано **методику «Незакінчені речення»**, яка складається з 16 незакінчених речень, коли досліджуваний має продовжити його своїми словами. Цей метод ґрунтується на відчуттях та дає можливість сформулювати власне свою думку. Методика незакінчених речень – це проєктивна методика, що належить до методик доповнення (адитивним методикам). За допомогою цієї методики можна виявити відношення досліджуваного до проблеми життя та смерті, ставлення до друзів, батьків, навчання, шлюбу, самогубства тощо.

Також було використано **опитувальник суїцидального ризику (ОСР)**. Це доступний і економічний інструмент експрес-діагностики суїцидального ризику. Його мета – своєчасно виявити рівень сформованості суїцидальних намірів з метою попередження серйозних спроб самогубства. І хоча існує методика ММРІ з 566 пунктів, що включає в себе в якості однієї з додаткових шкал шкалу суїцидального ризику, саме невеликий

опитувальник іноді може надати більш повну інформацію – у певних ситуаціях досліджуваний може бути настільки депресивний, психічно виснажений та апатійний, що пред’явлення громіздкої методики з масою питань може спотворити реальну картину. У порівнянні з іншими одношкальними методиками, в ОСР має місце спроба якісної кваліфікації симптоматики – виявлення індивідуального стилю і змісту суїцидальних намірів даної людини.

Далі було використано методику **оцінки рівня реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера**. Виявлення тривожності як властивості особистості особливо важливе, оскільки саме ця властивість багато в чому обумовлює поведінку людини. У кожної людини існує свій оптимальний рівень тривожності – так звана корисна тривожність. Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, яка відображає схильність суб’єкта до тривоги і передбачає наявність у нього сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозливих. А реактивна тривожність характеризується суб’єктивно пережитими емоціями – напругою, занепокоєнням, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

Ще одна методика, використана у дослідженні, – **методика диференційної діагностики депресивного стану В. Жмурова**. Мета – виявити наявність чи відсутність депресивного стану (головним чином тужливої чи меланхолічної депресії) та встановити рівень депресивного стану. Відповідно, це дає можливість виявити депресію у таких проявах, як відсутня, незначна, легка, помірна, виражена чи глибока та відповідні їй стани (апатія, гіпотимія, дисфорія, розгубленість, тривога, страх).

Врешті, оскільки є взаємовідношення між схильністю до суїциду та певним типом акцентуації характеру, було застосовано **модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуацій характеру в підлітків С. Подмазіна (МПДО)**. Опитувальник включає 143 твердження, які складають 10 діагностичних і одну контрольну шкалу (шкалу брехні). У кожній шкалі по 12 тверджень. Таким чином діагностується гіпертичний, циклоїдний, лабільний, антено-невротичний, сенситивний, тривожно-педантичний, інтровертований, збудливий, демонстративний та нестійкий типи.

Аналіз отриманих даних та їх інтерпретація

Отже, за результатами анкетного опитування було встановлено, що 55% опитаних – дівчата (22 особи), 45 % – юнаки (18 осіб). Серед них 45% (18 осіб) – учні старших класів шкіл, гімназій, ліцеїв, 20% (8 осіб) – студенти професійних технічних училищ, 35% (14 осіб) – студенти вищих навчальних закладів.

72, 5 % опитаних (29 осіб) живуть у повних сім'ях, 25% (10 осіб) – тільки з матір'ю, 2,5% (1 особа) вказали, що батьки розлучені. Отже, переважна більшість не належать до групи ризику, проте чверть опитаних живуть у неповних сім'ях, що є одним із факторів суїцидального ризику. 10,5% (8 осіб) мають старшого брата, 35% (14 осіб) – молодшого, 7,5% (3 особи) мають стару сестру, 12,5% (5 осіб) – молодшу сестру. Інші 25% (10 осіб) – або єдині діти у родині, або мають кількох старших чи молодших братів і сестер. Відтак, 27,5 % (11 осіб) є молодшими у родині, 21, 5% (19 осіб) – старшими.

Лише 7,5% опитаних (3 особи) ніколи не пропускали заняття, тоді як 47,5% (19 осіб) пропускають заняття час від часу, а 12, 5% (5 осіб – часто. Пропуски занять без поважної причини можуть бути одним з критеріїв схильності до суїцидальної поведінки.

32,5% (13 осіб) не відвідують вечірки, де вживають алкоголь, 25% (10 чоловік) відвідують, але не вживають, 37,5% (15 осіб) відвідують час від часу. Не пробували палити 47,5% (19 осіб), 27,5% (11 осіб) пробували, 25% (10 осіб) палять регулярно. 5% (2 особи) пробували наркотики, стільки ж – вживають їх зрідка. Між тим, схильність до вживання алкогольних чи наркотичних речовин, а також тютюнопаління визнано одним з факторів девіантної поведінки, що може посилювати схильність до суїциду. Переважна більшість (90%, або 36 осіб) ніколи не пробували наркотики.

По 2,5% (по 1 особі) вважають, що сексуальне життя має початися, відповідно, у 14, 15 та 20 років. 5% (2 особи) вважають, що у 19 років, 10 % (4 людини) – у 17, 27, 5% (11 осіб) – у 16 років, переважна більшість (37,5 %, або 15 осіб) вважають, що найкращий вік – 18 років. 12,5% (5 людей) не змогли відповісти.

Щодо конфліктів з батьками, то лише 7,5% (3 особи) ніколи не сваряться з батьками, тоді як 70% (28 осіб) конфліктують час від часу, а 17,5% (7 опитаних) – регулярно. 5% (2 особи) не змогли відповісти. З друзями ніколи не конфліктують 12,5% (5 осіб), 80% (32 особи) конфліктують час

від часу, а 5% (2 особи) – регулярно. 2,5% (1 людина) не змогла визначитися. З викладачами ніколи не конфліктують 30% (12 осіб), час від часу – 55% (22 особи), регулярно – 15% (6 людей). Тобто, як бачимо, рівень конфліктності доволі високий. Між тим, частота конфліктів молодшої людини з батьками, друзями та вчителями певною мірою визначає девіацію.

35% (14 осіб) вважають, що повинні спробувати у житті все, 22,5% (9 опитаних) однозначно відповіли «Ні», більшість (42,5%, або 17 людей) не змогли дати однозначну відповідь. Між тим, схильність до ризику може бути одним з факторів схильності до суїциду.

Отже, 81% юнаків та юнок мають конфлікти з батьками, викладачами та однолітками, 30% пропускають заняття без поважної причини, 37,5% час від часу вживають алкоголь, 26,2% – курять, 10% вживають наркотичні речовини. 27,5 % живуть у неповних родинях. Ці фактори можна вважати такими, які посилюють схильність до суїциду.

За методикою «Незакінчені речення» отримано наступні результати: в **оцінці свого життя** переважали позитивні визначення, на кшталт «*досягнення гармонії*», «*найяскравіше, що я міг уявити*», «*мій скарб*», «*музика, друзі, подорожі*», «*нові відкриття кожного дня*», «*велика пригода*», «*шлях до самовдосконалення*». Хоча подекуди траплялися й негативні визначення життя – це «*випробування*», «*жах*», «*біль*», «*існування*», «*ніщо*», «*туфта*».

А коли необхідно було описати **настрій**, переважали негативні емоції: «*Мій настрій – слізливий, сірий, мінливий, поганий, жахливий, фіговий*». Рідше молоді люди використовували прикметники «*чудовий*», «*хороший*», «*позитивний*», «*класний*». Виявилося, що поганий настрій з'являється, коли «*нічого не відбувається*», «*коли зазнаю невдач*», «*коли мене дурять*», «*коли трапляється щось погане*», «*коли мене не розуміють*», «*коли нема грошей*», «*коли мене не помічають*», «*після сварки з друзями*». Хоча були і відповіді «*коли прокидаюся*», «*завжди*», «*завжди без причини*».

Визначення **навколишнього світу** також відрізняється різноманітними описами. Позитивних і негативних відгуків – практично навіпіл. Наприклад, з позитивних – навколишній світ це «*пригоди*», «*родина, друзі, музика*», «*щось прекрасне*», «*море незвіданого*», «*місце, де я живу*», «*об'єкт для вивчення*» тощо. Серед негативних були такі: «*пекло*», «*потік егоїстичних людей*», «*збіговисько лицемірів*», «*катастрофа*».

Стосунки з друзями у цьому віці, як правило, добрі. До друзів опитані ставляться «*добре*» «*терпляче*», «*тепло*», «*поважно*», «*доброзичливо*», «*прихильно*», «*чудово*», «*з повагою і добротою*», «*з вдячністю*» тощо.

Цікаві відповіді давали молоді люди на запитання, що для них **самотність**. Виявилось, що вони не вбачають в цьому нічого поганого: *«це можливість подумати», «пізнання самого себе», «самодостатність», «відпочинок», «крок у доросле життя», «журбинка», «спокій і вільний час», «вміння самому приймати рішення»* тощо. Хоча були і негативно забарвлені відповіді на кшталт *«це найгірше», «нудота»*.

Роботу та навчання більшість визначає як *«обов'язок», «можливість досягти матеріальних благ», «можливість спілкуватися», «необхідність», «частина життя», «успіх», «досвід»,* хоча для декого це *«9 років суворого режиму»* та *«річ, в яку треба вкласти»*.

До втрати навчання чи роботи молоді люди ставляться загалом спокійно. Це не катастрофа, а можливість отримати більше вільного часу, можливість знайти щось інше, нове. Більшість вважають на реакцію батьків і бояться втратити навчання чи роботу, до *«виженуть з дому»* або *«батькам буде прикро»*.

У **сімейних відносинах** молоді люди бачать *«підтримку», «розуміння», «довіру», «близькість», «порозуміння і любов», «спілкування та допомогу», «взаємовигідне існування»*. Дехто зазначив, що сімейне життя – це *«сварки»* та *«режим виживання»*.

До **шлюбу** ставлення більш категоричне та суперечливе. Для більшості це *«одна з найголовніших речей», «щось святе», «вірність та відповідальність», «щастя, благополуччя, розуміння», «мрія», «союз з коханою людиною», «щось невідоме, але бажане»*. Проте майже половина відгуків має негативне спрямування. Шлюб – це *«стереотип», «фу», «обов'язок», «чорнило на папері, штамп у паспорті», «безглуздя», «зупинка на шляху життя», «кінець»*.

Два питання стосувалися того, чи вживають батьки алкоголь та як до нього ставляться. Адже ставлення до алкоголю формується й у родині. Майже третина відповіли, що батьки ставляться до алкоголю негативно, застережливо, погано, стримано, хоча були відповіді *«з повагою», «індиферентно»*. Згідно з відповідями, батьки вживають алкоголь рідко, на свята, вважають злом.

Свою **зовнішність** більшість сприймають не дуже позитивно – *«гидка», «негарна», «могла бути кращою», «не задовольняє мене», «ніяка»*. У кращому випадку, молоді люди казали про свою зовнішність *«оригінальна», «не красуня, але й не чудовисько», «служить мені»*. Незадовільне ставлення до своєї зовнішності виявляли здебільшого дівчата.

Два питання у методиці були присвячені темі **відношення до суїциду**. Отже, 16 осіб (а це 40%) зізналися, що думки про самогубство відвіду-

ють їх час від часу, 45% (18 опитаних) – ніколи, 1 людину – щомісяця, 1 людину – періодично, 1 особу – завжди. Також були одиночні відповіді: «коли нудно», «коли маю поганий настрій», «зараз ні».

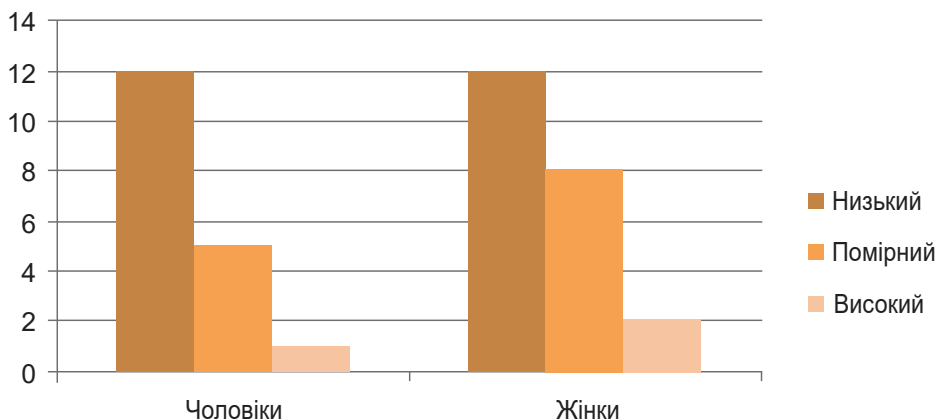
На запитання «Самогубство– це...» 7 осіб відповіли «*гріх*» (найбільша кількість однакових відповідей), 6 людей визначили, що «*це погано*», двоє відповіли «*неправильне рішення*». Інші відповіді були поодинокими, але дозволяють прослідкувати загальне сприйняття самогубства молоддю. Це «*слабкість*», «*втеча*», «*не мій вихід*», «*маячня*», «*іноді єдиний вихід*», «*егоїстична дурість*», «*беззмістовно*». Проте були й «*позитивні*» відповіді – «*поетично*», «*свобода*», «*норма*», «*зміна у житті*». **У більшості випадків відношення до суїциду негативне, це прояв слабкості, втечі, гріх. Проте дехто і виправдовує, вбачаючи у цьому єдиний вихід чи навіть щось поетичне.**

Якщо проаналізувати інші методики, то картина наступна. За шкалою реактивної тривожності 57,5% (23 особи) мають низький рівень РТ, 35% (14 осіб) – помірну, 7,5 % (3 людини) – високу.

За шкалою особистісної тривожності ситуація протилежна: 7,5% (3 людини) мають низький рівень ОТ, 42,5 % (17 осіб) – середній і 50% (20 опитаних) – високий рівень тривожності. Між тим, підвищена тривожність часто визначається як один з факторів, що впливає на суїцидальну поведінку.

Якщо проаналізувати залежність рівня тривожності від статі, то бачимо, що у юнок помірний та високий рівень тривожності є вищим, ніж у юнаків. Щодо особистісної тривожності, то у юнаків переважає помірний рівень, тоді як у дівчат – високий рівень (причому дуже суттєво).

● РТ



• ОТ

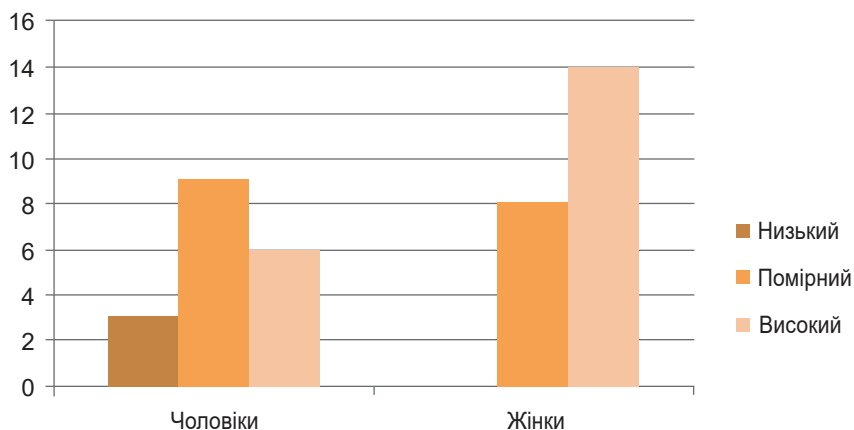
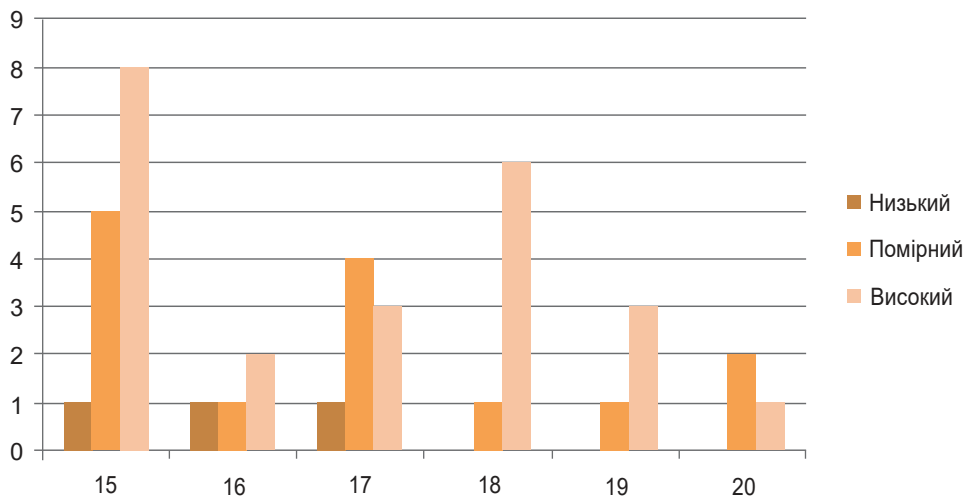


Рис 15. Залежність рівня тривожності від статі.

Відповідно, можна говорити про залежність рівня тривожності від статі.

А якщо подивитися на відношення рівня тривожності до віку, то високий рівень РТ більш характерний для 15-ти та 18-ти річних, помірний – для 15-ти та 17-ти річних, низький – для 20-ти річних. Щодо ОТ, то високий та помірний рівень притаманний 15-ти річним, а низький – 17-ти річним.

• РТ



Методика визначення суїцидального ризику показала наступне: у жодного з опитаних не виявлено коефіцієнту демонстративності та унікальності. У однієї людини (2,5%) виявлено максималізм, у 4 осіб (10%) неспроможність, у 6 людей (15%) присутній злам культурних бар'єрів,

● ОТ

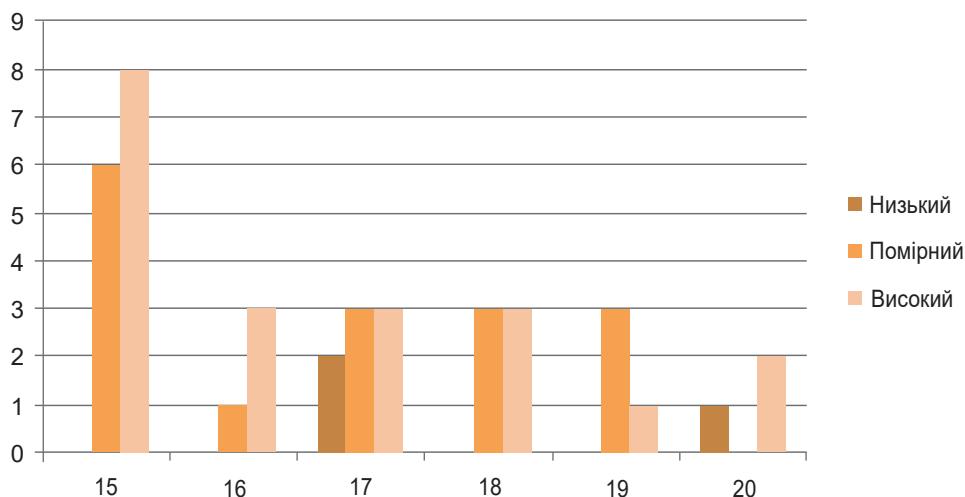


Рис.16. Залежність рівня тривожності від віку.

у 7 опитаних (17,5%) виявлено афективність, у 8 осіб (20%) – соціальний песимізм. У більшості опитаних (13 людей, що складає 32,5 %) сильнішим виявився антисуїцидальний фактор.

Якщо проаналізувати залежність типів коефіцієнту суїцидальних ризиків до статі, то юнакам найбільше притаманні афективність та злам культурних бар'єрів, а юнкам – антисуїцидальний фактор, тоді як максималізм їм не властивий абсолютно.

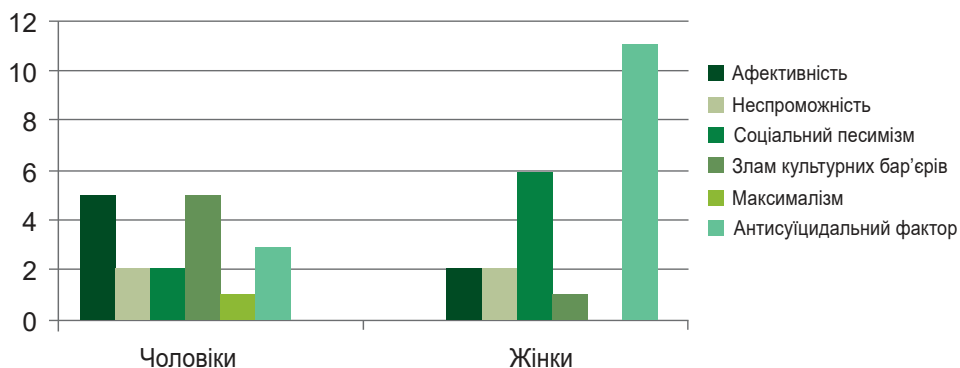


Рис. 17. Залежність суїцидального ризику від статі.

Методика визначення депресивного стану дала наступні результати: у жодного не виявлено глибокої депресії, у 2,5% (1 людина) є виражена депресія, у 6,5% (4 людини) – помірна, у 17,5 % (7 осіб) – депресія відсутня, у 32, 5% (13 осіб) є легка депресія, і, врешті, у більшості (37,5%, або 15 осіб) – незначна депресія.

Якщо проаналізувати залежність рівня депресії від статі, то у юнаків переважає легка депресія, у юнок – незначна. Глибока депресія у чоловічої статі взагалі відсутня.

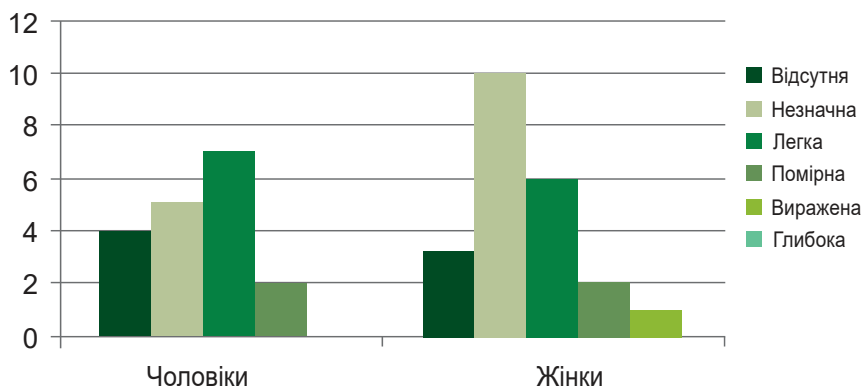


Рис. 18. Залежність рівня депресії від статі.

Якщо подивитися на рівень депресії залежно від віку, то для віку 15 років найбільш притаманні відсутність депресії або легка депресія, для 16 років – незначна або легка, для 17 років – незначна, для 18 років – легка, для 19 років – незначна, для 20 – незначна, легка та помірна в однакових відношеннях (33,3 %).

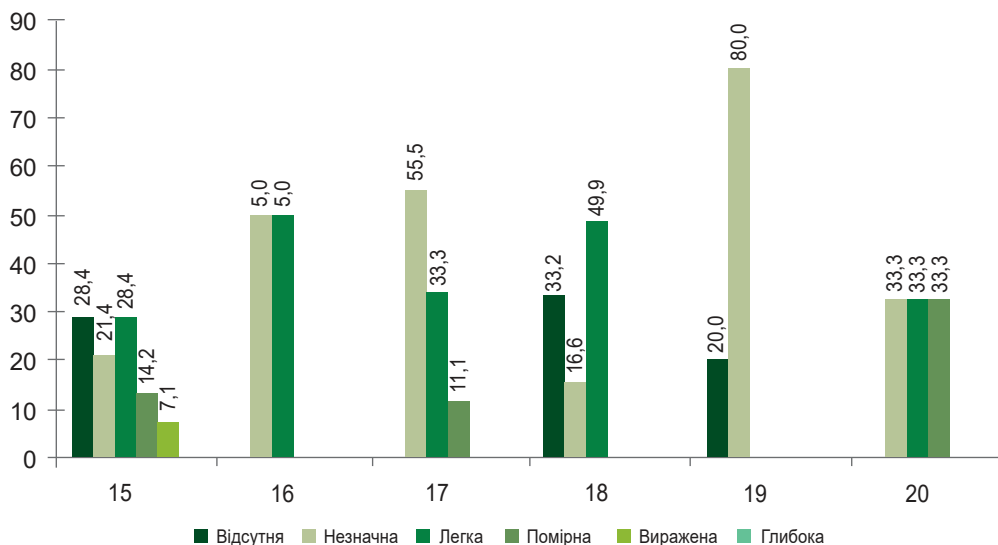


Рис. 19. Залежність рівня депресії від віку (частки у %).

Що стосується виявлених акцентуацій характеру, то найменша кількість (5%, або 2 людини) має сенситивний тип, по 7,5 % (по 3 людини) – циклоїдний, тривожно-педантичний, збудливий, змішаний та нестійкий

типи, по 10% (по 4 людини) мають гіпертимний, лабільний та інтровертований типи, 12,5% (5 осіб) мають астено-невротичний тип акцентуації характеру, і 15 відсотків (6 людей) мають демонстративний тип акцентуації характеру.

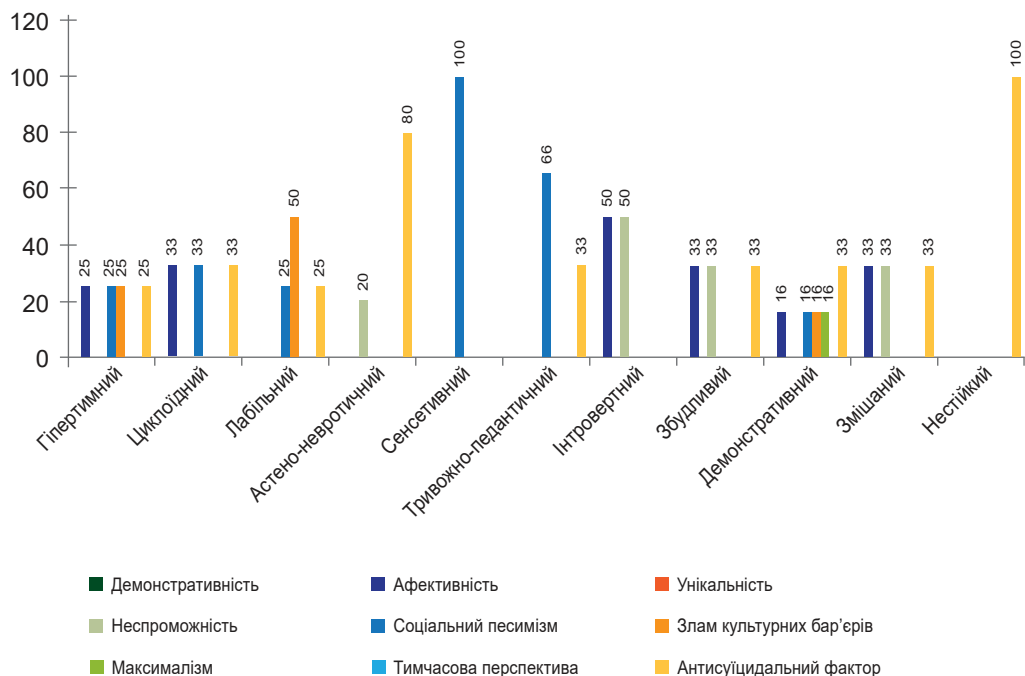


Рис 20. Відношення типу акцентуації характеру до діагностичного коефіцієнту суїцидального ризику (у %).

Якщо проаналізувати відношення типу акцентуації характеру до діагностичного коефіцієнту суїцидального ризику, то будуть наступні співвідношення: для гіпертимного типу акцентуації характеру притаманний афективний коефіцієнт суїцидального ризику, максималізм, злам культурних бар'єрів та антисуїцидальний фактор (по 25%), для циклоїдного – афективність, соціальний песимізм та антисуїцидальний фактор (по 33%), для лабільного – злам культурних бар'єрів (50%), соціальний песимізм та антисуїцидальний фактор (по 25%), для астено-невротичного – злам культурних бар'єрів та антисуїцидальний ризик (відповідно, 20 і 80 %), для сенситивного типу усі 100 відсотків становить соціальний песимізм, для тривожно-педантичного – соціальний песимізм (66 %) та антисуїцидальний фактор (34%), для інтровертованого – афективність та неспроможність (по 50%), для збудливого – неспроможність, ефективність та антисуїцидальний фактор (по 33%), для демонстративно-

го – афективність, максималізм, злам культурних бар'єрів та соціальний песимізм (по 16%) та антисуїцидальний фактор (33%), для нестійкого типу у 100% випадків характерний антисуїцидальний фактор. Виходячи з цих даних, найбільший ризик суїцидальної поведінки спостерігається за сенситивним типом, найменший – за нестійким.

Ці дані підтверджують дані різних авторів (зокрема, О. Личко), що найменш схильними до суїциду є астенічний (тут – астено-невротичний) та нестійкий типи, а також частково гіпертимний тип, а суїцидальні за-махи поєднуються з сенситивним, інтровертивним та лабільним типами акцентуації характеру. Демонстративний тип захищений антисуїцидальним фактором, як і циклоїдний.

Крім того, усі отримані дані були опрацьовані за допомогою статистичної програми STATISTICA 6.0 – для визначення можливих взаємозв'язків між особистісними рисами досліджуваних та схильностями до суїцидальної поведінки.

Під час проведення дослідження було опитано 40 осіб віком від 15 до 20 років різної статі. Для того, щоб виявити зв'язки між статтю, віком, рівнем тривожності, наявністю депресії, акцентуацією характеру, соціальними настановами та суїцидальними ризиками, ми провели загальний кореляційний аналіз результатів усієї групи досліджуваних, а також застосували до отриманих результатів факторний та кластерний аналіз. Також ми використали критерій Ст'юдента для порівняння середніх значень параметрів нашого дослідження, розподіливши при цьому опитуваних на дві групи, визначивши як групуючу ознаку належність опитуваних до чоловічої або жіночої статі.

За допомогою перелічених вище математичних методів опрацювання результатів, нам вдалося встановити певні закономірності, про які піде мова нижче.

Кореляційний аналіз

За цим методом статистичної обробки даних було виявлено усі зв'язки між досліджуваними показниками, серед яких було виокремлено ті, які мають статистичну значимість. Кореляційні зв'язки між основними шкалами, за якими проводилося дослідження, розподілилися таким чином.

1. Шкала «Вік».

Цілком логічно, що шкалі «Вік» притаманний прямий кореляційний зв'язок зі шкалою «Навчальний заклад» ($r = 0,74$ при $p < 0,05$), оскільки

юнаки і підлітки дійсно навчаються у відповідних до їхнього віку навчальних закладах. Так само був виявлений прямий зв'язок між віком опитуваних та відвідуванням вечірок зі вживанням алкоголю ($r = 0,54$ при $p < 0,05$) та ставленням до паління тютюну ($r = 0,37$ при $p < 0,05$), що може свідчити про те, що вживання алкоголю та тютюнопаління в середовищі підлітків та юнаків досі вважається ознакою дорослішання. Разом з тим обернений кореляційний зв'язок виявлено між шкалою «Вік» та шкалою, яка вказує на конфлікти з викладачами ($r = -0,37$ при $p < 0,05$), що може означати, що чим учні доросліші, тим менше вони конфліктують з наставниками.

2. Шкала «Стать»

Було виявлено прямий кореляційний зв'язок між шкалою «Стать» і шкалою «Особистісна тривожність» ($r = 0,74$ при $p < 0,05$), а це означає, що невмотивований стан тривоги, в якому постійно перебуває людина, має пряму залежність від її статі. Разом з тим обернений кореляційний зв'язок виявлено між шкалою «Стать» та акцентуацією характеру ($r = -0,40$ при $p < 0,05$), з чого можна зробити висновок про те, що перебільшення розвитку окремих властивостей характеру на шкоду іншим не залежить від статі людини.

3. Шкала «Реактивна тривожність»

Зі шкалою «Реактивна тривожність» нами було виявлено прямий кореляційний зв'язок із такими параметрами опитування, як «Конфлікти з викладачами» ($r = 0,42$ при $p < 0,05$), «Особистісна тривожність» ($r = 0,47$ при $p < 0,05$), «Депресивний стан» ($r = 0,55$ при $p < 0,05$) і «Думки про самогубство» ($r = 0,41$ при $p < 0,05$). Це може свідчити про те, що перелічені параметри є тими чинникам, які викликають суб'єктивну емоційну реакцію на стресові ситуації.

4. Шкала «Особистісна тривожність»

Відносно шкали «Особистісна тривожність» під час проведення загального кореляційного аналізу було виявлено прямий зв'язок зі статтю ($r = 0,37$ при $p < 0,05$) опитуваних, їх реактивною тривожністю ($r = 0,47$ при $p < 0,05$) та депресивним станом ($r = 0,36$ при $p < 0,05$). Отриманий аналіз даних дозволяє зробити висновок, що невмотивована постійна тривога має безпосередню залежність від статі опитаних осіб, їх емоційної реакції на стресові ситуації та схильності до депресії.

5. Шкала «Депресивний стан»

У шкали «Депресивний стан» виявлено прямий кореляційний зв'язок із реактивною тривожністю ($r = 0,55$ при $p < 0,05$), особистісною тривожністю ($r = 0,36$ при $p < 0,05$) та думками про самогубство ($r = 0,38$ при $p < 0,05$). Зрозуміло, що стан депресії напряду залежить від рівнів тривожності та того, наскільки часто відвідують людину думки про самогубство.

6. Шкала «Суїцидальні ризики»

Як засвідчив загальний кореляційний аналіз, статистично вагомих зв'язків між шкалою «Суїцидальні ризики» та вибраними для аналізу параметрами нашого дослідження виявлено не було. Тобто можна зробити висновок, що жодні з перелічених вищезазначених параметрів не має вирішального впливу на формування суїцидальних ризиків серед молоді.

Факторний аналіз

Як відомо, мета факторного аналізу – сконцентрувати вихідну інформацію, представлену у вигляді масиву даних, і виразити якомога більшу кількість ознак через якомога меншу кількість характеристик. Вважається, що наймісткіші характеристики і будуть найсуттєвішими. Саме ці узагальнені місткі характеристики і називаються факторами.

Обробка даних опитування за допомогою факторного аналізу із застосуванням обернення за методом варімакс дала нам такі результати. Загалом, серед досліджуваних параметрів вдалося виокремити 10 факторів, кожен з яких об'єднує певні характеристики.

Фактор 1. До цього фактора належать такі шкали:

- Втрата місця роботи/ навчання ($r = 0,8690$ при $p < 0,05$).
- Добробут у сім'ї ($r = 0,7807$ при $p < 0,05$).

Обидві шкали тісно пов'язані між собою, оскільки втрата роботи/ навчання неминуче призводить до погіршення сімейного добробуту та внутрішнього комфорту. Шкала добробуту має менше факторне навантаження, а отже пріоритетною у цьому факторі є шкала «втрата роботи», від чого, очевидно, залежить добробут. Його можна назвати **«Втрата внутрішнього комфорту»**.

Фактор 2. До цього фактора належать такі шкали:

- Реактивна тривожність ($r = 0,7436$ при $p < 0,05$).
- Депресивний стан ($r = 0,8619$ при $p < 0,05$).

Емоційна реакція на стресові ситуації та депресивний стан не випадково об'єднані в одному факторі. Пріоритетним в цьому факторі виступає **«Схильність до депресії»**, яка має більше факторне навантаження, а реактивна тривожність може розглядатися як одна із основних складових, яка її формує.

Фактор 3. До цього фактора належать такі шкали:

- Вік ($r = 0,8929$ при $p < 0,05$).
- Навчальний заклад ($r = 0,8223$ при $p < 0,05$).

Абсолютно логічно об'єднані в одному факторі вік опитуваних та заклади, в яких вони здобувають середню, середню спеціальну чи вищу освіту. Закономірно, що особи певного віку відвідують відповідні їхньому віку навчальні заклади, при цьому пріоритетним (з огляду на величину факторного навантаження) є власне **«Вік опитуваних»**.

Фактор 4. До цього фактора належать такі шкали:

- Ставлення до життя ($r = 0,7126$ при $p < 0,05$).
- Ставлення до шлюбу ($r = 0,8953$ при $p < 0,05$).

Цей фактор об'єднує **«Головні життєві цінності»**, причому ставлення до шлюбу має значно більшу величину факторного навантаження, отже виконує тут більш пріоритетну роль.

Фактор 5. Це одиничний фактор, який включає в себе **«Ставлення до початку сексуальних відносин»** ($r = -0,7545$ при $p < 0,05$). Величина факторного навантаження цієї характеристики порівняно незначна.

Фактор 6. Ще один одиничний фактор, який включає в себе таку важливу характеристику нашого дослідження, як **«Суїцидальні ризики»** ($r = 0,7891$ при $p < 0,05$). Факторне навантаження також не надто велике, отже немає вирішального значення.

Фактор 7. Цей фактор об'єднує ті шкали, які певним чином характеризують соціальну активність:

- Ставлення до вживання наркотиків ($r = 0,7611$ при $p < 0,05$).
- Прагнення встигнути зробити все у житті ($r = 0,7446$ при $p < 0,05$).

Факторні навантаження в обох шкалах приблизно рівні, хоча у шкалі «ставлення до вживання наркотиків» дещо переважає. Цей фактор можна назвати **«Біостимулятори як активізація ресурсів»**.

Фактор 8. Одиничний фактор, який визначається шкалою **«Стать»** ($r = 0,8583$ при $p < 0,05$). Факторне навантаження достатньо високе, щоб зробити висновок про вагомість цього фактору у дослідженні.

Фактор 9. До цього фактора належать шкали:

- Склад сім'ї ($r = 0,8013$ при $p < 0,05$).
- Конфлікти з батьками ($r = 0,7526$ при $p < 0,05$).

Обидва фактори визначають взаємостосунки у родині та структуру сім'ї, причому факторне навантаження шкали «Склад сім'ї» (повна чи неповна сім'я, виховується дитина матір'ю чи батьком) дещо більше і тому має пріоритетний характер щодо **«Конфліктів зі старшим поколінням»**.

Фактор 10. До цього фактора належать такі шкали:

- Ставлення до алкоголю ($r = 0,7438$ при $p < 0,05$).
- Вживання алкоголю батьками ($r = 0,7748$ при $p < 0,05$).

У цьому факторі об'єднані шкали, які визначають ставлення юнаків та юнок до вживання алкоголю на вечірках та в сім'ї. Прикметно, що в обох випадках факторні навантаження за цими шкалами майже однакові, з чого можна зробити висновок, що у ставленні до алкоголю молоді люди часто **«Наслідують приклад старшого покоління»**.

Кластерний аналіз

З метою організації даних, отриманих під час дослідження, у наглядні структури, нами було застосовано кластерний аналіз, який фактично є набором різноманітних алгоритмів класифікації.

Для проведення цього аналізу ми обрали метод деревоподібної класифікації, а мірою відстані між об'єктами було обрано найуживанішу Евклідову відстань (Euclidian distances), яка являє собою геометричну відстань між об'єктами у багатомірному просторі.

Для оцінки відстаней між кластерами ми вирішили скористатися стратегією Варда (Ward's method), яка використовує методи дисперсійного аналізу. Ця стратегія мінімізує суму квадратів (SS) для двох гіпотетичних кластерів, які можуть бути сформовані на кожному кроці процесу кластеризації. Метод вважається ефективним, коли виникає потреба створювати кластери малого розміру.

Провівши, таким чином, обробку даних для десяти вибраних параметрів дослідження (***вік, стать, навчальний заклад, реактивна тривожність, особистісна тривожність, суїцидальний ризик, депресивний стан, акцентуація характеру, думки про самогубство, ставлення до самогубства***), ми утворили горизонтальне кластерне дерево.

Його інтерпретація вказує на те, що найвиразніше у кластер виділяється шкала «Вік», яка розташована далеко від інших визначених параметрів. Приблизно на середині діаграми чітко виділяються ще два кластери:

- до одного з них належать такі параметри як *стать, навчальний заклад, реактивна тривожність, особистісна тривожність та депресивний стан*;
- до другого – *суїцидальний ризик, акцентуація характеру, думки про самогубство та ставлення до самогубства*.

З цього можна зробити висновок, що приблизно однаковий вік опитуваних (15-20 років) є тією ознакою, яка найбільше вирізняється з-поміж інших параметрів дослідження і зумовлює утворення першого кластеру. У другому кластері шкала «Стать» не випадково об'єднана з такими параметрами, як особистісна та реактивна тривожність і депресивний стан, адже ці ознаки перебувають у певній взаємозалежності. Також логічно об'єднані у третьому кластері шкала «Суїцидальний ризик» із «Думками про самогубство» та «Ставленням до самогубства». Не випадково сюди ж включено й «Акцентуацію характеру», оскільки перебільшення розвитку окремих властивостей характеру на шкоду іншим пов'язане із переліченими параметрами.

Критерій Стьюдента

Критерій Стьюдента дає змогу порівняти середні значення нормально розподіленої ознаки для двох вибірок, взятих з однієї генеральної сукупності. Ми досліджували отримані дані, розподіливши опитуваних за статтю: чоловіча стать позначена цифрою 1, жіноча – цифрою 2. Обробка матеріалів опитування дала результати, які свідчать, що статистично значимі розбіжності середніх значень (при $p < 0,05$) існують між такими параметрами нашого дослідження як «особистісна тривожність» ($t = 2,47$ при $p = 0,018$), «акцентуація характеру» ($t = -2,73$ при $p = 0,009$), «ставлення до життя» ($t = -2,43$ при $p = 0,020$), «ставлення до навчання» ($t = -2,57$ при $p = 0,014$), «ставлення до сімейних стосунків» ($t = -2,97$ при $p = 0,005$), «ставлення до своєї зовнішності» ($t = -3,68$ при $p = 0,0007$).

Найменша розбіжність середніх стосується ставлення до життя, ставлення до навчання та особистісної тривожності у дівчат та хлопців, що свідчить про те, що в цих питаннях різниця між статями не надто суттєва.

Значно **більшою розбіжністю характеризуються середні значення** в таких параметрах дослідження, як акцентуація характеру, ставлення

до сімейних стосунків, а особливо – ставлення до власної зовнішності. З цього можна зробити висновок, що різниця у цих питаннях в опитуваних представників різних статей є суттєвою.

Застосування критерію Стьюдента до матеріалів опитування дозволяє стверджувати, що стосовно таких параметрів як **«Депресивний стан»**, **«Реактивна тривожність»** та **«Суїцидальні ризики»** у дівчат та хлопців не існує статистично вагомої розбіжності.

ВИСНОВКИ

Отже, для визначення можливих взаємозв'язків між особистісними рисами досліджуваних та схильностями до суїцидальної поведінки було проведено обробку даних за допомогою статистичної програми STATISTICA 6.0. Зокрема, щоб виявити зв'язки між статтю, віком, рівнем тривожності, наявністю депресії, акцентуацією характеру, соціальними настановами та суїцидальними ризиками, було проведено загальний кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта Пірсона.

Кількісна міра кореляційного зв'язку оцінюється за значеннями коефіцієнтів кореляції у межах від -1 до +1. Від'ємні значення коефіцієнтів указують на обернений зв'язок, додатні – на прямий. Інтенсивність зв'язку (слабкий зв'язок – помірний – суттєвий – сильний) оцінюється за абсолютним значенням коефіцієнтів кореляції, а наближення цього показника до 0 свідчить про відсутність кореляційного зв'язку. Якщо підвищення рівня однієї змінної супроводжується підвищенням рівня іншої, то йдеться про позитивну кореляцію або прямий зв'язок. Якщо ж зростання однієї змінної супроводжується зниженням значень іншої, то маємо справу з негативною кореляцією або оберненим зв'язком.

Загальний **кореляційний аналіз** допоміг виявити прямий зв'язок між такими шкалами як *«Вік»* та *«Вечірки із вживанням алкоголю»* та *«Паління тютюну»*, що може свідчити про те, що вживання алкоголю та тютюнопаління в середовищі підлітків та юнаків досі вважається ознакою дорослішання. Натомість обернений зв'язок між шкалою *«Вік»* та *«Конфлікти з викладачами»* означає, що чим учні доросліші, тим менше вони конфліктують з наставниками.

Щодо шкали *«Стать»* то, як показав аналіз, *«Невмотивований стан тривоги»*, в якому постійно перебуває людина (особистісна тривожність), має прямий зв'язок з її *«Статтю»*, а от перебільшення розвитку окремих властивостей характеру на шкоду іншим (акцентуація характеру) обер-

нено корелює зі статтю.

Прямий кореляційний зв'язок був виявлений між такими параметрами опитування як *«Конфлікти з викладачами»*, *«Особистісна тривожність»*, *«Депресивний стан»* і *«Думки про самогубство»* та шкалою *«Реактивна тривожність»*, що може свідчити про те, що перелічені параметри є тими чинникам, які викликають суб'єктивну емоційну реакцію на стресові ситуації.

Судячи з того, що під час кореляційного аналізу був виявлений прямий зв'язок шкали *«Депресивний стан»* із *реактивною тривожністю*, *особистісною тривожністю* та *думками про самогубство*, стан депресії прямо залежить від рівнів тривожності та того, наскільки часто відвідують людину думки про самогубство. Статистично вагомих зв'язків між шкалою *«Суїцидальні ризики»* та вибраними для аналізу параметрами нашого дослідження виявлено не було. Тобто можна зробити висновок, що жоден із перелічених вище параметрів не має вирішального впливу на формування суїцидальних ризиків серед молоді.

Обробка даних за допомогою факторного аналізу із застосуванням обертання за методом варімакс дозволила виокремити 10 наймісткіших та найсуттєвіших характеристик, які власне й називаються факторами. Одиначними факторами виявились такі характеристики як стать, суїцидальні ризики та ставлення до початку сексуальних відносин, серед яких найвищий рівень факторного навантаження має шкала *«Стать»*, з чого можна зробити висновок про вагомість цього параметра у нашому дослідженні. Серед факторів, які об'єднують декілька характеристик, найбільше факторне навантаження отримав так званий *«віковий»*, який логічно об'єднує шкали *«вік»* та *«навчальний заклад»*, що також свідчить про важливість цього параметра в нашому дослідженні. Інші фактори об'єднали відповідно такі характеристики: ставлення до втрати робочого місця/навчання і добробуту; реактивна тривожність і депресивний стан; ставлення до життя і шлюбу; ставлення до наркотиків і прагнення все встигнути зробити в житті; склад сім'ї і конфлікти з батьками; ставлення до алкоголю і вживання алкоголю батьками.

Таким чином, за допомогою факторного аналізу ми отримали структуру заданих параметрів, визначивши серед них найбільш пріоритетні.

Застосувавши до даних опитування кластерний аналіз за методом деревоподібної кластеризації, нами було виявлено, що найвиразніше у кластер виділяється шкала *«Вік»*. Окрім того, чітко виділяються ще два кластери: до одного з них належать такі параметри як *стать*, *навчальний*

заклад, реактивна тривожність, особистісна тривожність та депресивний стан; до другого – суїцидальний ризик, акцентуація характеру, думки про самогубство та ставлення до самогубства. З цього можна зробити висновок, що приблизно однаковий вік опитуваних (15-20 років) є тією ознакою, яка найбільше вирізняється з-поміж інших параметрів дослідження і зумовлює утворення першого кластеру. У другому кластері шкала «Стать» не випадково об'єднана з такими параметрами, як особистісна та реактивна тривожність і депресивний стан, адже ці ознаки перебувають у певній взаємозалежності. Також логічно об'єднані у третьому кластері шкала «Суїцидальний ризик» із «Думками про самогубство» та «Ставленням до самогубства». Не випадково сюди ж включено й «Акцентуацію характеру», оскільки перебільшення розвитку окремих властивостей характеру на шкоду іншим пов'язане із переліченими параметрами.



*Рис. 21. Богуслава Католик, керівник психотерапевтичного центру «Живана»
під егідою ГО «Український інститут дитячо-юнацької психотерапії
та психологічного консультування».*

Критерій Стюдента ми використали для порівняння середніх значень параметрів нашого дослідження, розподіливши при цьому опитуваних на дві групи, визначивши як групуючу ознаку належність опитуваних до чоловічої або жіночої статі. Як виявилось, найменша розбіжність середніх стосується ставлення до життя, ставлення до навчання та особистісної тривожності у чоловіків та жінок, що свідчить про те, що в цих питаннях різниця між статтями не надто суттєва. Значно більшою розбіжністю характеризуються середні значення в таких параметрах дослідження, як акцентуація характеру, ставлення до сімейних стосунків, а особливо – ставлення до власної зовнішності. З цього можна зробити висновок, що різниця у цих питаннях в опитуваних представників різних статей є суттєвою.

Застосування критерію Стюдента до матеріалів опитування дозволяє стверджувати, що стосовно таких параметрів як «депресивний стан», «реактивна тривожність» та «суїцидальні ризики» у чоловіків та жінок не існує статистично вагомої розбіжності.

Узагальнюючи зазначимо, що проведене нами дослідження встановило, що настанови до суїцидальної поведінки серед підлітків та молоді є складним феноменом, що задіює усі структури Я. На них впливає імпліцитний та експліцитний досвід, наявна ситуація, приналежність до субкультур та культур існування, а також вік зі всіма його особливостями та неконструктивними утвореннями.

Список використаних джерел:

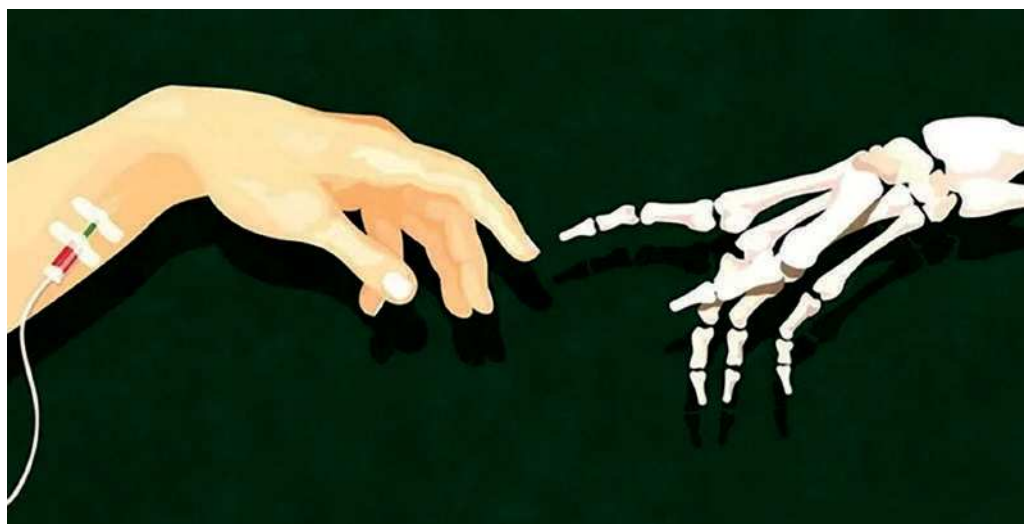
1. Самогубство. <https://uk.wikipedia.org/wiki>
2. Самогубство. <https://www.dw.com/uka-50360616>
3. Кислий В. Д. Суїцид як психологічний феномен. Матеріали науково-практичної конференції ХНУ ПС ім. І. Кожедуба, 31 травня – 1 червня 2018. с. 60-62.
4. Узнадзе Д. Експериментальні основи психології установки, 1949. <https://psyfactor.org/hist/uznadze-2.htm>
5. Ланге Н. Н. // Большая советская энциклопедия : [в 30 т.] / гл. ред. А. М. Прохоров. 3-е изд. М.: Советская энциклопедия, 1969-1978.
6. Матяж С. В., Березянська А. О. Класифікація цінностей та ціннісних орієнтацій особистості. Наукові праці. Соціологія Випуск 213. Том 225. 2013. с.27-30.
7. Гапон Н. Соціальна психологія: навчальний посібник. / Надія Гапон // Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2008. 366 с.
8. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія особистості і спілкування. К.: Академвидав, 2005. 446 с.
9. Соціальна психологія. КПІ <https://ela.kpi.ua> > [bitstream](#) > [Social-psychology](#)
10. Ядов В. А. Стратегия социологического исследования. Описание, объяснение, понимание социальной реальности. 3-е изд., испр. М.: Омега-Л, 2007. 567 с.
11. Торшинин М. Е. Социально-психологическая установка личности <http://www.mibif.ru/st/library/op/spul.shtml>
12. Католик Г. В., Корнієнко І. О. Психогенні катастрофи: психологічна допомога очевидцям та постраждалим. – Львів, «Червона калина», 2004. 120 с.
13. Гордог Олпорт про соціальні установки <https://diamen.onla.pp.ua> > [leque](#) > [olport-ustanovki](#)
14. Флоріан Вітольд Знанецький <https://uk.wikipedia.org> > [wiki](#) > [Флоріан_Вітольд_Зн...](#)
15. Шкала Л. Терстоуна <https://present5.com> > [shkala-l](#).
16. Рокич М. Соціальна установка: адаптаційна класифікація. <http://dspace.wunu.edu.ua> > [bitstream](#).
17. Ajzen I. Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research / Ajzen I., Fishbein M. – MA: Addison-Wesley, 1975. 578 p. <http://people.umass.edu/ajzen/f&a1975.html>
18. Психологічна установка та недоліки психологічної установки <http://referatss.com.ua/work/psihologichna-ustanovka-ta-nedoliki-psihologichnoi-ustanovki/>
19. Соціальна установка і реальна поведінка. <https://pidru4niki.com/16330826>
20. Leon Festinger. A Theory of Cognitive Dissonance. – Stanford University Press, 1962. – 291 с. [livelib.ru: https://www.livelib.ru/author/3478-leon-festinger](https://www.livelib.ru/author/3478-leon-festinger).
21. Всесвітній день запобігання самогубствам... <http://oolc.od.ua> > всесвітній день запобігання самогуб. <https://www.bbc.com/ukrainian/features->
22. Заходи до Всесвітнього дня запобігання самогубствам... <https://school11.osvita-konotop.gov.ua/zaxodi-do-vsесvithnogo-dnya-za>
23. Амбрумова А. Г. Возрастные аспекты суицидального поведения //Сравнительно-возрастные исследования в суицидологии. М., 1989. С. 8-24.

24. Sorokin P.A. Society, culture, and personality: Their structure and dynamics. A system of general sociology. – N.Y.: Harper & bros, 1947. P. 39-42, 63-66, 359-364, 367-379.
25. Погодін І. А. Методика определения степени риска совершения суицида <http://novogrudokedu.by/index.php/2017-09-09-07-04-08/2017-10-16-14->
26. Зотов М. В. Психология суицидального поведения. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2006»; livelib.ru: <https://www.livelib.ru/author/160962-mihail-zotov>.
27. Тихоненко В. А. Жизненный смысл выбора смерти. // Журнал «Человек», М., 1992, No 6. 129 с.
28. Франкл В. Основы логотерапии. Психотерапия и религия. Пер. с нем. СПб.: Речь, 2000. 286 с.
29. Франкл В. Воля к смыслу. The will to meaning. М.: Апрель Пресс; ЭКСМО-Пресс, 2000. 97 с.
30. Франкл В. Психотерапия на практике. Пер. с нем. СПб.: Речь, 2001. 256 с.
31. Франкл В. Теория и терапия неврозов: Введение в логотерапию и экзистенциальный анализ. Пер. с нем. СПб.: Речь, 2001. 233 с.
32. Амбрумова Г. А. Суицидальное поведение как объект комплексного изучения. livelib.ru: <https://www.livelib.ru/work/1002041107-suitsidalnoe->
33. Энциклопедия глубинной психологии. Том 2. Новые направления в психоанализе. Психоанализ общества. Психоаналитическое движение. Психоанализ в Восточной Европе <https://www.psyoffice.ru/46-jenciklopedija-glubinnoj-psikhologii.-tom-2.html>.
34. Енциклопедія глибинної психології. Том 1. З. Фройд. Життя. Робота. Спадщина. Боковик А. М. (ред). <https://prom.ua/ua/p238547169-entsiklopediya-glubinnoj-psihologii.html>.
35. Е. Шпрангер. <https://ua.waykun.com/articles/pidlitok-i-junak-divchina.php>.
36. Ш.Бюлер. <http://www.soc-mol.ru/encyclopedia/researchers/5-byuler-buhler->
37. Кон И.С. Психология ранней юности. М., Просвещение, 1989. 256 с.
38. Ericson E.Der vollständige Lebenszyklus; Frankfurt a. M.; <https://www.booklooker.de/B%C3%BCher/Angebote/autor=Erikson+Erik+H.&titel>
39. Католик Г. В. Концепція Я дитячого практичного психолога: монографія. Львів: Галицька видавнича спілка, 2020. 311 с.
40. Католик Г. В. Стульківська М. М. Сприйняття дітьми смерті. Вікові та больові аспекти. Соціально-правові студії. 2020. Випуск 2 (8). С. 210-217.
41. Личко А. Е. Подростковая психиатрия (Руководство для врачей). Л.: Медицина, 1979. 336 с.
42. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. <https://psyinst.moscow/biblioteka/?Part=article&id=1306>.
43. Выготский Л. С. Педология Подростка. <http://psychlib.ru › mgppu › VPp->
44. Синдром вигорання <https://crupp.org/uk/sindrom-vigorannya/>.
45. Кондрашенко В. Т. Общая психотерапия. Отраслевая психология. Издательство: Вышэйшая школа. 2012. livelib.ru: <https://www.livelib.ru/author/7...>
46. Психологічні причини суїцидальної поведінки у підлітків. <http://studcon.org/psychologichni-prychyny-suyicydalnoyi-povedinky-u-pidlitkiv>.

47. Рекомендації щодо запобігання самогубствам в установах Державної кримінально-виконавчої служби України <https://rm.coe.int/recommendations-to-prevent-suicidal-behavior-ukr>.
48. Системна модель Оудсхоорна http://psychologis.com.ua/sistemnaya_model_oudshoorna.htm
49. Дюрґтейм Э. Социология. Её предмет, метод, предназначение / Пер. с фр., сост., послесл. и прим. А. Б. Гофмана. М.: Канон, 1995. 352 с.
50. Соціальні установки юнаків та дівчат до суїцидальної поведінки <https://ua-referat.com>

**СУЧАСНІ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ
ДО ЕВТАНАЗІЇ СУЧАСНИХ
СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ
(МІЖ СТРАХОМ ЖИТТЯ ТА СТРАХОМ СМЕРТІ)**

**MODERN STUDIES
ON THE MODERN MEDICAL STUDENTS'
ATTITUDE TOWARDS EUTHANASIA
(BETWEEN FEAR OF LIFE AND FEAR OF DEATH)**



Галина Католик

*доктор психологічних наук, професор
кафедри практичної психології*

*Львівського державного
університету внутрішніх справ*

e-mail: katolyk@hotmail.com

*ORCID ID: [https://orcid.org/0000-0002-
2169-0018](https://orcid.org/0000-0002-2169-0018)*

Halyna Katolyk

*doctor of psychological sciences,
professor, Department of Practical
Psychology Lviv State University
of Internal Affairs*

Анотація

У публікації пропонуються сучасні дослідження ставлення до евтаназії представників сучасної молоді, а саме студентів медиків ВНЗ України. Ситуація в у цілому цивілізованому світі дуже невтішна. Попри заохочення до створення хоспісів та паліативних відділень в лікарнях, владні структури все ж наполегливо насаджують ідею про «легку активну чи пасивну смерть». Маємо фантазії, що сучасне суспільство, яке перебуває у фазі пандемії, є у стані пасивної евтаназії, коли відсутня добра статистика захворювання, клінічне мислення лікарів не має жодного значення. До уваги при діагностиці беруться лише результати аналізів, хоч я на собі відчула ситуацію, коли аналізи губляться, недбальство та людський фактор помилок при перевантаженні зростає.

Як свідчать попередньо проведені нами (Г. Католик, М. Левкут) дослідження, зміна мислення на користь евтаназії зростає в геометричній прогресії у різних країнах світу. Нас зацікавили дослідження уявлень майбутніх медиків, які вже віч-на-віч познайомилися з проблемою вмирання пацієнтів у процесі проходження клінічної практики. У розділі розглянути історичні аспекти, соціальні аспекти, медичні аспекти досліджуваного явища, запропоновані результати проведеного нами дослідження.

Ключові слова: евтаназія, ставлення до евтаназії, уявлення про евтаназію.

Abstract

Modern research on the attitude to euthanasia of modern youth, namely medical students of Ukrainian universities is offered in the publication. The situation in the civilized world as a whole is very disappointing. Despite encouraging the creation of hospices and palliative care units in hospitals, the authorities are still pushing for «easy active or passive death». There are fantasies that modern society, which is in the pandemic phase, is in a state of passive euthanasia, when there are no good statistics of the disease, the clinical thinking of doctors does not matter. Only the results of the tests are taken into account in the diagnosis, although I have experienced a situation where the tests are lost, negligence and the human error factor in overload increases.

According to our previous research (G. Katolyk, M. Levkut), the change in thinking in favor of euthanasia is growing exponentially in different coun-

tries. We were interested in the study of the ideas of future physicians, who have already faced the problem of dying patients in the process of clinical practice. In the section to consider The historical aspects, social aspects, medical aspects of the studied phenomenon are considered, the results of our research are presented in the chapter.

Key words: euthanasia, attitude to euthanasia, idea of euthanasia.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Один із численних обов'язків, що лягає на плечі лікаря і медицини загалом в сучасному світі, – це констатація моменту, коли серцевий м'яз людини перестає скорочуватися, кров більше не надходить до головного мозку, в результаті чого припиняється мозкова діяльність людини, і ми, зрештою, починаємо вважати людину мертвою. Медичний висновок, який робить з цього приводу лікар, є не тільки визнанням того, що рідним померлої людини нема чого сподіватися. Разом з тим, він виступає як необхідний юридичний документ, що нібито офіційно започатковує всім траурні ритуали, які пов'язані з похованням померлої людини, і виступає правовим актом, який юридично робить дітей сиротами, чоловіка – вдівцем, а жінку – вдовою тощо.

Зрозуміло, наскільки важливими функціями наділяє суспільство лікаря, надаючи йому право визначати момент смерті. Здебільшого нам ці функції здаються очевидними і цілком зрозумілими. Традиційно, смерть визначалася за такими критеріями, як безповоротна зупинка дихання і кровообігу.

Дуже часто лікарів наділяють правом визначати долі пацієнтів. Особливо сьогодні, коли розвивається галузь трансплантології та інших реанімаційних напрямків. Можливо, така тенденція існує не дарма. Неодноразово, лікарі, попри своє покликання оберігати і поліпшувати життя хворому будь-якою ціною, яка прописана в етичному кодексі лікаря, попри нелегку місію віддаватися на максимум в допомозі людині, переходять межі моральної дозволеності і вважають вселюдським благом “допомогти” хворій людині зустріти смерть швидше, трактуючи це як “легку смерть”[4].

Гірка правда така, що явище евтаназії (грец. *eu* – добре + грец. *θάνατος* – смерть), прописане як “добра, легка смерть”, не можна вважати об'єктивно легким через різноманітні етичні, медичні, психологічні та моральні особливості проведення цієї процедури [1].

Проте, прибічники евтаназії все ж знаходять виправдання в пришвидшенні відходу потребуючого хворого. Така медична процедура користується попитом в чималій кількості держав у світі. Проте, легалізованою є лише в деяких. Наразі добровільна евтаназія узаконена в Нідерландах, Бельгії, Люксембурзі, Португалії, Швейцарії, Німеччині, Канаді, Данії, Іспанії, Новій Зеландії понад 20 штатів Америки частина Австралії. Нідерланди є піонерами евтаназії. У 2001 році прийняли закон «Про припинення життя на вимогу і про допомогу в самогубстві», який доз-

воляв лікарям застосовувати активну евтаназію і допомагати хворим у здійсненні самогубства, виписуючи рецепти на смертельні дози ліків. Цей закон набув чинності 1 квітня 2002 року [7].

У Бельгії тенденція застосування евтаназії набрала стрімких обертів. 3 квітня 2005 року в аптеках з'явилися спеціальні набори для евтаназії, що дозволяють полегшити процедуру [7].

Попри законну заборону проведення евтаназії в Україні, все-таки були зафіксовані відчайдушні спроби змінити ситуацію. При внесенні змін до Цивільного кодексу України, прихильники евтаназії вирішили внести свої поправки і дозволити проведення пасивної евтаназії. Проте, така спроба провалилася, бо тоді найвагомішим аргументом проти виступила власне пересторога лікарської помилки під час процедури. Інша така спроба в Україні відбулася 5 лютого 2010 року. Хоча її теж не довели до прийняття.

Коли не брати до уваги моральні та етичні аспекти евтаназії, виходячи із ситуації соціального забезпечення, то бажання легалізувати евтаназію стає зрозумілим. Якби в Україні прийняли закон, який би дозволяв проводити евтаназію у будь-якому вигляді, то це би призвело до багатьох негативних наслідків. На утримання термінального хворого в лікарні потрібні чималі кошти, а при мінімальній заробітній платі лікаря в Україні та у випадку схвалення евтаназії Законом України, потреба піклуватися про хворого взагалі відпаде. Для бідної людини це може бути єдиним шляхом боротьби з її недугою [11].

Ситуація в нашій країні дуже невтішна. Попри заохочення до створення хоспісів та паліативних відділень в лікарнях, наша влада все ж наполегливо насаджує думки про «легку смерть» через пасивне недбальство, що цілком серйозно можна трактувати як активну пропаганду.

Як свідчать попередньо проведені нами (Г. Католик, М. Левкут) дослідження, зміна мислення на користь евтаназії зростає в геометричній прогресії і в майбутніх медиків, які вже віч-на-віч познайомилися з проблемою вмирання пацієнтів. За даними досліджень позаминулого року, медицина в Україні застигла десь ще у 90-х роках минулого століття. Соціально бажана поведінка, яка мала би підводити нас до кращих висот, тримає нас в рабстві відмови від будь-яких змін [12].

На жаль, така сумна ситуація в Україні ніяким чином не змушує нас прагнути до вирішення проблем на користь життя людини. Бо від браку поінформованості та розуміння всіх аспектів життя та вмирання, ми дедалі більше прагнемо обрати, на перший погляд, легке життя, а відтак і легку смерть.

На основі проведеного нами дослідження у 2018-2019 рр. (Г. Католик при допомозі М. Левкут) спостерігаємо зміну мислення на користь евтаназії і в майбутніх медиків. Тому виходячи з актуальності проблеми нами була висунута **мета дослідження: теоретично та емпірично** дослідити ставлення сучасних студентів-медиків до явища евтаназії в Україні.

Об'єктом дослідження було вибрано ставлення до евтаназії як психологічного, медичного та морального явища. **Предмет дослідження** – особливості ставлення до евтаназії студентів-медиків.

Згідно з об'єктом та предметом дослідження нами були висунуті **завдання, які полягали** у здійсненні теоретичного аналізу наукових досліджень, де йдеться про евтаназію, її медичну, психологічну та моральну проблематику, в контексті якої дати визначення поняттю «евтаназія»; з'ясувати суть цього явища; дослідити ставлення до евтаназії, яке формувалося протягом тисячоліть, опираючись на наукові джерела; емпірично дослідити ставлення сучасних студентів-медиків до процесу евтаназії, їх життєві цінності, здатність до емпатії, та взаємозв'язок цих явищ з типами акцентуацій. Згідно з отриманими результатами дослідження узагальнити наукові висновки.

Виходячи з поставлених завдань нами було визначено наступні **гіпотези**: припускаємо, що в студентів старших курсів медичного університету є різне ставлення до явища евтаназії; ймовірно, що в студентів, у яких спостерігаються термінальні та інструментальні цінності, існують різні проєкції власних імпліцитних та експліцитних досвідів на явище евтаназії; припускаємо, що у студентів з високим рівнем емпатії існує негативне ставлення до евтаназії.

Методичний інструментарій дослідження склали методики: анкета, опитувальник Леонгарда-Шмішека, опитувальник для діагностики здатності до емпатії А. Мехрабіан, Н. Апштайн, методика ціннісних орієнтацій М. Рокіча, а також проєктивний тест-символ, що візуалізує ставлення до евтаназії студентів-медиків.

Теоретичне значення дослідження: існує проблема недостатньої освіти про евтаназію в навчальних закладах, зокрема, в медичних університетах. Студенти не є до кінця свідомими стосовно явища евтаназії, не мають чіткого ставлення до цього процесу, не інформовані стосовно феноменів страху смерті та страху життя, які є генетично детермінованими в наших імпліцитних змістах та є спонукальною силою даної медичної маніпуляції.

Практичне значення дослідження: статистично відобразити ставлення студентів-медиків до евтаназії, що може стати поштовхом до змі-

ни когнітивних екзистенцій і впровадження спеціального навчання в університетах, щоби допомогло б майбутнім медикам правильно застосовувати своє покликання на практиці.

АНАЛІЗ ПРОБЛЕМАТИКИ СТАВЛЕННЯ ДО ЕВТАНАЗІЇ В МЕДИЧНІЙ СФЕРІ У СУЧАСНІЙ НАУКОВІЙ ЛІТЕРАТУРІ

Суть і форми евтаназії

Вперше термін «евтаназія» вжив Ф. Бекон для позначення «легкої смерті». Він вважав, що лікарі повинні бути відданими своєму обов'язку та почуттю гуманності, мають поглиблювати свої знання в медицині і водночас робити все для того, щоб полегшити відхід з життя хворого, ще до того моменту, поки той не перестав дихати. Це вважалося дуже гуманним вчинком. Таке прагнення запобігти природному вмиранню хворого можна трактувати як небажану і морально недопустиму інтервенцію з боку лікаря чи медичного персоналу. Таким чином вбивство та самогубство стало набувати інших, більш наукових та завуальовано етичних, назв [18].

Від того часу, термін «евтаназія» став відомим в різних колах людей і ще більше став користуватися попитом, бо людині завжди легше чинити «страшні речі» під виглядом «благих вчинків». Найбільше процедура пришвидшення настання смерті користувалася попитом в критичних ситуаціях, таких як війни, радикальні політичні потрясіння тощо.

Слово евтаназія походить з грецької мови (від «eu» – добрий та «thanatos» – смерть), а суть евтаназії полягає у свідомому припиненні життя людини з наміром позбавити її моральних чи фізичних страждань.

За характерним способом проведення евтаназія поділяється на два найперші та найпростіші види: активна та пасивна. Активною евтаназією вважається націлене втручання лікаря чи медичного персоналу з метою припинити життя пацієнта. В такому випадку найчастішим шляхом переривання життя з медичної перспективи вважається ін'єкція з препаратами, які викликають летальний ефект [25].

В більшості випадків, коли хворий через різні внутрішні та зовнішні причини відмовляється від лікування, що може призвести до його смерті, постає питання про діяльність лікуючого лікаря, особливо у випадку з термінальним пацієнтом (термінальний пацієнт – хворий, якому

за медичними прогнозами залишається жити менше, ніж півроку). З моральної точки зору, аналізуючи відмову пацієнта від лікування, з'являється спірне питання про різницю між завданням лікаря *не починати лікування і припинити вже почате лікування*. Перший випадок порушує моральний обов'язок лікаря врятувати/не дати померти, а в другому випадку – не умертвити. Між цими вдома нелегкими завданнями, які стоять перед лікарем, існує дуже тонка межа [27].

На перший погляд, другого правила не так вже і важко дотримуватися. Тобто лікарю не треба прикладати надмірних зусиль, аби не вбивати когось. Це ніби звичайне життя серед людей, які, природно кожного дня помирають, а ми тільки не можемо ніяк на це вплинути.

Однак, коли в першому випадку не починати лікування, лікарю просто достатньо нічого не робити, то у випадку припинити лікування виникає складна дилема, бо доводиться здійснити певну дію: припинити виписувати ліки, чи відключити людину від апарату життєзабезпечення. Узагальнюючи, можна сказати, що покладений на плечі лікаря тягар, в другому випадку буде тяжчим. Проте, цю різницю між діяльністю і бездіяльністю не варто абсолютизувати. Бо, якщо лікар буде побоюватися починати лікування, щоб не потрапити в ситуацію, коли йому доведеться припинити це лікування через волю пацієнта, то це може стати ще більшим злом стосовно пацієнта, якому таке лікування дійсно могло би допомогти [27].

Якщо з деякими формами відмови від лікування доводиться миритися, то проти активної евтаназії висуваються доволі вагомі аргументи морального характеру.

Повертаючись до активної евтаназії, біоетична література виділяє три її форми: вбивство (умертвіння) через співчуття, добровільну активну евтаназію і самогубство з допомогою лікаря. В першому випадку життя, яке є стражданням для пацієнта, так чи інакше переривається іншою людиною, до того ж неважливо, чи це відбувається зі згоди пацієнта. В другому і третьому випадках береться до уваги бажання пацієнта. Проте, різниця між останніми двома видами евтаназії полягає в тому, що в другому випадку сам лікар на прохання того, що страждає, робить ін'єкцію, коли в третьому випадку лікар дає хворому летальну дозу засобу, який дозволяє вчинити самогубство. [25]

Відповідно до способу проведення евтаназії, в Законі України виділяють наступні форми пришвидшення настання смерті:

- Органазія – позбавлення лікарем життя термінального хворого, який переживає фізичні чи (і) моральні страждання, що заважають йому нормально жити. Це відбувається за бажанням хворого, чи юридичним правом його законних представників через розгляд суду.
- САЛ – це процедура, коли лікар на бажання термінального хворого, який переживає фізичні чи (і) моральні страждання, допомагає йому в самогубстві. Лікар виписує рецепт зі смертельною дозою ліків хворому і надає чітку інструкцію із застосуванням препарату [30].

Історичний аспект проблематики евтаназії в психологічному контексті

Для багатьох первісних суспільств було нормою умертвляти старих людей, хворих, чи, для кочових народів, не забирати зі собою при зміні місця ночівлі. Всім добре відомий звичай давньогрецької Спарти, де слабких, хворих хлопчиків скидали в прірву. В цілому це зовсім не відбувалося окремо від загальноприйнятих уявлень і в інших давньогрецьких полісах. Так, Платон у своєму творі «Республіка» писав, що медицина покликана заопікуватися лише здоровими тілом і душею, що не варто перешкоджати смерті фізично слабких людей. Якщо говорити загалом про Древню Грецію, то там підтримувалося і заохочувалося самогубство тих людей, які досягли 60-річного віку [14].

Сократ, Платон, а також філософи від Зенона (IV-III ст. до н.е.) до Сенеки (I ст. до н.е.) виправдовували умертвіння слабких і тяжкохворих людей, навіть без їх дозволу. Сократ і Платон, крім того, вважали, що якщо людина через свою слабкість чи хворобу робиться для інших тягарем, то вчинити самогубство – її моральний обов'язок. Проте, варто зазначити, що Аристотель був противником умертвіння тяжкохворих чи старих людей [6].

Християнство, яке успадкувало від іудаїзму ідею про те, що людське життя – дар Бога, від самого початку виступало також проти самогубства, навіть, якщо воно було викликане стражданнями. Страждання сприймалися як щось, що варто прийняти з гідністю, з мужністю, як випробування. Блаженний Августин (IV-V ст. н.е.) слідом за Аристотелем засуджував самогубство, навіть перед лицем нестерпного болю вважав самогубство проявом боягузтва і слабкості [6].

Дуже різко проти самогубства та евтаназії виступив Тома Аквінський. Він вважав, що самогубство і вбивство погано впливають на формування

здорового суспільства, християнської традиції, порушують суверенне право Бога розпоряджатися життям людини.

Така позиція безкомпромісного відкидання самогубства і евтаназії ніким не заперечувалася аж до періоду Відродження та Просвітництва. На початках її притримувався і протестантський світогляд, проте звучав він дещо по-іншому: самогубство не вважається непростим гріхом, але при цьому стверджувалося, що рішення про долю душі належить єдиному Богу, а відповідно, тільки Бог може судити самогубця [10].

Пізніше, в протестантизмі панувала думка, що в деяких випадках самогубство є результатом психічної неврівноваженості. В контексті такої ідеї, англійський поет, Джон Донн, висунув думку, що деколи самогубство не порушує ні природного закону, ні норм людського розуму, ні Біблійних законів, ні влади Бога над життям людини.

Опираючись на таке твердження, варто ще раз повернутися до роздумів Ф. Бекона. Обговорюючи етичні питання в стосунку зі смертельно хворими, він підкреслював, що: а) в лікарів багато хвороб вважаються невиліковними; б) відповідно до цього, лікарі несправедливо зарікають людей на смерть, хоча деякі люди все ж одужують незалежно від передрікань лікарів; в) хоча б через залишок гуманності, медицині потрібен напрям, який би займався вивченням ефективної допомоги хворим, що помирають [13].

Одним з найбільш відомих лікарів XIX ст. в Німеччині був Х. Гуфеланд, який осуджував лікарів, що ставляться до вмираючих хворих з презирством, а відтак закликав лікарів не покидати хворих до самої їхньої смерті, щоб принаймні полегшити їхні страждання [13].

Ще один німецький науковець, І. Рейль, у своїх працях про евтаназію наголошував на тому, що обов'язком кожного лікаря є полегшити відхід хворого.

Ще до кінця позаминулого століття подібні розмови не викликали великого інтересу. Тільки близько ста років тому, в умовах падіння релігійності людей і поширення еволюціонізму, активно стала поширюватися ідея добровільної евтаназії, коли йдеться про право закінчити життя самогубством, коли смертельна хвороба перетворює життя в муки і позбавляє сенсу в житті. Тоді ж в Англії та США постало питання про те, щоб дозволити людині, що вмирає, звернутися до лікаря з проханням допомогти їй пришвидшити її смерть. Роль лікаря при цьому визначалася, по-перше, необхідністю точно діагностувати невиліковну хворобу і, по-друге, тим, що в нього під рукою повинні були бути хлороформ і

морфін, які б дозволили припинити страждання людини, ну і, зрештою, обірвати саме життя [15].

В першій половині минулого століття нацистська Німеччина була країною, де евтаназія застосовувалася у величезних масштабах і в конкретних цілях. Проводилася державна політика насильницької евтаназії для всіх тих, хто був «тягарем для суспільства». У 20-х роках минулого століття, німецький науковець та дослідник даного явища А. Хохе висунув ідею про життя, які не варті того, щоб їх проживати, а також про те, що життя підлягає припиненню.

У контексті вищезгаданих тогочасних тенденцій, Гітлер в 1939 р. видав указ про реєстрацію дітей, які страждають на гідроцефалію, параліч, чи мають інвалідність. Документи свідчать, що 5 тисяч з тоді зареєстрованих дітей піддалися евтаназії, отримавши величезну дозу фенobarбіталу. Після ін'єкції фенobarбіталу застосовувалися газові камери на підлітках а також на дорослих, які страждали на розумову відсталість.

Після того, як фашизм був переможений, Всесвітня медична асоціація засудила нацистські експерименти, в тому числі умертвіння неповносправних і хворих дітей та дорослих. Суспільна думка в цілому світі стала різко відкидати евтаназію. Однак, минуло чверть століття і ситуація стала змінюватися. Розвиток нових медичних технологій, які, перш за все, включають апарати для підтримки дихання, життєзабезпечення, а поряд з тим й право людини на «гідне завершення життя» призвело до того, що проблема евтаназії знову постала в центрі уваги. Тепер, однак, цей термін подається як «пришвидшення смерті» тяжко та невиліковно хворого пацієнта, яке відбувається згідно з його волею чи з волі відповідальних за нього осіб» [19].

Сучасні дослідження явища евтаназії

Наприкінці ХХ ст., на початку ХХІ ст. людство зіткнулося з принципово новими проблемами, які виникли через бурхливий розвиток науки і суспільства, і неготовністю людей до морально-етичного вирішення цих проблем. В 70-х роках минулого століття в США та країнах Європи сформувалася нова культура постмодерну, представники якої намагалися знайти і обґрунтувати моральні стандарти стосовно феномену життя. Мова йде про «право на смерть» та «легку смерть».

У всьому цивілізованому світі порушувалися гострі питання про право людини на смерть (Й. Біннебезель, Б. Антушевські, С. Урбанські, Г. Като-

лик, Н. Калька, П. Краковяк, Д. Крижановські, А. Модлінська, А. Яновіч та інші). Існують дослідження, у яких розглядали питання легалізації умертвіння хворих. Питання евтаназії стало частиною культури сучасної людини. Проблема евтаназії обговорюється і є предметом суперечок в соціології, психології, філософії, релігії, юриспруденції та медицині [28]. У 2013 році в Торуні відбулась Міжнародна мультимодальна конференція під назвою «Чи є життя в комі?», де зібрались сотні фахівців з цілого світу, серед яких були представники медицини, соціальні працівники, психологи, психотерапевти, священнослужителі, політики та родини людей, що перебувають у тривалій комі. Серед багатьох представлених досліджень та практик гостро порушувалось питання евтаназії, яке лобіювали представники медичних та політичних кіл Нідерландів. Точились гострі дебати між представниками різних культур та професій.



Рис. 1. Між життям та смертю: страх чого??? (інтернет ресурс)

Традиційна лікарська етика включає в себе заборону: «Я нікому, навіть тому, хто проситиме мене про це, не дам ліки, які би викликали смерть, і навіть не пораджу цього ніколи нікому». З недавніх часів, однак, все частіше і частіше, в лікарів з'явилася потреба в такій практиці принаймні тоді, коли пацієнт сам просить про смерть.

В медичному плані вгамувати біль можна завжди. Краще розуміння та розвиток медицини сприяють тому, щоб лікар, маючи всі потрібні йому препарати, допоміг людині впоратися з її недугою тавилікувати її.

Часто біль виникає як наслідок неправильного його вгамування і недостатньої дози ліків. Вгамувати біль фармакологічним методом можливо, проте недостатньо.

Драма більшості термінальних пацієнтів має, в основному, соціально-психологічний характер: вони почуваються покинутими не тільки лікарем, але й часто родичами. Якраз в такий момент і приходить думка про евтаназію, прохання про яку, по суті, є криком про допомогу [20].

Проте, в наш час існують такі лікарі, котрі виписують анальгетики величезними дозами для того, щоб під прикриттям вгамування болю здійснити справжню евтаназію. Більше того, не раз ставалися випадки, коли лікарі формували у термінального хворого думку, що евтаназія – єдине вірне рішення, яке може прийняти пацієнт в момент страждання. Дуже часто для відчайдушного хворого лікар – єдиний авторитет, якому можна довіряти. Тому під психологічним тиском лікаря хворий погоджується на такий «безнадійний» крок, – прийняти евтаназію. Коли ж пацієнт помирає, лікар продовжує свою практику, оскільки єдиний свідок евтаназії є ще й самогубцем, то ніхто нічого не видасть.

За останні 10-15 років по всій ближній Європі та Азії прибічників евтаназії серед лікарів стає все більше. Про це свідчать останні соціологічні дослідження. Наприклад, в столиці Казахстану, Астані, було проведено соціологічне дослідження, метою якого було вивчення ставлення лікарів до евтаназії. Серед опитуваних були практикуючі лікарі, викладачі Медичної академії, працівники Міністерства охорони здоров'я, фельдшери і медсестри. Аналіз опитування показав, що майже половина лікарів підтримують евтаназію. На запитання «чи змогли би ви обірвати життя хворого власноруч?» половина лікарів відповіла «ні». Таким чином, стає зрозуміло, що велика частина лікарів ставиться до евтаназії позитивно, проте, на їхню думку, здійснювати її повинен хтось інший.



Рис. 2. Лікарські маніпуляції (інтернет ресурс)

Вітчизняний дослідник А. Коні вважав можливим допустити евтаназію в медичній практиці, проте за наявності чітких умов та правил: хворий має бути свідомим, коли просить чи приймає таке рішення; відсутня можливість полегшення страждань відомими засобами; точне доведення неможливості врятувати життя хворого і одногосно прийняте лікарями рішення про це [21].

Повага до гідності людини завжди пов'язана з визнанням волі людини робити вибір в залежності з її духовними цінностями. Саме тому, досі актуальним залишається питання, чи етично допускати будь-які лікарські дії, що завідомо призводять до смерті хворого. Довіра людей до лікарів базується на тому, що медицина покликана зцілювати і її можливості не повинні використовуватися для наближення смерті. Заборону вбивати можна трактувати як спробу захистити лікаря від зла і має не тільки практичне, а й символічне значення, – зберегти соціальний статус медицини [16].

В окремих випадках евтаназія може виглядати як наслідок суб'єктивного милосердя, однак з об'єктивної точки зору така діяльність може нашкодити медичній професії специфічно і суспільству загалом, а тому не може бути виправдана.

Карл Густав Юнг писав про питання смерті так: «Для сучасної людини продовження життя і його кульмінація є цілком ймовірними цілями, тоді як ідея життя після смерті здається людині проблематичною чи такою, що не заслуговує довіри». Згідно з поглядами Зігмунда Фрейда, який наприкінці свого життя роздумував над питанням [власної] смерті та долі людини загалом, вважав, що самогубство і війна представляють собою вираження інстинктивної агресії і деструкції, котрі в свою чергу є взаємозамінними елементами інстинкту смерті. До 1910 року Фрейд знав про самогубство досить багато. Він виділяв ряд клінічних особливостей: 1) почуття провини через бажання, щоб інші люди померли, особливо батьки; 2) порівнювання себе зі суїцидальними батьками; 3) втрата задоволення, точніше відмова від прийняття лібідного задоволення; 4) акт помсти, особливо за втрату задоволення; 5) втеча від приниження; 6) крик про допомогу; 7) тісно пов'язані смерть та сексуальність: корені самогубства – садизм і мазохізм. Особисте ставлення Фрейда до смерті було неоднозначним і тяжким в різних аспектах. Проте, як відомо, хворіючи на рак горла, сам він і вдався до евтаназії [22].

В. Франкл – людина, яка пройшла через жах концтаборів, яка знає ціну людського життя, має величезний науковий і клінічний досвід. Тому

його думка про евтаназію дійсно вартує уваги: «Ми, перш за все, повинні сказати, що не лікарю визначати, чи має життя людини яку-небудь цінність. Суспільство поклало на лікаря єдиний обов'язок – допомагати завжди, коли він може; втамувати біль там, де вважає за потрібне; лікувати, наскільки це в його силах, і доглядати за смертельно хворим. Якби хворі та їхні близькі не були переконані, що лікар серйозно і ретельно підходить до вирішення своїх обов'язків, вони би ніколи більше не довірилися йому. Бо, в іншому випадку, у хворого не було би впевненості, ким для нього зараз буде лікар – помічником чи катом». Ті, хто схвалює евтаназію, очевидно, намагаються не усвідомлено приміряти на себе роль Бога. Тільки не беруть до уваги той факт, що вони такі самі люди, як ті, яких потенційно притягають до смерті» [29].

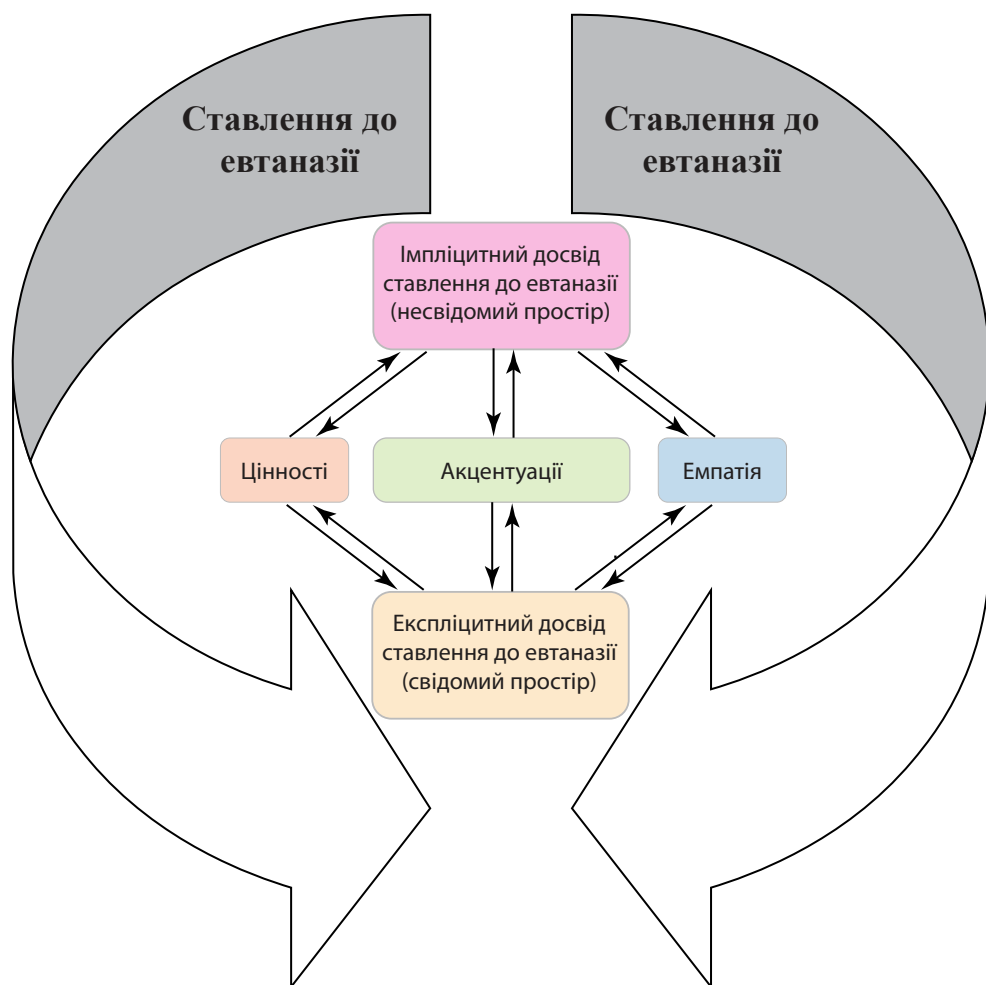


Рис. 3. Модель взаємозв'язків ставлення до евтаназії у студентів-медиків (Г. Католик).

В наш час ми переживаємо світову пандемію COVID-19 та спосте-рігаємо феномени медичних, клінічних та фармакологічних феноменів, які можуть частково належати як до пасивної, так і до активної форм еутаназії. Існують численні теорії появи та розповсюдження вірусу, до яких належать теорії штучно виведеного вірусу, теорії світової змови, біологічної зброї тощо. Важко орієнтуватись у потоці інформації і про-сіяти реальне. Усе покаже майбутнє... Опираючись на теоретичний ана-ліз наукових досліджень щодо явища еутаназії нами була побудована гіпотетична модель цього феномену, яка виглядає наступним чином:

Опираючись на історико-теоретичний аналіз досліджень феномену еутаназії у різні періоди історичного розвитку суспільства, помічаємо хвильову будову цього феномену: у певні періоди функціонування со-ціальних спільнот цей феномен засуджувався і був поза законом, у ін-ший підтримувався і був частиною моделі просоціального медичного протоколу. Базуючись на психодинамічному підході нами була побудо-вана гіпотетична модель взаємозв'язків ставлення до еутаназії у студен-тів-медиків. Модель відображає взаємну залежність цінностей, які спо-відують досліджувані, їх характерологічних акцентуацій, рівня емпатії, імпліцитного та експліцитного досвіду кожного з них, від як не можна відкидати трансгенераційного досвіду кожного досліджуваного, у якому генетично закарбовані досвіди стосунку з еутаназією попередніх поко-лінь. Припускаємо, що імпліцитний досвід здійснив вплив на форму-вання ставлення до еутаназії через неусвідомлені пережиті ситуації, які знаходилися в латентному стані у несвідомому просторі. Через зовнішні тригери, неопрацьовані досвіди досліджуваних, приховані переживання певною мірою вийшли на свідомий простір і знаходяться у більш до-ступному для усвідомлення та опрацювання рівні. Через цю модель ми намагалися встановити кореляційні зв'язки між цінностями, акцентуа-ціями особистості та рівнем емпатії в досліджуваних та прослідкувати їхній прояв через призму імпліцитного та експліцитного досвіду.

Висновок до розділу

В даному розділі висвітлено суть поняття еутаназії, розглянуто істо-ричні аспекти стосунку різних культурних просторів з даним феноме-ном і розглянуто сучасні протиріччя у поглядах на це явище.

Нами було чітко окреслено актуальну проблематику, яку порушує питання еутаназії для світу в хронологічній послідовності від самого по-чатку її застосування і до сьогодення. Ми також встановили різницю між

активною та пасивною евтаназією; провели загальну оцінку цьому явищу, зважуючи «за» і «проти» людей, які професійною мірою дотичні до проблематики вмирання і лікування, надали етичну оцінку явищу евтаназії, опираючись на морально-етичні погляди. В процесі дослідження вагомим аргументом «проти» евтаназії впродовж всесвітньо відомої практики застосування цієї процедури можна назвати власне людський негативний досвід, який пов'язаний з переживанням і втратою. Такий неприємний і непотрібний прибічникам евтаназії досвід пришвидшення власної чи чужої смерті часто замовчується і не виноситься назагал.

Підсумовуючи перший розділ, який стосувався історичного формування поняття «евтаназія», практики застосування, сучасних практик та поглядів на це явище, можна зробити висновок, що тенденція використання способів пришвидшення смерті не спадає, а навпаки зростає у зв'язку з падінням моралі та наростанням соціального тиску.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ДО ЕВТАНАЗІЇ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Опис групи досліджуваних, методик дослідження

У дослідженні взяли участь 46 осіб 4-6 курсів Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, за лікувальним напрямком, з яких 33 – представниці жіночої статі, 13 – чоловічої статі.

Для проведення емпіричного дослідження були використані наступні психодіагностичні методики:

- Авторська анкета досліджуваного;
- Опитувальник акцентуацій особистості Леонгарда-Шмішека;
- Опитувальник для діагностики здатності до емпатії А. Мехрабіана та Н. Апштайна;
- Опитувальник ціннісних орієнтацій М. Рокіча;
- Малюнок-символ для зображення явища евтаназії.

Студентам була запропонована анкета, як одна із методик, де вони могли вибрати своє ставлення до евтаназії серед запропонованих питань. Наприклад, питання «Як Ви ставитесь до евтаназії?» передбачало наступні закриті відповіді: А) позитивно, Б) негативно, В) байдуже; та варіант, який дозволяв висловити власну думку.

Опис організації та ходу емпіричного дослідження

Для проведення дослідження виділено ціннісні орієнтації у студентів медиків 4-6 курсів.

Ми побудували таблицю, представлену в таблиці 1, в якій відобразили ставлення студентів-медиків до еутаназії. Ставлення відображене варіантами відповіді: а) позитивно, б) негативно, в) байдуже; також досліджувані могли обрати свій варіант відповіді, прописавши його своїми словами.

Табл.1. Розподіл досліджуваних за ставленням до еутаназії.

	Позитивно	Негативно	Байдуже	Свій варіант
1	+			
2		+		
3	+			
4				50/50
5		+		
6	+			
7		+		
8	+			
9	+			
10	+			
11	+			
12	+			
13				неоднозначно
14	+			
15	+			
16	+			
17	+			
18	+			
19		+		
20				допускає можливість в певних випадках
21	+			
22		+		
23	+			
24		+		
25				залежить від випадку
26				неоднозначно
27	+			
28	+			

	Позитивно	Негативно	Байдуже	Свій варіант
29	+			
30	+			
31		+		
32				не виключає
33	+			
34	+			
35	+			
36	+			
37	+			
38				компромісно
39	+			
40		+		
41		+		
42		+		
43	+			
44	+			
45	+			
46	+			

На основі отриманих даних було побудоване графічне зображення розподілу досліджуваних за ставленням до евтаназії, представлене на рис. 4.



Рис.4. Графічне зображення ставлення до евтаназії у студентів-медиків.

Серед досліджуваних 29 студентів мають позитивне ставлення до евтаназії, у 10 студентів вироблене негативне ставлення і 7 студентів мали

свій варіант, представлений такими відповідями: *неоднозначно; компромісно; залежить від випадку; 50/50; допускає можливість проведення еутаназії в конкретних випадках.*

Пропонуємо також таблицю, у якій відобразили типи акцентуацій студентів-медиків за методикою Леонгарда-Шмішека (табл. 2):

Табл. 2. Розподіл досліджуваних за типами акцентуацій особистості (опитувальник Леонгарда-Шмішека).

Типи	Кількість студентів
Демонстративний	5
Педантичний	5
Застрагаючий	8
Збудливий	3
Гіпертимний	4
Дистимічний	2
Тривожний	9
Циклотимний	3
Афективно-екзальтований	4
Емотивний	3

На основі отриманих даних з таблиці про розподіл досліджуваних за типами акцентуацій особистості (опитувальник Леонгарда-Шмішека), було побудоване графічне зображення розподілу досліджуваних за акцентуаціями особистості, представлене на рис. 5.



Рис. 5. Розподіл досліджуваних за акцентуаціями особистості (опитувальник Леонгарда-Шмішека).

Згідно з даними, які ми отримали після розподілу досліджуваних за акцентуаціями особистості, домінуючими акцентуаціями серед студентів-медиків були зафіксовані застригаючий та тривожний типи. Виходячи з таких результатів можемо припустити, що переважна більшість студентів-медиків мають певного роду страхи та інші боязні; також легко піддаються афекту і довго не позбавляються від переживань.

Таблиця, подана нище, показує рівень емпатії у студентів-медиків відповідно до методики А. Мехрабіана та Н. Апштайна.

Високий рівень емпатії	Середній рівень емпатії	Низький рівень емпатії
16	13	17

Табл. 3. Рівні емпатії у студентів-медиків за опитувальником А. Мехрабіана та Н. Апштайна.

Серед 46 студентів-медиків – 17 студентів володіють найнижчим рівнем емпатії, що може свідчити про їхню нечутливість як до людських страждань, так і до запитань про евтаназію.

На діаграмі нижче (представлений на рис. 6) зображені рівні емпатії у студентів-медиків.

Рівні здатності до емпатії

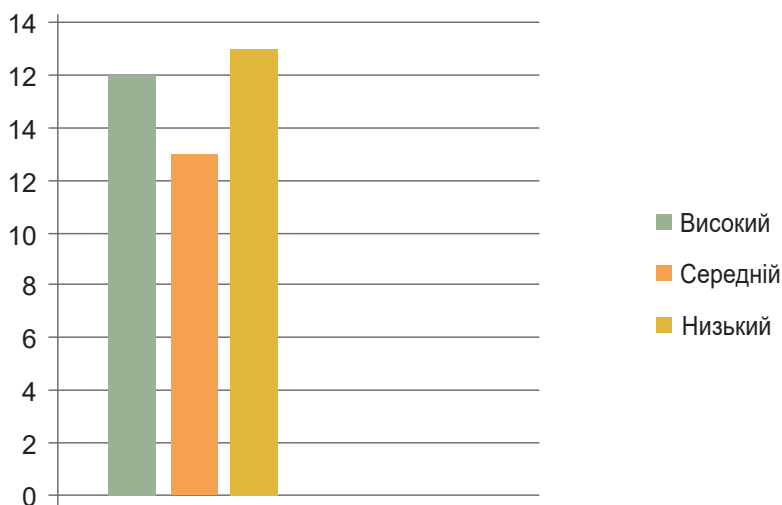


Рис. 6. Рівні здатності до емпатії (опитувальник А. Мехрабіан та Н. Апштайн).

Серед досліджуваних – 46 студентів, 16 – мають високий рівень емпатії, 13 – середній, 17 – низький рівень емпатії. Можна припустити, що низький рівень емпатії у більшості досліджуваних міг бути спричи-

нений їхніми прихованими (імпліцитними) та явними (експліцитними) досвідами і сформуватися впродовж досвідів життя, навчання та транс-генераційних досвідів.

Щодо ціннісних орієнтацій студентів-медиків – спостерігаємо наступну картину (рис. 7).

Ціннісні орієнтації М. Рокіча

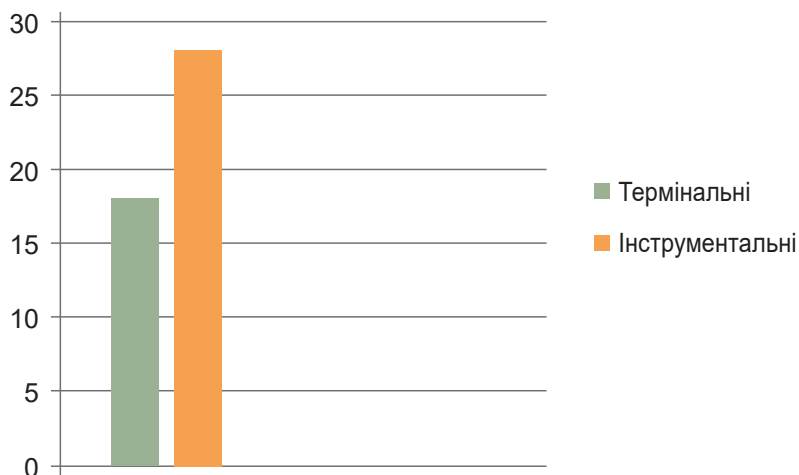


Рис. 7. Графічний розподіл досліджуваних за ціннісними орієнтаціями (опитувальник М. Рокіча).

Серед досліджуваних студентів, що володіють термінальними цінностями (переконання, що мета життя людини вартує пройденого шляху) виявлено 18; студентів, що володіють інструментальними цінностями (переконання, що будь-яка дія людини завжди є кращою в індивідуальній ситуації) є 28.

Опис, аналіз та інтерпретація емпіричного дослідження

В дослідженні нами були використані методи статистичної обробки отриманих результатів.

Порівняльний аналіз

Для проведення порівняльного аналізу ми за допомогою методики акцентуацій особистості Леонгарда-Шмішека виділили два переважаючих типів акцентуацій особистості у досліджуваних. Серед яких: застрягаючий тип (46%) та тривожний тип (54%) (рис. 8).

Типи акцентуацій особистості



Рис 8. Порівняльний аналіз типів акцентуацій особистості серед студентів-медиків за методикою Леонгарда-Шмішека.

Для дослідження здатності до емпатії ми використали опитувальник А. Мехрабіана та Н. Апштайна. Відповідно до методики ми отримали наступні результати (рис. 9):

- група з високим рівнем емпатії (16 осіб, або 34% від загальної кількості досліджуваних);
- група з середнім рівнем емпатії (13 осіб, або 28% від загальної кількості досліджуваних);
- група з низьким рівнем емпатії (17 осіб, або 36% від загальної кількості досліджуваних).

Рівні здатності до емпатії



Рис. 9. Порівняльний аналіз рівнів емпатії за методикою А. Мехрабіан та Н. Апштайна.

Для діагностики та порівняльного аналізу ціннісних орієнтацій ми використали методику М. Рокіча та отримали такі результати і представили їх на рис. 10:

- група студентів, які володіють термінальними цінностями (переко-
нання, що мета життя людини вартує пройденого шляху) налічує
18 осіб або 39%;
- група студентів, що володіють інструментальними цінностями (пе-
реконання, що будь-яка дія людини завжди є кращою в індивідуаль-
ній ситуації) складає 28 осіб або 61%.



Рис. 10. Порівняльний аналіз термінальних та інструментальних цінностей за методикою М. Рокіча.

Кореляційний аналіз

Оскільки метою нашого дослідження було дослідити ставлення студентів-медиків до явища евтаназії, ми провели кореляційний аналіз отриманих даних. Оскільки розподіл даних є наближеним до нормального, ми в першу чергу розрахували коефіцієнт кореляції Пірсона. Відповідно до результатів кореляційного аналізу, існує пряма кореляція між ставленням до евтаназії і рівнем емпатії ($r = 0,35$, $p \leq 0,05$), тобто, що менший рівень емпатії, то більш позитивне ставлення до евтаназії. Дані за коефіцієнтом кореляції Спірмена відповідають попереднім результатам ($r = 0,36$, $p \leq 0,05$).



Рис. 11. Пряма кореляція між ставленням до евтаназії та рівнем емпатії за методикою А. Мехрабіана та Н. Ашитайна.

Була проведена кореляція між ставленням до евтаназії та результатами опитувальника акцентуацій особистості. Ми отримали прямий зв'язок за коефіцієнтом кореляції Пірсона між ставленням до евтаназії та акцентуаціями особистості ($r = 0,39, p \leq 0,05$). За коефіцієнтом кореляції Спірмена ми отримали подібні результати ($r = 0,36, p \leq 0,05$).



Рис. 12. Пряма кореляція між ставленням до евтаназії та акцентуаціями особистості за опитувальником Леонгарда-Шмішека.

Також ми отримали прямий зв'язок між інструментальними і термінальними цінностями та ставленням до евтаназії ($r = 0,41, p \leq 0,05$) за коефіцієнтом кореляції Пірсона. За коефіцієнтом кореляції Спірмена ми отримали схожі результати ($r = 0,44, p \leq 0,05$).

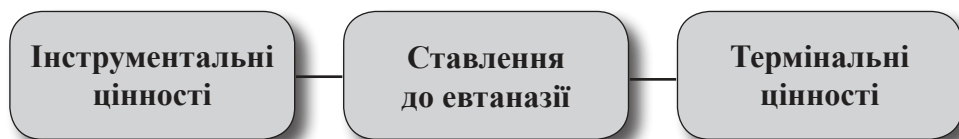


Рис. 13. Пряма кореляція між ставленням до евтаназії та інструментальними і термінальними цінностями за методикою М. Рокіча.

Можемо припустити, що у студентів-медиків, які кожен день бачать страждання людей, емпатія супроводжує їхнє бажання допомогти хворому уникнути тих страждань. У багатьох випадках, на їхню думку, це може бути лише шляхом позбавлення людей життя. Оскільки інші можливості вичерпані і не діють.

Ми не виявили кореляційного зв'язку між віком та статтю досліджуваних. Також в нашому досліджуванні не корелювала загальна мотивація до професії лікаря у студентів-медиків.

В загальній плеяді можливих прямих зв'язків ми виявили кореляцію між такими явищами: ставлення до евтаназії корелює з акцентуаціями особистості ($r = 0,39, p \leq 0,05$), рівнем емпатії ($r = 0,35, p \leq 0,05$), термінальними та інструментальними цінностями ($r = 0,41, p \leq 0,05$), та має незначний зв'язок з імпліцитним та експліцитним досвідом (відповідно до якісного аналізу, який буде представлений нижче). Акцентуації особистості корелюють з інструментальними та термінальними цінностями

ми ($r = 0,29$, $p \leq 0,05$), а також зі ставленням до евтаназії. Термінальні та інструментальні цінності, у свою чергу, корелюють з рівнем емпатії ($r = 0,31$, $p \leq 0,05$) та мають незначну кореляцію з імпліцитним та експліцитним досвідом (відповідно до якісного аналізу).

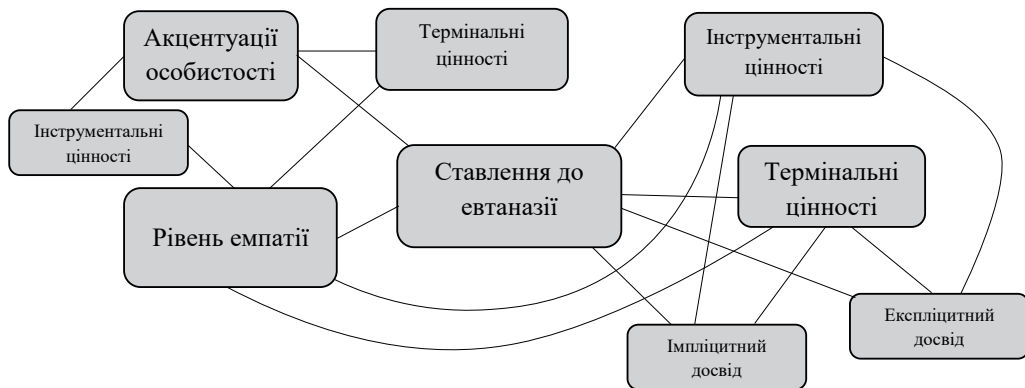


Рис. 14. Загальна плеяда можливих прямих зв'язків між явищами в емпіричному дослідженні.

Якісний аналіз

Для дослідження імпліцитних змістів досліджуваного явища нами застосовувалась проєктивна методика «Малюнок-символ «евтаназія». Вона полягала в зображенні на аркуші паперу досліджуваним певного символу, який нагадує йому, чи чітко передає значення евтаназії. При інтерпретації результатів були виявлені наступні тенденції:

- в найбільшій кількості малюнків серед досліджуваних спостерігаються сцени самого процесу евтаназії (реалістичні сцени), де є пацієнти, які лежать на ліжку. Є й поряд ті люди, які безпосередньо роблять ін'єкцію, а також близьке оточення, яке емоційно страждає. На цих малюнках вагомим предметом є сам шприц. Як правило, він є достатньо великим, іноді, як сама людина;
- на деяких малюнках спостерігається ангел, який є над хворим, що можна трактувати, як екзистенційного сприйняття самого процесу евтаназії з точки зору конкретної дії чи події досліджуваними;
- на восьми малюнках зображений шприц, яким виконується дія евтаназії, що може бути символом у зміні стану досліджуваного.

Малюнки поділились також за сюжетними лініями:

- 1 група. Сюжет «Взаємодія». Досліджувані у своїй взаємодії підняли у процесі дослідження цілу гаму емоцій, які пов'язані з влас-

ними експліцитними та імпліцитними досвідами і створили певні переживання особистісного характеру.

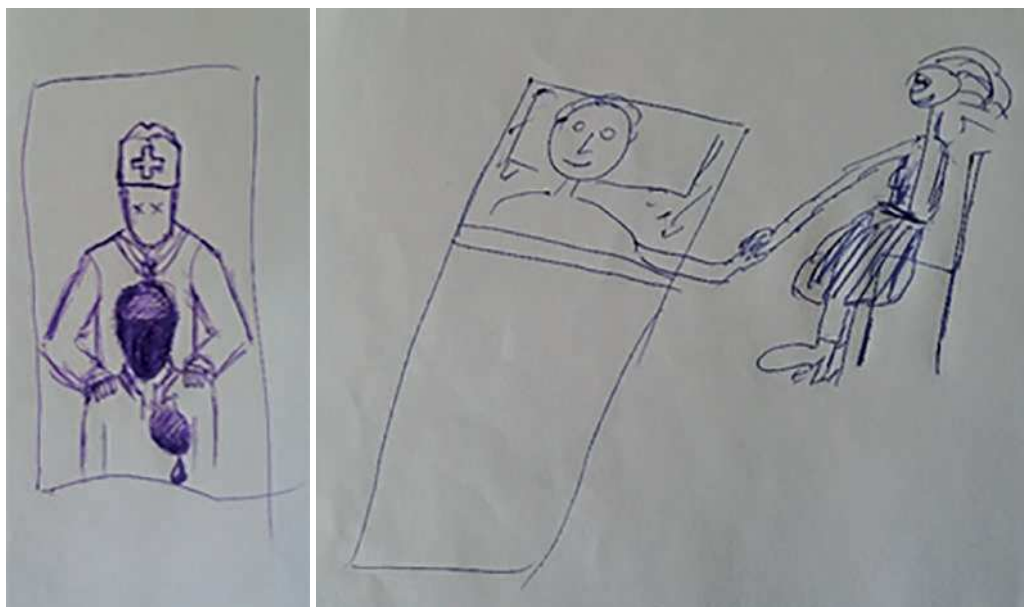


Рис. 15. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Взаємодія».

- 2 група. Сюжет «Шприц як знаряддя». Через цей об'єкт відбувається зміна стану пацієнта. Власні досвіди і переживання пов'язані з медичними маніпуляціями, які переживали студенти у своєму життєвому досвіді (ми припускаємо, що це можуть бути дитячі досвіди та страхи).

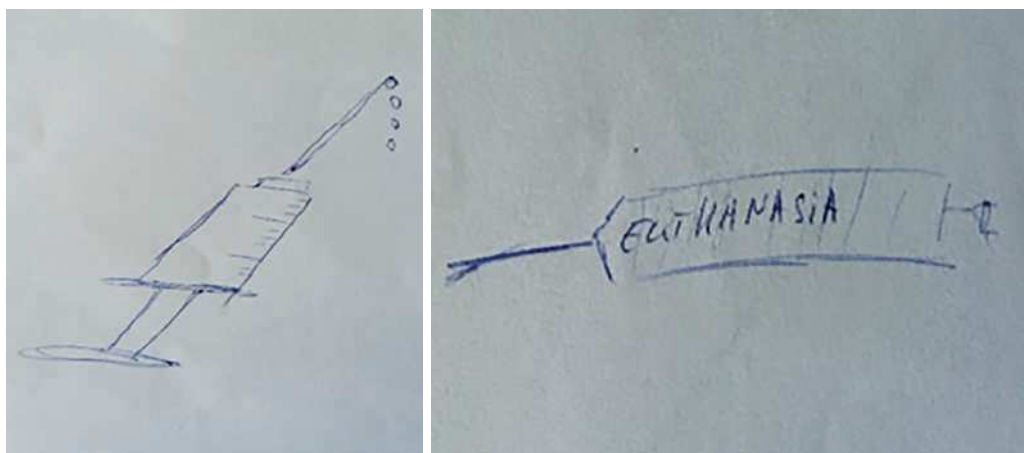


Рис. 16. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Шприц як знаряддя».

- 3 група. Сюжет «Хрести». До цієї групи можна віднести малюнки з архетипною символікою. Концентрація на хрестах свідчить про конкретний колективний перехід з одного стану в інший.



Рис. 17. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Хрести».

- 4 група. Сюжет «Емоція смутку». Обличчя в стражданні, що може бути свідченням переживань. Відсутність на малюнку людей і стосунків нашоїває нас на думку про власні ранні дитячі страждання студентів та відщеплення від тіла.

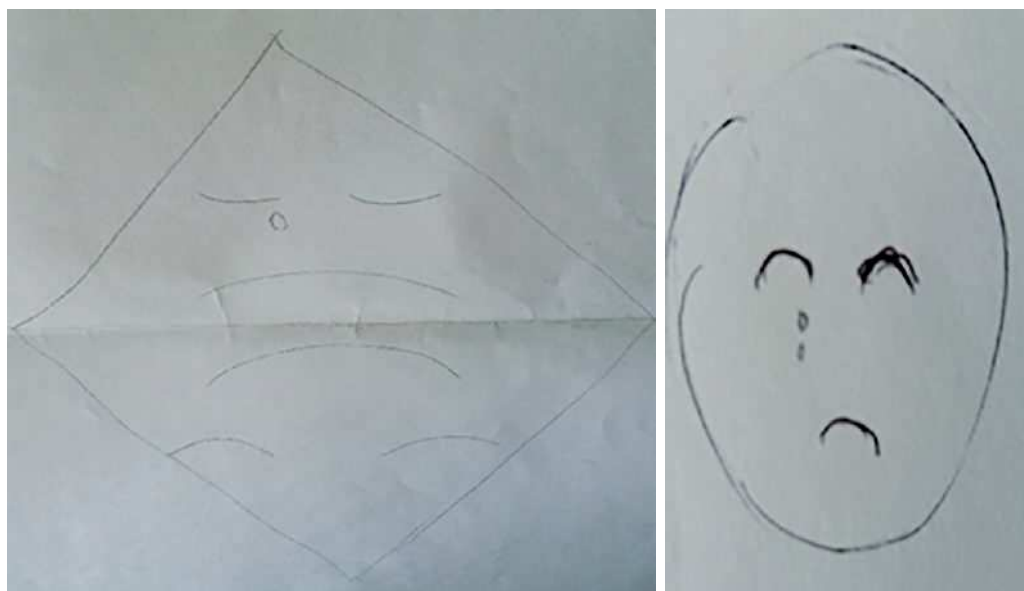


Рис. 18. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Емоція смутку».

- 5 група. Сюжет «Символіка». В досліджуваних проявляється архетипний досвід, що втілюється в архетипній символіці (згасання свічки, символ смерті, символ змії з чашею, ключ, сонце, місяць). Можемо припустити, що осмислення цієї ситуації приводить досліджуваних до зустрічі із загальнолюдськими базовими архетипними символами та досвідами.

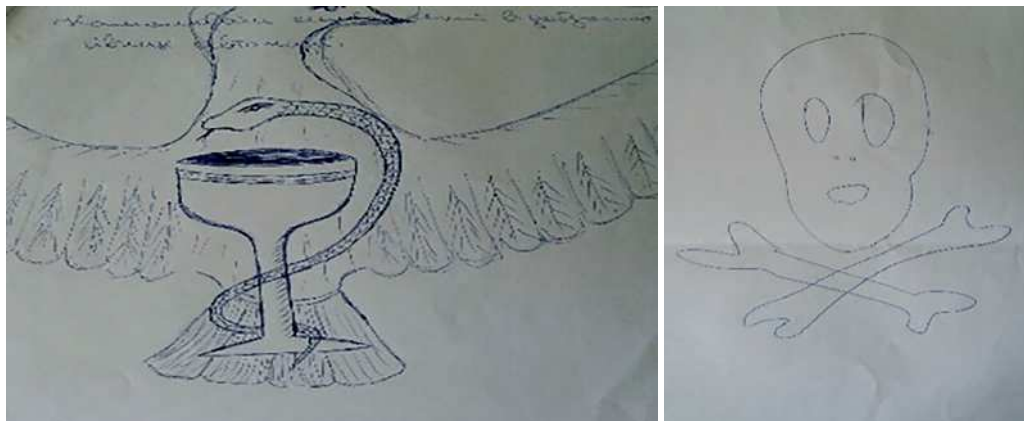


Рис. 19. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Символіка».

- 6 група. Сюжет «Явища природи». В досліджуваних можуть виникати складні життєві питання екзистенційного характеру в просторі і часі.



Рис. 20. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Явища природи».

- 7 група. Сюжет «Перервана ізоляція». Таке зображення передає перехід частоти серцевих коливань в ізоляції і може свідчити про професійний досвід (дисоційоване сприйняття евтаназії).

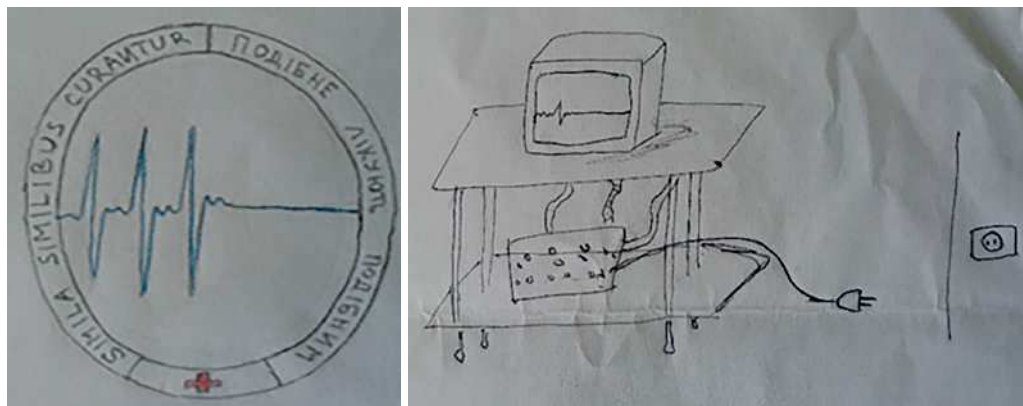


Рис. 21. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Перервана ізоляція».

- 8 група. Сюжет «Машина на дорозі». Може свідчити про евтаназію, як про певний шлях, який треба перейти людині, яка страждає. Машина може виступати символічним переходом з одного стану людини в інший; може позбавити хворого від небажаних мук; переправити в «краще життя».

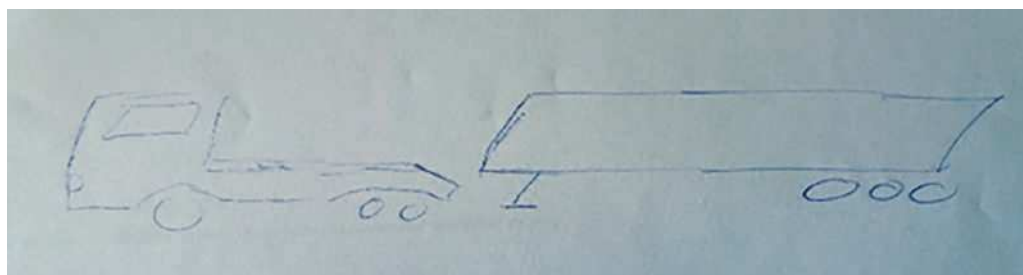


Рис.22. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Машина на дорозі».

- 9 група. Сюжет «Пустка». Пустий листок на підписом «тут все намальовано». Відмова чи небажання подати зображення може свідчити про певною мірою втечу від реальності або вести за собою певний прихований зміст, містити підтекст.

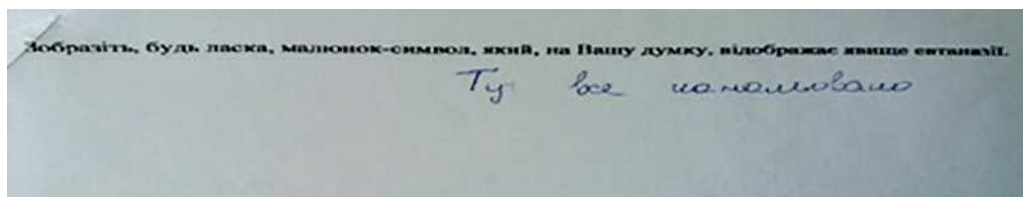


Рис. 23. Приклад символічного зображення явища евтаназії досліджуваними з групи «Пустка».

При останньому опрацюванні результатів емпіричного дослідження були виявлені наступні результати:

- 29 студентів мають позитивне ставлення до евтаназії, у 10 студентів виявлене негативне ставлення і 7 студентів мали свій варіант, представлений такими відповідями: неоднозначно; компромісно; залежить від випадку; 50/50; допускає можливість проведення евтаназії в конкретних випадках.
- Відповідно до розподілу досліджуваних за акцентуаціями особистості (опитувальник Шмішека). Демонстративний та педантичний типи були виявлені у 5 студентів, застрягаючого типу є 8 студентів, збудливого, емотивного і циклотимного – 3, гіпертимного та емотивно-екзальтованого є 4, тривожного – 9 студентів.
- Із 46 студентів-медиків 16 – мають високий рівень емпатії, 13 – середній, 17 – низький рівень емпатії.
- Студентів, що володіють термінальними цінностями (переконання, що мета життя людини вартує пройденого шляху) є 18; студентів, що володіють інструментальними цінностями (переконання, що будь-яка дія людини завжди є кращою в індивідуальній ситуації) є 28.

ВИСНОВКИ

В даній роботі нам вдалося теоретично дослідити явище евтаназії; прослідкувати формування ставлення до евтаназії в історичному контексті та розглянути позиції прибічників та противників цього явища.

За допомогою емпіричного дослідження ми дослідили вплив рівня емпатії у студентів-медиків на ставлення до евтаназії. У дослідженнях ми використали 5 методик: авторську анкету досліджуваного, опитувальник акцентуацій особистості Леонгарда-Шмішека, опитувальник для діагностики здатності до емпатії А. Мехрабіана та Н. Апштайна, опитувальник ціннісних орієнтацій М. Рокіча та малюнок-символ для візуалізації ставлення до явища евтаназії.

В дослідженні взяли участь 46 студентів-медиків, з яких 13 – чоловіки і 33 – жінки. Відповідно до першої гіпотези, де йдеться, що ймовірно у студентів-медиків буде різне ставлення до евтаназії, – все підтвердилося. Згідно з порівняльним аналізом були виявлені інструментальні та термінальні цінності та їхня кореляція зі ставленням до евтаназії, а відповідно до якісного аналізу ми отримали різні проєкції імпліцитних та експліцитних досвідів на явище евтаназії.

Беручи до уваги всі отримані дані, ми можемо частково підтвердити нашу гіпотезу, що у студентів, які сповідують термінальні та інструментальні цінності, існують різні проекції власних імпліцитних та експліцитних досвідів. Також частково можемо стверджувати, що сформоване позитивне ставлення до евтаназії може бути спричинене достатньо високим рівнем емпатії. Часткове підтвердження гіпотези може впливати з невеликої вибірки досліджуваних. Однак, ми спостерігаємо певний зв'язок між цими явищами, що може бути підставою для проведення дослідження з більшою вибіркою досліджуваних.

Список використаних джерел:

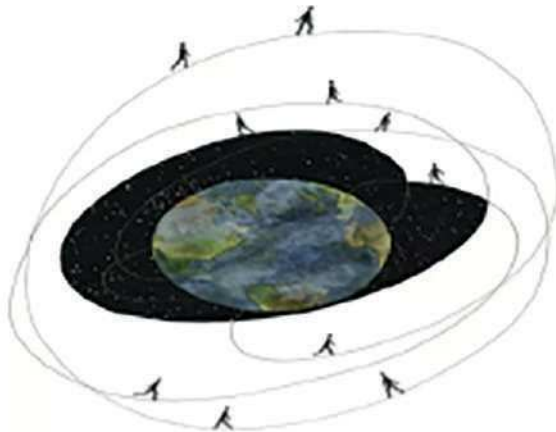
1. Андрусів С. В., «Кримінальне право України: Особлива частина. Підручник»; За ред. П. С Матишевського та ін. К.: Юрінком Інтер, 1999. 45 с.
2. Кириленко Т. С., Мирончак К. В. «Особливості переживання страху смерті в різних життєвих ситуаціях: когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти». 2010. 82 с.
3. Примаченко В. Ф., «Проблема евтаназії в кримінальному праві України», Ви-во «Право і безпека», 2002. С. 5-11.
4. С. Йосафата Оксана Дробик, «Паліативна допомога як протидія евтаназії»,Ви-давництво «Друкарські куншти», Львів, 2011.
5. Арнольд Дж. Тойнби, «Роль личности в истории», Изд-во: «Харвест», «Астрель» 2012 г. 114 с.
6. Байер К., Шейнберг Л. «Здоровый образ жизни». М.: Мир, 1997.
7. Большой толковый социологический словарь. В 2-х т. Т.2.-М: Вече; АСТ, 2001. 528 с.
8. Выготский Л. С., «Психология развития человека», Изд-во «Смысл» Эксмо, 2005. 109 с.
9. Иммануил Кант. Критика способности суждения. Изд. «Искусство» 1994 г.
10. Мельников Д. Тайна гестапо. Империя смерти. Вече, 2000.
11. Парахневич О. С., Портнова А.Г. Специфика переживания страха смерти в воз-растно-половом аспекте. Изд-во «Генезис». 2006. 12-15 с.
12. Секацкий А. К. Ускользание и обман в поединке со смертью / В кн. Психология умирания и смерти: Хрестоматия / Сост. К. В. Сельченко. Мн.: Харвест, 1998 г. 79-82 с.
13. Сельченко К. В. Анализ внутренних переживаний потребителя / Психология умирания и смерти: Хрестоматия. Изд-во «Харвест», 1998 г. 3-11 с.
14. Введение в биоетику. Учебное пособие. Изд-во «Прогресс-традиция». Москва 1998 г.
15. Ardelt M., “Effects of Religion and Purpose in Life on Elders’ Subjective Well-Being and Attitudes toward Death.” Journal of Religious Gerontology, 2002. 163-192 p.
16. Baergen R., “Ethics at the end of life”, Idaho state university, 2001. 1-38 p, 42-46 p.
17. Becker E., “The Denial of Death”, New York, 1973.
18. Campbell C, Fahy T. Suicide and schizophrenia. Psychiatry. 2005.
19. Dowbiggin I., “A merciful end: The euthanasia movement in modern America”, New York: Oxford University Press, Inc; 2003.
20. Fenigsen R., M.D., Ph.D., «Other people’s lives: reflections on medicine ethics and euthanasia», New Jersey, 2011.
21. Phillips P., “Physician-assisted suicide, euthanasia and palliative sedation: attitudes and knowledge of medical students”, GMS Journal for Medical Education, 2016. – 42 p.
22. Gandhi A., “Desire for death in cancer patients – an Indian Study”, Presented at the International Congress of the International Psycho Oncology Society, Copenhagen, 2004. 39-128 p.

23. Griffin G., "A prospective investigation of suicide ideation, attempts, and use of mental health service among adolescents in substance abuse treatment", 2008.
24. Hurley K., "Implementing a population health plan in an animal shelter", Blackwell Publishing Professional, Oxford, UK, 2004.
25. Lock J., An Essay Concerning Human Understanding, «Oxford University Press», 2008. 205 p.
26. Katolyk H.V. Peculiarities of attitudes of medical students to eutanasia: the psychological aspect. Personality in society: psychological mechanisms of activity: collective monograph / N. P. Hapon, S. L. Hrabovska, N. V. Hrebin., etc. – Lviv-Torun : Liha-Pres, 2020. P. 94-117.
27. Maslow A. H. "A Theory of Human Motivation, New York, 2004.
28. McLennan M., "The revised death fantasy scale: a measure of reaction to anticipatory contemplation of personal death", The Australian Counseling Psychology, 1994. 232 p.
29. Morris K. N., "Trends in intake and outcome data for animal shelters in Colorado", Journal of the American Veterinary Medical Association, February, 2009. 98-153 p.
30. O'donnell T.J., "Morals in medicine", The newman press, Westminster, Maryland, 1956. 190-193 p.
31. Piaget J., «The Psychology of Intelligence», Brooklyn, 1947. 1-94 p.
32. petition.kmu.gov.ua > kmu > Petition > View
33. irbis-nbuv.gov.ua > [cgi-bin](#) > [irbis_nbuv](#) > [cgiirbis_64](#) > [jnn_2014_1](#)

**ЕКЗИСТЕНЦІЯ,
ЕКЗИСТЕНЦІЙНІ ВИКЛИКИ
ТА ЕКЗИСТЕНЦІЙНІ ПЕРЕЖИВАННЯ
ОСОБИСТОСТІ У КОВІДНІЙ РЕАЛЬНОСТІ**

**EXISTENCE, EXISTENCE CHALLENGES
AND EXISTENT EXPERIENCES
OF PERSONALITY IN CONVENIENT REALITY**

**EXISTENCE, EXISTENCE CHALLENGES
AND EXISTENCE EXPERIENCES
OF PERSONALITY IN COVID REALITY**



...Вірус може забрати мене. Я міг би бути паралізований цією страшною реальністю, або я можу зробити вибір і жити по-іншому. Обидва шляхи мають сенс. Обидві відповіді на виклики ситуації мають власну цілісність. Але я спробую заспівати свій гімн подяки. Я буду сміятися і їсти горіховий пиріг. І коли я плачу, то плачу сильно – так само сильно, як сміюся, коли мені смішно. Я простягну руку, щоб потиснути вашу простягнуту руку. Тепер ми екзистенційно ближче, ніж будь-коли, у нашому «соціальному відчуженні».

Тодд Дюбоз,
доктор філософії, релігії та психології,
професор школи Чикаго професійної психології,
професор Університету Сейбрук,
співзасновник Американської асоціації
екзистенційного аналізу, капелан.

Наталія Калька, *Nataliya Kalka,*
старший викладач кафедри *senior lector department*
психології факультету психології *of practical psychology*
Інституту управління, психології та
безпеки Львівського державного
університету внутрішніх справ
e-mail: mavochka2002@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6989-4909>

Галина Одинцова, *Halyna Odyntsova*
кандидат психологічних наук, *Head of the Department*
завідувачка кафедри практичної *Candidate of Psychological Sciences*
психології Інституту управління,
психології та безпеки Львівського дер-
жавного університету
внутрішніх справ
e-mail: horashko@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7102-7724>

Анотація

У розділі монографії подано результати емпіричного дослідження екзистенційних переживань у час карантину пандемії коронавірусу в Україні. За допомогою малювання мандал вдалося визначити особливості і домінування переживань у період пандемії, а також шляхом аналізу кольорів, символів та стадій мандали вдалося з'ясувати особливості пошуку і переживання сенсу у ситуації вимушеної ізоляції і викликів ковідної реальності.

Ключові слова: екзистенція, екзистенційні виклики, екзистенційні переживання, пандемія, ковідна реальність.

Abstact

The chapter of the monograph presents the results of an empirical research of existential experiences during the quarantine of the coronavirus pandemic in Ukraine. By drawing mandalas, it was possible to identify the features and dominance of experiences during the pandemic, as well as by analyzing the colors, symbols and stages of the mandala, to find out the features of finding and experiencing meaning in a situation of forced isolation and challenges.

Key words: existence, existential challenges, existential experiences, pandemic, covid reality.

Несподівана зміна ритму життя, численні локдауни, карантинні обмеження, раптова ізоляція, що зумовлені пандемією коронавірусу COVID-19, стали новою реальністю 2020-2021 років у всьому світі.

Для кожної особистості зокрема зустріч з новим вірусом спричинила відчуття особистісної пастки, що пов'язана із пошуками сенсу, втраченою почуття безпеки, віри у майбутнє, обмеження свободи та страхом за життя та здоров'я (власне та своїх рідних). Пандемія переформатувала звичну реальність у ситуацію постійних особистісних викликів, гострих, нестійких та кризових переживань, що здебільшого пов'язані із глибинними сенсами, а саме особистісною екзистенцією.

Інтенсивність екзистенційних переживань у ковідній реальності спричиняє надання глибинного та ціннісного сенсу явищам та подіям, що є складовими картини життєвого світу особистості, змінює уявлення особистості про себе і про світ, загострює страхи та усвідомлення смерті, спрямовує особистість на розуміння цінності життя та осмислення його як найвищого дару.

Несподівана пандемія коронавірусу посилила глобальну латентну тривогу у суспільстві і спрямувала її в екзистенційне русло: до питань життя і смерті, свободи і відповідальності.

Численні дослідження сенсу життя та екзистенційних проблем містяться у працях зарубіжних вчених Л. Бінсвангера, С. Мадді, Р. Мея, В. Франкла, І. Ялома і вітчизняних (Г. Балла, І. Булах, О. Чабана).

У статті Н. Болдирьової зазначено, що емоційні реакції під час переживання пандемії коронавірусу схожі із реакціями в умовах бойового стресу, радіоактивної небезпеки, техногенної катастрофи та терористичного акту. Проте, у випадку пандемії масштабність страху і тривоги є унікальною та пролонгованою у часі, оскільки загроза і небезпека є невидимою та новою для людини і відповідно відсутня її просторова-часова локалізація і розуміння заходів для її подолання чи уникнення. Загострення та інтенсивність переживання тривожних та панічних станів зумовлена «пошуком ворога», яким може стати кожен носій або хворий COVID-19 і відповідно вживання низки заходів (ізоляція, обмеження свободи переміщення, недоступність звичних способів зняття емоційної напруженості) [1; С. 104]

Тому спектр емоційних переживань на тлі ковідної реальності пов'язаний із домінуванням гніву, злості, жаху, тривоги, страху, дратівливості, апатії, ступору, суму, провини, а також актуалізацією переживань

екзистенційного спектру (самотність, невизначеність, нудьга, безглуздість існування).

Доцільно також згадати про страждання як важливий компонент у переживанні кризових ситуацій особистістю. У свою чергу страждання є цінним екзистенційним переживанням, яке підкреслює факт існування людини і може бути виражене через внутрішнє осмислення «Я страждаю значить я існую». Ще В.Франкл зазначав, що не тільки в творчості і радості життя може бути осмисленим, але також і в страданні [11].

Страждання не завжди пов'язані із спробою їх уникнути, іноді людина сама шукає і посилює їх, проте вони є відображенням глибинної та трагічної сторони буття людини і водночас свідченням життєвого пориву до пошук сенсу життя та щастя особистістю.

Серед емоційних переживань екзистенційного реєстру науковці також виокремлюють і позитивні, а саме любов, творчість та катарсис.

Негативні емоційні переживання (апатія, відчуття пустки, депресивні переживання, жах, нудьга, відчай, самотність, страх смерті) у пандемічній ситуації пов'язані із незнанням актуальних обставин, з якими стикнулася людина і загалом людство, абсолютним нерозумінням наслідків і перспектив буття у невизначеності, інтенсивністю та суперечливістю інформації, знецінення і безсенсовістю існування, відчуженістю, стійким переживанням стану «нікуди себе подіти і нічим себе зайняти» [3].

Переживання самотності є результатом усвідомлення власної непотрібності і тотального відчуття нерозуміння з боку інших. Це відображається через установки на кшталт «усім складно – мені найскладніше», «ніхто не розуміє, як мені складно».

Наявність та постійне переживання страху смерті у ситуації пандемії пов'язано із відсутністю можливості впливати на ситуацію, загрозою для здоров'я і життя. Відповідно наявність таких переживань роблять людину заручницею такої ситуації і перетворюють існування в ній у суцільний жах і особистісне випробування.

Проте наявність позитивних екзистенційних переживань, зокрема любов є потужною підтримкою та ресурсом у кризових моментах пов'язаних із пандемією, катарсис сприяє швидкому відновленню та пошуку нового сенсу у системі координат нової реальності, а творчість дозволяє зануритися і наповнитися важливими ідеями і сенсами і витіснити негативні переживання.

З метою визначення особливостей екзистенційних переживань в період пандемії коронавірусу в Україні використано проєктивну методику

MARI Дж. Келлог [1]. У дослідженні взяли участь 70 осіб (40 жінок і 20 чоловіків) віком 17-64 роки, які перебували на карантині. Дослідження проводилося у квітні-вересні 2021 року у м. Львові.



Рис. 1. Г. Одинцова, Н. Калька на представленні результатів дослідження.

Кожному із досліджуваних запропоновано інструкцію: «Візьміть чистий аркуш паперу А4 і на ньому простим олівцем намалюйте велике коло. Віднайдіть центр кола. Візьміть олівці чи фарби і починайте малювати всередині кола. Пам'ятайте, що зовнішні межі кола не повинні бути для Вас перешкодою. Якщо Ви хочете вийти за межі кола, Ви можете це зробити – це Ваше коло. Коли Ви закінчите малювати назвіть малюнок і напишіть дату. Вкажіть, де знаходиться верхня частина зображення» [5]. Після малювання досліджуваним пропонувалося відповісти на низку запитань.

Для визначення специфіки екзистенційних переживань нами було взято до уваги назву мандали, емоції, які вона викликає, ключові елементи, що вона містить (символи), стадію та смислове повідомлення, закодоване у ній автором мандали.

За результатами аналізу проєктивного матеріалу досліджуваних більше половини мандали можна віднести до «екзистенційних», назви та смислові повідомлення яких свідчать про домінування екзистенційних переживань.

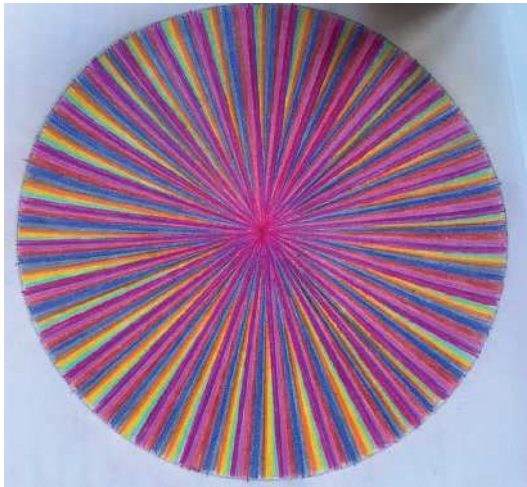
Категорія «екзистенційних мандал» демонструє глибоку осмисленість та усвідомлення життєвих та особистісних процесів авторами, потребу віднайти точки опори в житті.

У більшості таких мандал мовою символів, кольорів відображається усвідомлення себе частинкою Всесвіту, бажання віднайти «себе для себе», «себе для світу» та «світу для себе». Відповідно усі екзистенційні мандали наповнені смисловими повідомленнями, що стосуються свободи, плинності та циклічності життя та змін у житті, неможливості впливати і контролювати складні життєві процеси.

У назві таких мандал чи смислових повідомленнях до них найчастіше зустрічаються слова «метаморфоза», «трансформація», «зміни», «розвиток», «пошук», «нове життя», «старт» (Рис. 2).



«У всьому є зв'язок»



«Вибір»



«Настане час»



«Пори року»

Рис. 2. Екзистенційні мандали

Змістове наповнення наведених мандал підкреслює важливість і зосередженість на життєвих процесах, у яких включені досліджувані. Так, мандала з назвою «У всьому є зв'язок» підкреслює складність і водночас неповторність життєвих процесів і тісний зв'язок між ними («У житті у всьому є порядок і зв'язок»).

Мандала «Вибір» наголошує на повторюваності в житті та вирішальності вибору та відповідальності за нього («У кожного є вибір, з якого кольору почати, але все одно треба пройти всі кольори»).

Мандала «Настане час» скеровує до життєствердної позиції та позитивної установки на життя, до наповнення особистості ресурсами та життєвою енергією, вірою у краще («Усе буде добре і настане час, і знайдеться місце для відновлення енергії та налагодження порядку в голові та душі!!!»).

У мандалі з назвою «Пори року» ключовою тезою виступає усвідомленість життя, замкненості та повторюваність його процесів. Відповідно смисловим повідомленням автор мандали закликає до вміння радіти життю і бачити його цінність та красу («Вмійте жити і насолоджуйтесь усіма моментами»).

Так, «екзистенційні мандали» з позитивним емоційним навантаженням містять яскраві кольори, основними елементами виступають природа (квіти, дерева), пори року (весна та літо) (Рис. 3).



«Відродження»



«Райський куточок»



«Моя метаморфоза»

Рис. 3. Мандали з позитивними екзистенційними переживаннями

У респондентів, які є авторами позитивних екзистенційних мандал, можна відстежити сприйняття ситуації пандемії, як трансформуючої, повної творчості та можливостей для особистісного розвитку, глибинних осмислень і в результаті формування позитивних установок. Про це

промовисто свідчать назви мандал, а саме «Барви світу», «Райський куточок», «Магічний Всесвіт», «Пташка в цвіту», «Моя метаморфоза», «Настане час», «Відчуй це», які засвідчують творче та катарсичне переживання у період пандемії. Незважаючи на невизначеність ситуації пандемії у досліджуваних, вона породжує гармонію, спокій, баланс та сприймається ними як відпочинок, тимчасова зупинка та можливість відкрити нові горизонти у власному «Я».

Ці мандали найчастіше супроводжуються такими смисловими повідомленнями: «Даруй квіти життя», «У кожній ситуації залишайся на позитиві», «З весною все змінюється на краще», «Все буде добре», «Жити яскраво», «Природа квітчається – особистість розвивається», «Не опускай руки». Кожне із цих повідомлень демонструє позитивне налаштування респондентів та їх переконання у перспективності майбутнього та наповненості життя.

Також емоційне тло цих мандал пронизано тільки позитивними емоціями і найчастіше досліджувані окреслюють найчастіше як «радість», «спокій», «внутрішній спокій», «умиротворення», «свобода», «задоволення». Часто для означення позитивного емоційного стану досліджувані вживають слова, у яких закодовані позитивні та оптимістичні емоції «надія», «надія», «комфорт», «легкість», «затишок», «тепло», «рівновага». Незважаючи чи неочікуваність та складність ситуації, що пов'язана із пандемією коронавірусу, більшість досліджуваних знаходяться у стані внутрішньої гармонії, емоційного балансу і наповнені позитивними емоційними переживаннями. Для цих осіб карантинні обмеження є можливістю «паузи», наповнення ресурсом через творчість та можливість зробивши зупинку, насолоджуватися моментом «тут і тепер». Також для більшості досліджуваних, які є авторами «позитивних мандал», помітний акцент на єднання з природою, переживання естетичних почуттів та увага до деталей в навколишньому світі.

Щодо особливостей мандал з негативними екзистенційними переживаннями, то як правило, у них домінує спокійна або ж монохромна кольорова гама і відповідно наявні елементи та символи, що вказують на переважання негативних емоцій (страх, сум, нудьга, печаль, напруження, неспокій, байдужість, настороженість, тривога тощо) (Рис 4.).

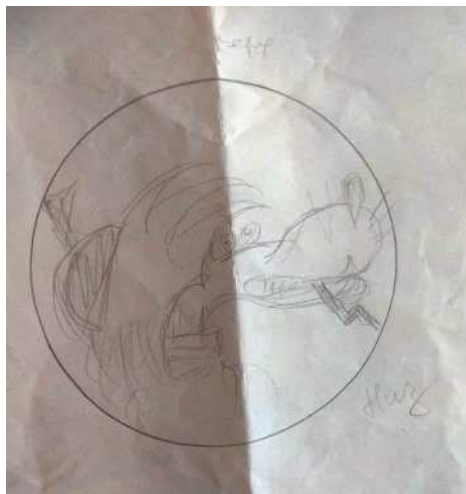
У назвах та смислових повідомленнях мандал прослідковуються емоційні відтінки страху, неспокою, невдоволення і прагнення стабілізувати свій внутрішній стан. Тому в силу екзистенційних переживань такого типу прослідковується гостра потреба у пошуку внутрішньої стабіль-



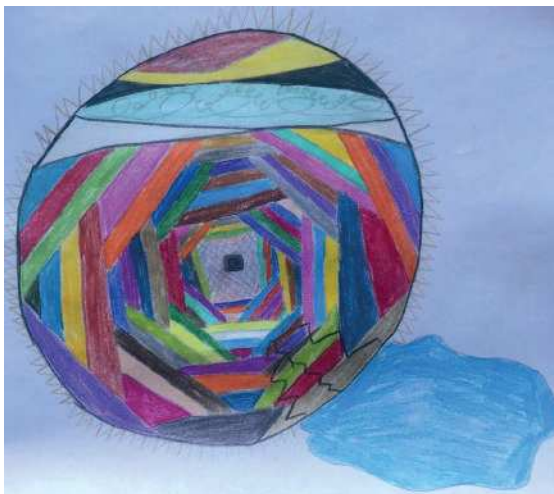
«Самотнє серце»



«Писанка не вдалася»



«Вовк»



«Бардак»

Рис. 4 Мандали з негативними екзистенційними переживаннями

ності, рівноваги, спокою та задоволення. Це також відображено у смислових повідомлення, а саме «Треба берегти себе і світ», «Все непросто», «Все складно», «Життя складне», які вказують на тривогу, внутрішній дисбаланс, неспокій та констатують складність перебування в актуальній життєвій ситуації.

Щодо розподілу стадій мандали за Дж. Келлог у досліджуваних помічено домінування шостої стадії «Поєдинок з драконом» (22%), дванадцятої стадії – «Трансцендентний екстаз» (19%), стадія «Блаженство» та «Фрагментація» характерна для 11% досліджуваних (Рис. 5.)

Розподіл стадій мандали за Дж. Келлог

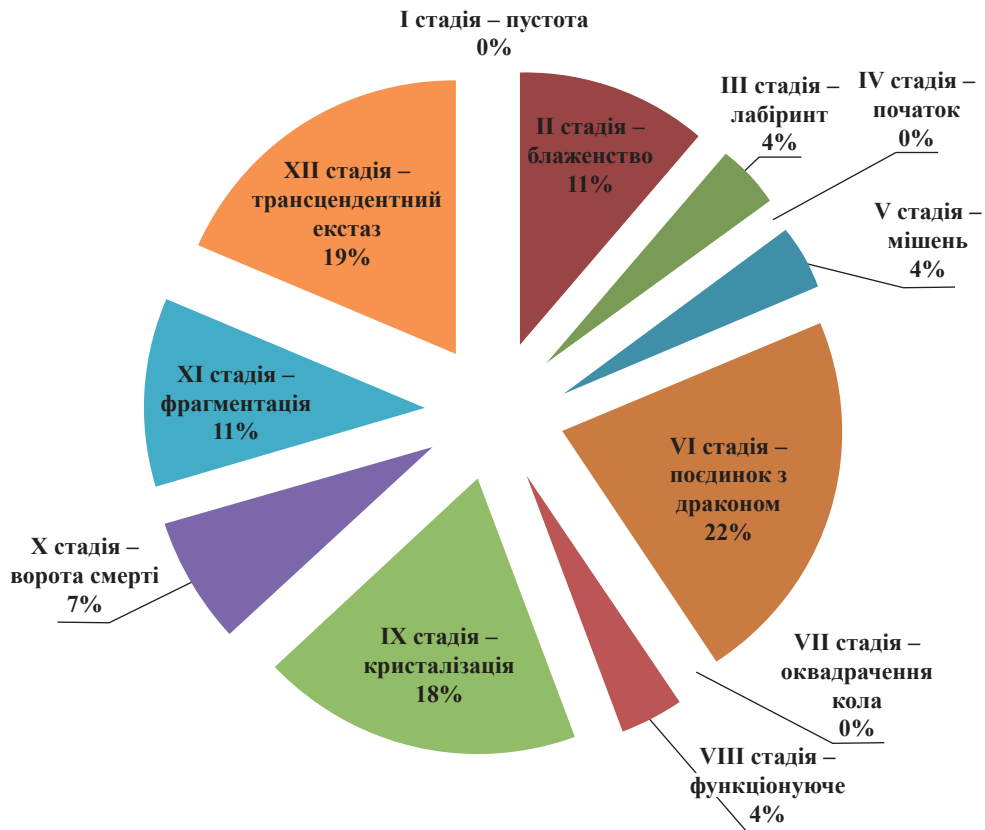


Рис. 5. Розподіл стадій екзистенційних мандал за Дж. Келлог

Більшість мандал характеризують стадію «Поєдинок з драконом», для якої властиво переживання суперечливих емоцій, бажання активно відстоювати власне «Я». Відповідно перебування на цій стадії свідчить про наявність страхів, амбівалентність почуттів і потребу і бажання втечі від реальності. Закономірно, що особи, що перебувають в карантині характеризуються саме такими переживаннями, оскільки ковідна реальність для кожної особи наповнена несподіванками, загрозами, небезпекою та невизначеністю.

Щодо стадії «Фрагментації», то вона є перехідною точкою і пов'язана із втратою «Я», переживанням страхів, тривоги, сильними екзистенційними переживаннями, проте вона є стадією повного очищення і трансформації і поступовим шляхом до самоактуалізації. Особи, що знаходяться на цій стадії переживають здебільшого катарсичні емоції, які пов'язані із самоусвідомленням і самоочищенням.

У осіб, які перебувають на стадії «Блаженство» та «Трансцендентний екстаз» можна спостерігати домінування довіри до себе і до світу, відчуття легкості, натхнення, наповнення життєвою творчою енергією. Саме ці стадії характеризуються наявністю позитивних екзистенційних переживань, а саме любові, усвідомленості та наповненості сенсу та внутрішньої тріумфальності.

Такі особи віднайшли у реальності, що пов'язана із пандемією, джерело абсолютного спокою, наповнення енергією та творчості і відповідно віднайшли можливість особистісного розвитку та самоактуалізації.

Характеризуючи домінуючі символи (зокрема центральні символи мандали) у екзистенційних мандалах, відзначимо, що серед них найчастіше трапляються геометричні символи, символи живої природи (квіти, їх частини, дерево, пташки, риба), геометричні фігури (кола, сектори), а також пори року, море, річка та хвилі та інші (Рис. 6)

Символи в екзистенційних мандалах

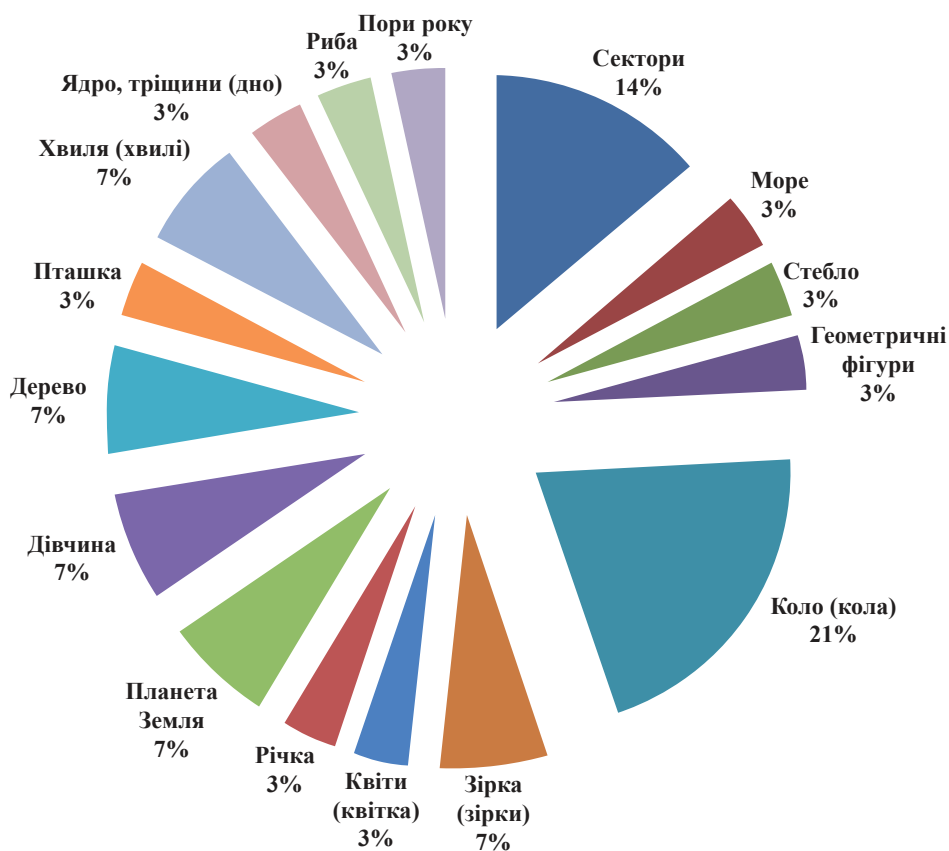


Рис. 6 Символи в екзистенційних мандалах

Так, наявність геометричних фігур, у випадку екзистенційних мандал, найчастіше трапляється коло, що символізує порядок, цілісність, гармонію та безперервність або ж наявність обмежень, але водночас і визначеність особистості [7, С. 125]. Наявність цих елементів у досліджуваних вказує на внутрішню збалансованість і перебування в позитивних емоційних станах, інтегрованість структур внутрішнього «Я» (Рис. 7).



Рис. 7. Мандали з домінуючим символом «Коло»

Варто відзначити екзистенційну сутність символу квітки у мандалах, що відображає прагнення розвитку, процес внутрішнього збагачення. Акцент на духовну сутність. Часто вказує на сформованість самості, що є вираженням цілісності індивіда.

Символи моря та річки у екзистенційних мандалах є підтвердженням, руху, усвідомлення життя та смерті індивідом, осмислення людського життя, перетворення і відтворення. Також вони вказують на плинність часу та життя, символізують незворотні життєві процеси [7].

Безперечно, що пандемічна реальність змусила по-новому усвідомлювати та аналізувати життєві процеси та життя в цілому, що безперечно, відобразилося у символічному наповненні мандал.

Символ зірки в екзистенційних мандалах є свідченням відчуття індивідом світової гармонії, аналізу власного призначення, мудрості, натхнення; з'єднання квадрата з колом (у вигляді зірки, троянди, лотоса, концентричних кіл і т.д.) означає кінцеву стадію процесу індивідуалізації.

Загалом, відзначимо, що ситуація коронавірусу поставила надскладне особистісне завдання щодо пошуку задоволення і радості в ситуації ізоляції, індивідуального сенсу та цінності в «житті у невизначеності». Тому пошук та особистісний вибір полягає у виборі вектору руху – до страху і невпевненості чи творчості і катарсису.

За внутрішніми відчуттями ситуація карантинних обмежень та пандемії внутрішньо переживається особистістю як «екзистенційний шторм»,

проте особистісна установка кожного, хто переживає вкрай непрості емоції та вирішує екзистенційні завдання поставлені самим життям.

Важливим особистісним повідомленням для кожного, хто зіткнувся із вкрай непростими особистісними переживаннями є слова Х. Муракамі «Колись шторм мине, і ти не згадаєш, як його пережив. Ти навіть не будеш впевнений чи він уже закінчився. Але точно одне беззаперечно: коли ти вийдеш зі шторму, ти ніколи знову не станеш тією людиною, яка ввійшла в нього. Тому що в цьому і був весь сенс».

Список використаних джерел:

1. Болдырева Н. А. Особенности функционирования эмоциональной сферы в период пандемии. Пандемия коронавируса: вызовы современности. Сборник материалов Научно-практической конференции, 26 ноября 2020 г. Москва, 2020. С. 103-108.
2. Волошина Л., Леко Б., Кушніра Л. Сенс життя, екзистенційна психотерапія і COVID-19. Психосоматична медицина та загальна практика. №4. 2020. Режим доступу: URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/269#title-0>
3. Дюбоз Т. Когда COVID-19 встречает надежду: экзистенциальные вызовы новой пандемии. Режим доступу: URL: <https://monocler.ru/kogda-covid-19-vstrechaet-nadezhdu>
4. Калька Н. М., Одинцова Г. Ю. Екзистенційні переживання особистості під час карантину пандемії коронавірусу в Україні. FUNDAMENTAL AND APPLIED RESEARCH IN THE MODERN WORLD. Збірник тез VI Міжнародної науково-практичної конференції, 20-22 січня 2021 р. Бостон, США. С. 515-520.
5. Копытин А. И. Диагностика в арт-терапии. Метод «Мандала». СПб.: Речь, 2014. – 144 с.
6. Калька Н. М., Ковальчук З. Я. Практикум з арт-терапії. Львів: ЛьвДУВС, 2020. 230 с.
7. Калька Н. М., Ковальчук З. Я. Одинцова Г. Ю. Практикум з арт-терапії. Ч. 2. Львів: ЛьвДУВС, 2021. 150 с.
8. Психологія і педагогіка у протидії пандемії COVID-19: Інтернет-посібник / за наук. ред. В. Г. Кременя ; [координатор інтернет-посібника В. В. Рибалка колектив авторів]. Київ : ТОВ «Юрка Любченка», 2020. 243 с.
9. Федосенко Е. В. Жизнь после карантина: психология смыслов и коронавирус CoViD-19. Психологические проблемы смысла жизни и акме: Электронный сборник материалов XXV Международного симпозиума / Отв. ред.: Г. А. Вайзер, Т. А. Попова, Н. В. Кисельникова – М.: ФГБНУ «Психологический институт РАО», 2020. С. 34-47.
10. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Харків: Клуб сімейного дозвілля, 2016. 160 с.
11. Франкл В. Сказать жизни «Да!»: психолог в концлагере. М: Альпина Нон-фикшн, 2009. 239 с.
12. Хаф Н. Экзистенциальные переживания. Режим доступу: <https://natalija-khaf.livejournal.com/68893.html>

**ОСОБЛИВОСТІ ЕКЗИСТЕНЦІЙНИХ СТРАХІВ
COVID-19 У ПАЦІЄНТІВ ЛІКАРЕНЬ
ПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ**

**PECULIARITIES OF EXISTENTIAL FEARS
OF COVID-19 IN PATIENTS
OF PSYCHIATRIC PROFILES**



Галина Католик

доктор психологічних наук, професор
кафедри практичної психології ІУПБ
Львівського державного
університету внутрішніх справ
e-mail: katolyk@hotmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2169-0018>

Halyna Katolyk

doctor of psychological sciences,
professor Department of Practical
Psychology Lviv State University
of Internal Affairs

Юстина Олексин

психолог, Львівський обласний
клінічний психоневрологічний
диспансер КНП ЛОР
e-mail: YustynaO170899@gmail.com

Justina Oleksin

psychologist, Lviv Regional Clinical
psychoneurological dispensary

Олександр Львов

психолог, інструктор з трудової
терапії КНП ЛОР ЛОКПЛ
голова Креативних мистецьких
психотерапій УСП
президент Асоціації
Музикотерапевтів України (АМУ)
e-mail: alexlvov@ucu.edu.ua,
ascander@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-7981-4266>

Alexander Lvov

psychologist, instructor of occupational
therapy KNP ENT LOCL
Section of the Creative Art
Psychotherapies of UUAP
Association of Music therapists
of Ukraine (AMU)

Анотація

В розділі пропонуються останні дослідження екзистенційних страхів COVIDy, в певній мірі опосліджуваної у суспільстві соціальної групи, у пацієнтів лікарень психіатричного профілю. Дослідження проводилось у психіатричній лікарні, де існують специфічні умови перебування пацієнтів, та й самі пацієнти перебувають часто у станах загострення хворіб психіатричного регістру.

В зарубіжних дослідженнях страх перед хворобою розуміється як страх людини перед смертю. Слід зазначити, що страх перед хворобою може бути ірраціональним, але він може бути функціональним способом самозбереження в небезпечних умовах (наприклад, пересторога при пандемії). Страх перед конкретним захворюванням за відсутності тілесних симптомів свідчить про прояви нозофобії. Розглядаючи страх перед хворобою як ірраціональний, ми покладаємось на думку, що він виникає без участі попереднього досвіду переживання фізичних симптомів хвороби. Однак, нозофобія може бути як ірраціональним, так і функціональним страхом на основі попереднього досвіду. На основі проведеного теоретичного аналізу нами була візуалізована гіпотетична модель особливостей екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю, яка стала підґрунтям емпіричного дослідження.

Ключові слова: COVID-19, нагнітання страхів, ненормативні страхи, любов, смерть, психіатрична хвороба.

Abstract

Recent studies of COVID's existential fears in a somewhat socially lagged social group of psychiatric patients is offered in the chapter. The study was conducted in a psychiatric hospital, where there are specific conditions of stay of patients, and patients themselves are often in a state of exacerbation of mental illness.

In foreign studies, fear of disease is understood as a person's fear of death. It should be noted that the fear of the disease may be irrational, but it can be a functional way of self-preservation in dangerous conditions (for example, caution in a pandemic). Fear of a specific disease in the absence of physical symptoms indicates the manifestations of nosophobia. Considering the fear of illness as irrational, it is believed that it arises without the prior experience of experiencing the physical symptoms of the disease. However, nosophobia can be both irrational and functional fear based on previous

experience. Based on the theoretical analysis, we visualized a hypothetical model of the existential fears of COVID patients of psychiatric hospitals, which became the basis of empirical research.

Key words: COVID-19, instilling fears, non-normative fears, love, death, psychiatric ill.

АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ситуація, викликана пандемією COVID-19, дійсно тривожна. Залишатися байдужим та осторонь непросто. Саме тому в умовах невизначеності – людина втрачає контроль і боїться того «поганого», що може трапитися зненацька. Роздумуючи про наслідки цього процесу, активізується страх, як інстинкт виживання та базова емоція людини.

В умовах пандемії COVID-19 нагнітання страхів, створення постійної психічної напруги та стресу стало своєрідною психологічною зброєю масового ураження. Коли страх стає домінуючою емоцією, починає керувати думками та поведінкою людини, він призводить до деградації особистості.

Звісно лише від нас і нашого критичного мислення залежить, як саме реагувати на це – мати «холодну голову» чи впадати в паніку. Але є також група людей з психічними розладами, що перебувають на стаціонарному лікуванні в психіатричній лікарні. Внаслідок своїх порушень, вони мають знижений імунітет, затьмарений стан свідомості та інші розлади особистості, які в умовах пандемії загострюються через вплив зовнішніх та внутрішніх факторів на психічне здоров'я.

Тому очевидно є актуальність вибору теми дослідження, а саме «Особливості екзистенційних страхів COVID у пацієнтів лікарень психіатричного профілю» в контексті розуміння семантики екзистенційних страхів у запропонованій вибірці досліджуваних. Дослідження проводилось у першу і другу хвилю захворювань. У 2020 році.

Метою дослідження було на основі теоретичного аналізу та емпіричного дослідження з'ясувати особливості екзистенційних страхів COVID у пацієнтів лікарень психіатричного профілю.

Відповідно до мети визначено **завдання дослідження, які полягали** у здійсненні теоретико-методологічного аналізу особливостей екзистенційних страхів; побудові гіпотетичної моделі екзистенційних страхів COVID пацієнтів психіатричного профілю; емпіричному дослідженні особливості екзистенційних страхів COVID у пацієнтів лікарень психіатричного профілю; здійсненні кореляційно-регресійного аналізу між групами статистичних даних; здійсненні порівняльного аналізу особливостей екзистенційних страхів до COVID у пацієнтів лікарень психіатричного профілю та за її межами; узагальненні висновків.

Об'єкт дослідження було визначено як екзистенційний страх, як психологічний феномен, відповідно **предметом дослідження були** осо-

бливості екзистенційних страхів COVID у пацієнтів лікарень психіатричного профілю.

Теоретико-методологічною базою дослідження слугують вітчизняні та зарубіжні наукові доробки вивчення екзистенційного страху як феномену, що здійснює вплив на особистість (Е. Фромм, Р. Мей, К. Ізард, Х. Хекхаузен, А. Бек, М. Бердяєв, А. Баканова, В. Суворова, Г. Католик), особливостей екзистенційних страхів у контексті хвороби (Д. Маркс, У. Аргас, М. Біанчі, У. Штерн).

Теоретична значущість дослідження. На основі теоретичного аналізу поглиблено та розширено знання щодо особливостей екзистенційних страхів та їх впливу на особистість водночас і у аспекті хвороби. **Практична значущість дослідження** полягає у використанні результатів емпіричного дослідження, базуючись на яких можна окреслити особливості екзистенційних страхів у пацієнтів лікарень психіатричного профілю, а також за її межами.

Методи та методики дослідження. Для розв'язання поставлених завдань та перевірки гіпотетичної моделі були використані методи теоретичного та емпіричного дослідження: систематизація, моделювання, анкетування, тестування, якісний та кількісний аналіз даних за допомогою методів математичної статистики з використанням Microsoft Excel (для кореляційного аналізу) та мова R (для порівняльного аналізу за F-критерієм Фішера).

Емпіричне дослідження базувалося на використанні методик: авторська анкета; методика «Страхи», розроблена В. Панок, Л. Батищева з авторською модифікацією; проєктивна методика «Мій страх до COVID-19».

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕКЗИСТЕНЦІЙНИХ СТРАХІВ

Концептуальні підходи до вивчення особливостей екзистенційних страхів.

Оскільки здатність до символічного мислення дозволяє людині уявляти майбутнє, люди живуть, постійно усвідомлюючи, що колись вони помруть. Це унікальне знання породжує підсвідомий страх, який може посилитися в будь-яку хвилину. Відвідування цвинтаря, випадкове побачення нещасного випадку, зустріч людей похилого віку – ці повсякденні події можуть активізувати страх смерті. Ці події щодня супроводжують

спосіб життя, організовуючи певні поведінкові, інтелектуальні та емоційні моделі реакції у життєвому досвіді особистості [13].

На думку Н. А. Бердяєва, «нова ідея смерті породжує нову культуру», а нова культура – це нова форма організації життєвого досвіду – нова форма розгортання та представлення культурних втілень життя і смерті. Цю закономірність можна простежити на прикладі різних культурних просторів: ставлення до смерті, її розуміння та тлумачення в різних суспільствах мають свої специфічні архетипні основи. Незважаючи на постійність архетипної символіки смерті, вона має тенденцію змінюватися, відтворювати широкий спектр нових онтологічних та аксіологічних проявів залежно від сучасних потреб особистості та суспільства в цілому. І чим віддаленіші такі культурні простори будуть один від одного, тим помітнішою буде різниця. Наприклад, у Китаї ставлення до смерті, смисло-життєві орієнтації та переживання, засновані на страху перед закінченням життя, суттєво відрізняються від ставлення та досвіду страху перед смертю в Україні. Група американських соціальних психологів показала, що лише коротке нагадування людям про те, що вони помруть, вплинуло на їх політичні та релігійні погляди [5]. Для свого першого експерименту дослідники набрали суддів із штату Арізона. Половині суддів нагадували про смертність, а половині – ні. Тому всіх попросили прийняти рішення в гіпотетичній справі проституції, подібній до тієї, в якій вони приймали рішення раніше. Судді, яким вперше нагадали про смертність, встановили штраф у дев'ять разів вищий, ніж тих, хто цього не зробив (у середньому 455 доларів проти 50 доларів) [4].

Дослідники стверджують, що страх смерті впливає навіть на здатність до критичного сприйняття: американці були набагато більше готові погодитися з вигаданими цитатами із ЗМІ, які висвітлювали їх країну в поганому контексті, якщо вони думали про власну смертність. У можливості такого психологічного впливу на людей, який називається управлінням терором, психологи простежують великий потенціал, який може бути використаний як на користь, так і на шкоду особистості.

В таблиці 1 наводимо приклади наслідків психологічного впливу страху смерті на людину. Смерть є важливою детермінантою розвитку особистості людини, а розвиток – безперервний процес творення та руйнування. Протягом свого життя людина має як досягнення, так і втрати. Смерть постає складним явищем, співіснує паралельно з нашим життям і викликає на нього різні впливи. Зовнішній світ, що оточує людину, є джерелом її тривоги та душевної рівноваги.

Таблиця 1. Вплив страху смерті на особистість

Негативний вплив	Позитивний вплив
• дезорганізація діяльності; • порушення сприйняття; • деформація свідомості; • негативні зміни структури особистості; • дезорганізація протікання інтелектуальних процесів; • зниження здатності приймати самостійні рішення; • формування ірраціональних неефективних поведінкових стратегій тощо	• можливість випробувати любов; • можливість переосмислити своє життя і знайти новий сенс; • можливість стати самим собою і усвідомити унікальність свого життя; • можливість побудови світогляду, формування культурних, філософських, релігійних систем

Екзистенційні впливи безпосередньо та вплив страху смерті не сприймаються пасивно. Вони своєрідно інтерпретуються людиною, наділеною особистим значенням, актуалізуючи певні емоційні стани. З позицій системного підходу і концепції самоорганізації, страх загалом і страх смерті зокрема як неврівноваженого стану сприяє появі нових утворень у структурі психологічних властивостей людини, є однією з її важливих функцій. Незбалансований стан має певну кількість енергії, що розсіюється у формі дій, відповідної поведінки або спричинює появу нових структур та нових утворень особистості. Згодом новоутворення фіксуються у вигляді властивостей, стратегій поведінки [10]. Численні експерименти підтверджують, що емоція страху може дезорганізувати діяльність: порушення сприйняття, здатність правильно розпізнавати закономірності зменшується, а сприйнятливості навчання погіршується. Страх також негативно впливає на хід інтелектуальних процесів, здатність приймати рішення. Накопичено багато даних про те, що під впливом цього стану спрощуються процеси мислення, спостерігається тенденція до стереотипних або раніше знайдених рішень, які не відповідають поточній ситуації [7].

З іншого боку, страх смерті може позитивно впливати на особистість, виступаючи як ресурс, представлений у вигляді основних можливостей, які потенційно притаманні самому явищу смерті. А.А. Баканова, аналізуючи погляди екзистенціалістів, виділяє такі основні можливості, які смерть може надати людині.

Перша – це можливість стати собою і усвідомити унікальність свого життя. М. Хайдеггер у своєму вченні про спосіб існування говорить, що смерть є фактором людського життя, усвідомлення якого є рушієм

розвитку особистості [2]. Саме завдяки усвідомленню кінцевості свого буття людина прокидається від того сонливого страху повсякденного існування, починає діяти. Смерть дозволяє відчувати відповідальність за своє життя та відповідальність за те, як людина живе ним. Другий спосіб – зіткнутися зі смертю як можливістю випробувати любов. Е. Фромм вважав, що лише любов може подолати почуття тривоги від усвідомлення своєї самотності та безпорадності перед смертю [9].

Р. Мей стверджував, що любов і смерть тісно пов'язані між собою, і любов є нагадуванням про смертність [5]. Зіткнення зі смертю дає можливість усвідомити свої почуття до інших людей і кохання зокрема. Ще одна можливість, яку дає смерть – це переосмислити своє життя і знайти новий сенс. І тоді людина здатна сподіватися на власний сенс свого земного існування, а, отже, стати щасливою і повноцінною людиною. Яка сторона явища страху смерті буде сильнішою для сучасної людини, а яка втратить свою позицію влади? Загалом, сучасне людство трактує смерть як зло, а не навпаки.

У розвинених країнах спостерігається значне підвищення комфортності земного існування. Винахід методів лікування раніше смертельних захворювань, активна боротьба за продовження життя в старості, гроші, вкладені в геронтологічні дослідження – все це свідчить про ставлення до смерті як до неминучого зла, а не до екзистенціальної можливості чи ресурсу людини. Через складність усвідомлення смерті, страху перед нею вчені зазначають, що така велика кількість соціальних конструкцій, що її представляють, є природним явищем. Найбільш поширеною формою, що проявляється в історії розвитку думки про смерть, є те, що страх смерті є природженим, що людина прагне уникати смерті все своє життя, а основа відмови від смерті полягає в тому, що змушує більшість людей діяти. Протягом людської історії страх був універсальною реакцією на смерть [2]. З іншого боку, деякі соціологи стверджують, що страх смерті не обов'язково є вродженим. Ймовірно, він формується як реакція людини в результаті особистого життєвого досвіду та є наслідком зовнішніх впливів, а не внутрішнім явищем [9, с. 12].

Вчені зазначають, що соціальні та культурні умови можуть впливати на те, наскільки актуалізується страх смерті. Наприклад, у сучасному суспільстві підвищення рівня індивідуалізації сприяє появі страху смерті. У традиційних та сільських культурах, навпаки, страх смерті проявляється не так сильно [2]. Вищезазначені аргументи можуть спровокувати створення такої концепції страху смерті, в якій вона буде ви-

конувати роль змінної залежно від маніпуляцій соціальним контекстом. Певна культура може запропонувати своє конкретне та унікальне пояснення смерті: придушити або заохотити появу страху смерті відповідно до потреб суспільства в певний історичний період.

Через культуру смерть вважається найсильнішим ворогом життя, вона протистоїть законам життя. Але водночас вони висвітлюють служіння смертному життю, перетворюючи страх завдяки символізму на благородний пошук істини буття, надає сенс історії людства і ставить перед ним нову мету. Людський розум за своєю природою звик до роздвоєності, поділяючи світ на чорно-білий, добрий і злий. Або, можливо, нічого не потрібно розділяти, а смерть покликана стерти межі таких суперечностей і привести рівновагу в людський світ? Такої думки дотримувався давньокитайський філософ Ян Чжу, наголошуючи, що смерть є символом соціальної справедливості, оскільки вона зрівнює всіх людей і всі суперечності.

Людина створює свої культурні світогляди, щоб задовольнити внутрішню потребу вміти кинути виклик смерті. Коли люди опиняються в ситуації, яка нагадує їм про власну смертність, вони ревно аргументують свої переконання і несприятливо ставляться до тих, хто їм загрожує. Саме це трапилось із суддями: коли їм нагадували, що вони помруть, вони суворіше карали тих, хто зневажав їх світогляд [4]. З тих пір соціальні психологи перевірили цю гіпотезу в понад 400 експериментах, спрямованих на вивчення різних аспектів нашого світогляду, від патріотизму до релігії. Досі їх результати послідовно підтверджують тезу, відому як «теорія управління терором», яка зазначає, що конкретні аспекти нашого світогляду регулюються необхідністю керувати нашим страхом смерті. На підтвердження цієї інтерпретації можна додати, що в нашому світі не існує жодної релігії, школи думок, містичного вчення чи окультної практики поза ідеєю смерті. Іншими словами, для забезпечення людського безсмертя існують культурні, філософські та релігійні системи. Кожна цивілізація мала такі системи. Вони втілені в пірамідах Єгипту, соборах Європи і навіть будівлях сучасних міст. У кожній країні, групі, окремій людині існує система переконань, яка мотивує і обіцяє подальше життя. У пошуках такого символічного безсмертя можна піти до церкви, синагоги чи мечеті, де кожному запропонують свій «рецепт» життя в іншому світі.

Для когось такий «рецепт» безсмертя буде знайдений у продовженні роду, який збереже впевненість у тому, що людська частинка буде жити

у своїх дітей, або наукове відкриття нових можливостей людського геному тимчасово зменшить тривожність людини заклопотаність власною скінченністю. Деякі з цих систем можуть відкрито, конкурувати зі смертю: християнство та іслам, наприклад, обіцяють більшу перспективу вічного блаженства.

Так само мистецтво, зокрема кіно, живопис, література, має особливі стосунки зі смертю, домовленості, які конкурують з плинністю часу та модифікацією простору. Історія людства – це сукупність різноманітних експериментів, пошуків і спроб виправдати смерть, які були покликані мінімізувати наслідки страху перед смертю, постійно присутні в середовищі людського суспільства. Він переслідує нас як ніщо інше, постійно нагадуючи про себе у найрізноманітніших формах прояву та впливу на особистість. Він причаївся на межі свідомості, і, щоб остаточно відірватися від нього, призначивши йому найвіддаленіший куточок душі, людина намагається створити сильні психологічні захисти, які згодом формують її характер, поведінку, визначають її особисті уподобання, що, загалом, можна назвати формуванням іміджу чи способу життя.



Рис. 1. Смерть Леонардо да Вінчі. Жозеф-Теодор Рішом після Жана-Огюста-Домініка Енгера, (бл. 1825) (інтернет ресурс)

Абстрактна природа смерті робить страх ще більш схильним до різних соціальних маніпуляцій. Сучасні суспільства створили різні інсти-

туційні механізми, щоб вилучити реальний досвід смерті з повсякденного життя. На додаток до традиційних механізмів (таких як релігія), наркотики, психотерапія, системи філософських переконань та інші світські механізми були додані для зняття, дезінфекції та полегшення болю при переходах від життя до смерті.

Аналіз досліджень щодо особливостей екзистенційних страхів у контексті хвороби

Розглядаючи природу явища страху перед хворобою, ми не можемо ігнорувати пов'язані з ними явища, такі як іпохондрія та нозофобія. Іпохондрія та нозофобія входять до кола інтересів дослідників у галузі психології здоров'я, оскільки вони знаходяться в безпосередній близькості від проблеми страху перед хворобою.

Отже, Д. Маркс здійснив класифікацію страхів, виділивши (інтернет ресурс), включаючи страх перед хворобою. Дослідник зазначає, що ненормативні страхи – це переважно інтенсивний страх перед конкретними захворюваннями, такими як рак або серцеві захворювання, і відрізняє їх від іпохондрій, зосереджуючись на конкретному захворюванні, а не на кількох фізіологічних симптомах [12]. Вчений також зазначає, що хоча страх перед хворобою вже давно визначений, інформації про частоту його виникнення є відносно мало. Ґрунтуючись на дослідженні Аграса, вчений дійшов висновку, що страх перед хворобою, як і страх перед травмами та смертю, має загальний показник серед загальної популяції. Зробивши розділ у Берлінгтоні, штат Вермонт, США, дослідник виявив таке поширення страху перед хворобою: 18,2% опитаного населення є носіями страху перед хворобою/страху перед травмою [3]. Таким чином, страх перед хворобою є досить поширеним явищем серед суспільства.

У свою чергу, явище нозофобії – це страх, безпосередньо пов'язаний з конкретною соматичною хворобою. Нозофобія може виникати як страх перед певною хворобою, так і як психічний досвід неіснуючої хвороби. Ось чому соціальний фактор важливий, він є одним із джерел нозофобії [17].

Так, вчений Дж. Райл зробив власну класифікацію страхів, що лежать в основі нозофобії [17]. Серед них він висвітлює занепокоєння щодо наявної хвороби чи травми та можливого загострення; передбачення болю, занепокоєння щодо пологів, анестезії або хірургічного втручання; занепокоєння щодо успадкування хвороб, зокрема епілепсії, божевілля, раку



Рис. 2. Коли страх небезпечніший ніж хвороба (інтернет ресурс)

та туберкульозу; побоювання захворіти, зокрема, через інфекції, що існують у світі; страхи пов'язані з неіснуючою хворобою, тим не менше, пацієнт представляє (як правило, на основі деяких субпроективних симптомів), або впевнений, що він вже захворів і страх смерті або тривалого процесу смерті як результат злякисного новоутворення, тривога для виявлення злякисного новоутворення. Вчений зазначає, що причиною багатьох з перерахованих вище видів страхів є фактор незнання тонкощів медичних досліджень та тривожність, пов'язана з медичними маніпуляціями [17].

Всі перераховані вище страхи безпосередньо пов'язані з особистою схильністю до страждань або страхом перед інвалідністю, справжньою чи уявною, що тягне за собою неприємності та незручності для близьких людей. Страх перед хворобою, на думку вченого, будь то штучний чи справжній, у близького родича чи у дружини чи дитини, є ще одним видом нозофобії. У цьому випадку тривога може передаватися від однієї людини іншій, може негативно вплинути на пацієнта і навіть передаватися всій родині. Боязна і невротична дитина надто люблячих батьків є продуктом цього страху і постійної паніки в сім'ї [17]. Отже, механізм наслідування відіграє важливу роль у соціальному процесі інтерналізації страху.

Джон А. Райл звертає увагу на той факт, що нозофобія часто виникає внаслідок стану страху або тривоги при наявності хронічних або рецидивуючих захворювань у роді [17]. Серед причин нозофобії вчений виділяє,



Рис. 3. З життя у психіатричній лікарні (інтернет ресурс)
https://www.google.com/search?xsrf=ALeKk0lEravcsI-zUAz_STNnhX4

зокрема, такі: темперамент людини, її сприйнятливність до психічних впливів, стрес чи тривога, схильність до гіперчутливості та сприйняття тілесних відчуттів, що, в свою чергу, може викликати специфічний страх. Вчений зазначає, що більшість клієнтів із таким видом страху почали боятися хвороби через читання, плітки або на них впливали публічні заяви чи фактичне знайомство з хворою людиною [17].

Продовжуючи напрямок досліджень нозофобії, Н.-М. Вільямс і Е. Метьюз зазначають, що люди, які перебувають під впливом страху, не мають жодних порушень у процесах пам'яті та запам'ятовування, однак вчені вивчали зміни в процесі уваги. На їх думку, у стані страху людина стає більш чуйною і уважною до навколишнього середовища, виділяючи предмет загрози. Виявляється, властивість відокремлювати від загального потоку інформації те, що пов'язано з характеристиками страху [11]. Ця підвищена чутливість була описана в багатьох експериментах.

Зокрема, Д. Паркінсон і С. Рахман вивчали молодих людей, які мали піти на плановий огляд. Молоді люди слухали касету, на тлі якої слова були записані тихим голосом. Ці слова були нейтральними (газета,

птах тощо) або загрозливими (операція, кровотеча тощо). Цю ж стрічку слухали молоді люди, які не мали стосунків з медичними закладами. В результаті виявилося, що погрозуючі слова різко наголошували молоді люди, які йшли до лікаря, але звучали нейтрально для людей, які не мали стосунків з медичними закладами [16].

Це явище називається «перцептивним вискакуванням» і також стосується зорової уваги. В ході експерименту молодим людям (46 респондентів віком 18-25 років), які показали високий результат за шкалою страху перед хворобою, пропонували хаотично табличку для повних літер. Серед цих букв були зашифровані слова кров (кров), рак (рак), здоров'я (здоров'я). В результаті 85% респондентів легко знайшли всі три слова в найкоротші терміни, решта 15% знайшли два слова одночасно [16]. Розглядаючи страх перед хворобою, вчені проаналізували його в контексті інших відомих фобій.

Вивчаючи епідеміологію страху перед хворобами, дослідники Д. Маркс та С. Аграс обстежили осіб, які не виявили схильності до фобічних розладів, однак серед таких зразків було виявлено від 18 до 35% людей, що бояться хвороби. Варто зазначити, що вчений Б'янкі провів кілька



Рис. 4. З життя у психіатричній лікарні (інтернет ресурс)
https://www.google.com/search?xsrf=ALeKk01EravcsI-zUAz_STNnhhX4

систематичних досліджень, в яких він порівнював характеристики клієнтів без проявів страху перед хворобою та клієнтів зі страхом перед хворобою [4]. В результаті вчений довів, що люди з вираженим страхом хвороби більш замкнуті, мають вищий рівень тривожності, в основному нав'язливі особистості і мають більше досвіду сімейних захворювань та смерті близьких з дитинства. Він також дійшов висновку, що найчастіше це були слабкі та кволі діти. Що стосується епідеміології страху перед хворобами в Сполучених Штатах, вчені А. Уорвік та Д. Маркс опитали 2500 американців і виявили, що кожен сьомий опитаний має страх перед хворобою. Зокрема, понад 70% страждають від страху перед такими захворюваннями, як рак та СНІД [12].

У своїх дослідженнях А. Уорвік та Д. Маркс дійшли висновку, що страх перед хворобою характеризується ірраціональним страхом та уникненням тривожних подразників. Однак страх перед хворобою може бути спровокований як зовнішніми, так і внутрішніми подразниками різної інтенсивності. Ось чому такий страх часто спонукає людину створити певні ритуали та часто повторювані дії, що нагадують ознаки нав'язливих станів [9].

Основну проблему визначення страху перед хворобою А. Уорвік пояснює плутаниною у розумінні понять «нозофобія» та «страх перед хворобою». Він демонструє суперечності через розуміння страху перед СНІДом. Вчений проаналізував повідомлення клієнтів, які скаржилися на паніку щодо СНІДу, і дійшов висновку, що у більшості клієнтів було неправильно класифіковано та діагностовано іпохондрію. Зрештою, більшість клієнтів не мали жодних симптомів, але відчували інформаційний голод щодо перебігу СНІДу та його симптомів. Ось чому А. Уорвік проводив інформаційні бесіди з цими клієнтами, щоб зменшити рівень тривожності. Він дійшов висновку, що особи, які не відчують симптомів (уявних чи реальних), які вони відносять до певної хвороби, страждають від страху перед хворобою, а не від іпохондрії [18]. Однак вчений не дає конкретних меж у визначенні термінів «нозофобія» та «страх перед хворобою».

На основі аналізу теоретичних досліджень нами було побудовано гіпотетичну модель особливостей екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю.

В основу цієї моделі закладено екзистенційний страх COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю, як ключова характеристика усіх груп екзистенцій (економічна екзистенція, релігійна екзистенція, со-

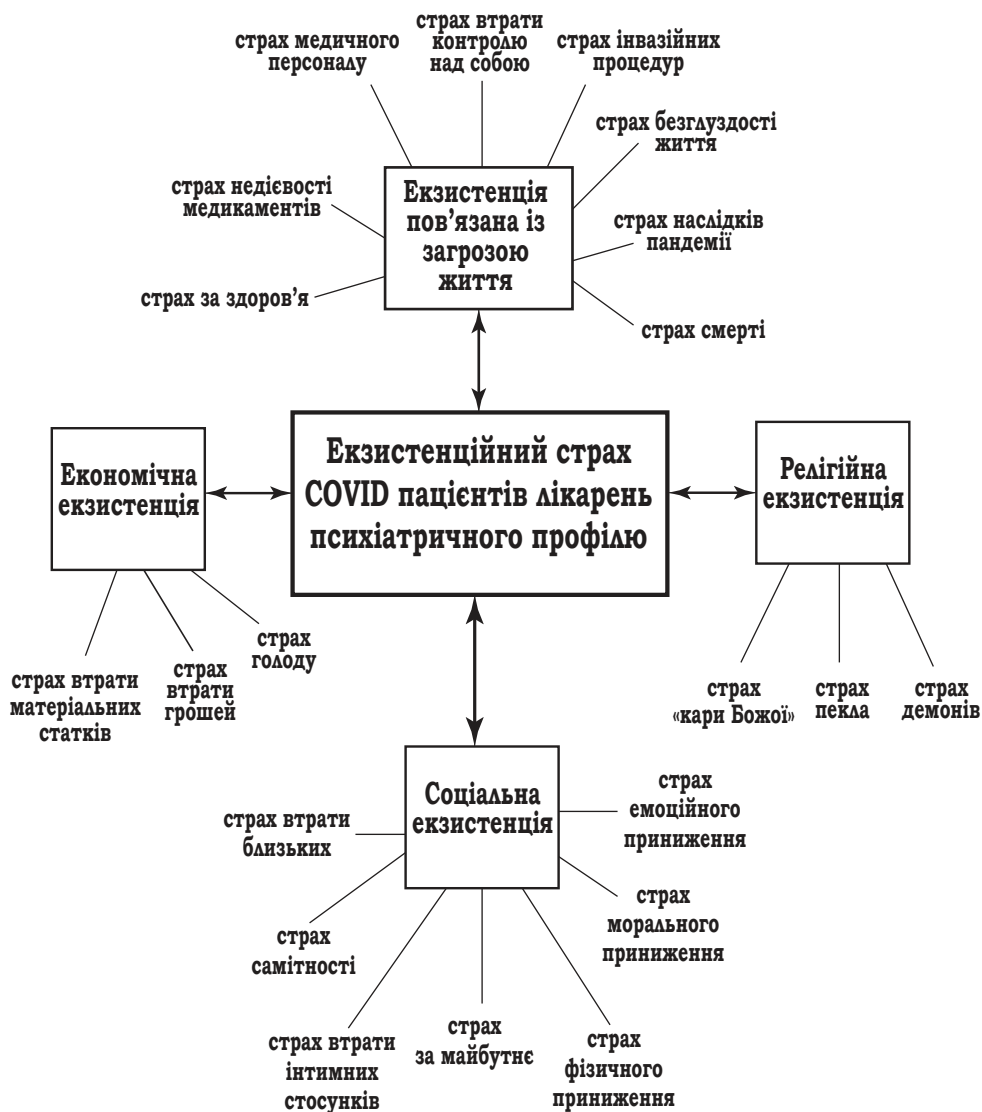


Рис. 5. Модель особливостей екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю (за матеріалами досліджень 2020-2021 р.). Автор Г. Католик.

ціальна екзистенція та екзистенція пов'язана із загрозою для життя), а також вплив екзистенційних груп на особливості формування екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ

В науковій літературі страх смерті розглядається як базова екзистенція, яка є ключовою для інших екзистенційних страхів, що є похідними. Аналіз страху смерті характеризується за наступними параметрами: по-перше, страх смерті має велике значення у нашому внутрішньому досвіді і може виступати як стійкий образ чи форма організації соціокультурного життя людини. Поняття страху смерті може бути поширене на всі рівні соціальності. У психологічному аспекті страх смерті – це сукупність онтологічних форм архетипів смерті, що визначають розподіл і передачу від покоління до покоління певних поведінкових моделей та особливостей організації життєвого досвіду людини; по-друге, страх смерті – це внутрішньо диференційована цілісність, зміст якої визначається лініями або параметрами впливу на особистість, може призвести до таких особистісних змін: негативний вплив – до деструктивної форми деформації свідомості, негативних змін у структурі особистості формування ірраціональних неефективних стратегій поведінки; позитивний вплив – використовувати можливості, що надаються страхом смерті, у вигляді ресурсу, побудова світогляду, переосмислення життя, пошук нових смислів, любові та самопізнання.

Провівши теоретичний аналіз наукової літератури, ми з'ясували, що в зарубіжних дослідженнях страх перед хворобою розуміється як страх людини перед смертю. Слід зазначити, що страх перед хворобою може бути ірраціональним, але він може бути функціональним способом самозбереження в небезпечних умовах (наприклад, пересторога при пандемії). Страх перед конкретним захворюванням за відсутності тілесних симптомів свідчить про прояви нозофобії. Розглядаючи страх перед хворобою як ірраціональний, ми покладаємось на думку, що він виникає без участі попереднього досвіду переживання фізичних симптомів хвороби. Однак нозофобія може бути як ірраціональним, так і функціональним страхом на основі попереднього досвіду. На основі проведеного теоретичного аналізу нами була візуалізована гіпотетична модель особливостей екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю, яка стала підґрунтям емпіричного дослідження.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕКЗИСТЕНЦІЙНИХ СТРАХІВ COVID У ПАЦІЄНТІВ ЛІКАРЕНЬ ПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

Опис методик та процедура проведення дослідження.

Мета дослідження полягала у визначенні особливостей екзистенційних страхів COVID пацієнтів психіатричного профілю. Експериментальна група досліджуваних була сформована із пацієнтів лікарень психіатричного профілю, серед яких (10 чоловіків та 15 жінок) та контрольна група з людей, серед яких (10 чоловіків та 15 жінок), які не мають психіатричних діагнозів і повноцінно функціонують у суспільстві. Загалом у дослідженні взяло участь 50 людей, віком від 17 до 63 років. Дослідження нам вдалось провести завдяки психологу, інструктору з трудової терапії КНП ЛОР Львівської обласної комунальної психіатричної лікарні Олександру Львову, який разом з тим є головою Креативних мистецьких психотерапій Української спілки психотерапевтів, президентом Асоціації музикотерапевтів України (АМУ).



Рис. 6. Олександр Львов, психоаналітик та музикотерапевт, Галина Католик, психоаналітик та дитячий психотерапевт (фото з приватної колекції О. Львова)

В емпіричному дослідженні використано методики: авторська анкета для збору даних та диференціації екзистенційних страхів; методика «Страхи» розроблена В.Панок, Л.Батищева з авторською модифікацією; проєктивна методика «Мій страх до COVID-19».

Авторська анкета спрямована на збір первинних даних та диференціації екзистенційних страхів серед двох досліджуваних груп людей. Методика «Страхи» розроблена В. Панок, Л. Батищева і призначена для того, щоб визначити чого бояться діти та що саме їх тривожить. Методика складається з 8 груп різних класифікацій, які містять по 2-3 твердження, щодо страхів, які переважають у дитини в цій чи іншій класифікації. Дана методика у дослідженні підлягала авторській модифікації з пристосуванням до цілей дослідження особливої групи людей, які знаходяться в особистісному регресі через особливості захворювання та місця перебування.

Проективна методика «Мій страх до COVID-19». Структура якого полягала у візуалізації символу COVID-19 без жодних обмежень та інструкцій. Ця методика є простою і не вимагає спеціальної підготовки, що дозволяє в ході дослідження не лише спостерігати за виконанням, а ще й пізнавати сенс, що вкладають досліджувані у контексті запропонованого завдання.

Обробка результатів здійснюється з урахуванням відповідності малюнкового зображення до запропонованої теми (включаючи асоціативні зв'язки, які активно використовуються у аналітичній психології і рефлексію до них. Усі малюнки включені до статистичних даних та розподілені згідно намальованій тематиці страху, що дозволяє не лише якісно а й кількісно обрахувати результати для порівняння домінуючих страхів у двох групах досліджуваних.

Інтерпретація результатів емпіричного дослідження. Результати інтерпретації анкетування.

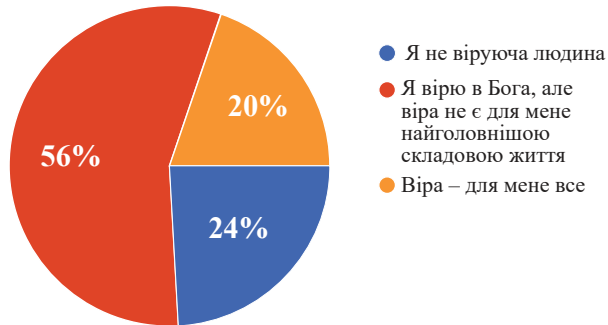
Аналізуючи результати анкетування двох досліджуваних груп, варто виокремити ці запитання, які не підлягали кількісній обробці даних через відкриту структуру самого запитання. Доцільним є виокремити ці запитання, які містять ряд тверджень, щодо особливостей ставлення до COVID-19 осіб, які перебувають на стаціонарному лікуванні у психіатричній лікарні.

На запитання *«Яке місце у Вашому житті займає релігія?»*

Зазначимо, що 20 % психічно хворих людей, вказали, що релігія у їхньому житті посідає дуже велике значення, 25 % вказали, що вони просто є віруючими людьми, але віра для них не є найголовнішою складовою життя та 5 % вказали, що вони невіруючі люди (Рис. 6).

Яке місце у Вашому житті займає релігія?

50 відповідей



Чи є для Вас твердження про те, що «Бог та вищі сили здатні оберегти людство від пандемії COVID-19» правдивим?

50 відповідей



На Вашу думку, яке з нижченаведених тверджень найкраще описує Ваше ставлення до COVID-19

50 відповідей

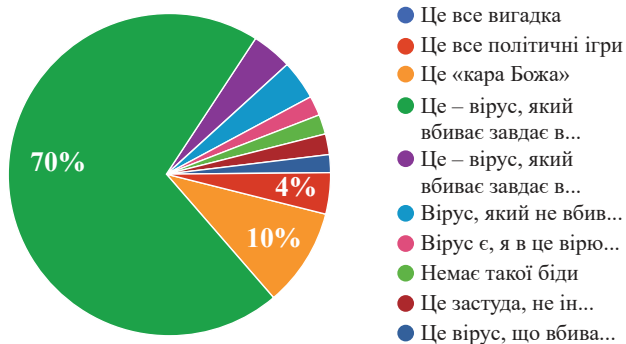


Рис. 7. Діаграми «Місце віри у вашому житті», показників увірування людей в контексті ставлення до COVID-19.

Ці показники свідчать про те, що все ж таки більшість психічно хворих людей є віруючими і саме віра всилиє у них надію на швидше одужання, навіть якщо релігія не займає найголовнішу складову життя.

Твердження про особливість сприйняття COVID-19 пацієнтів лікарень психіатричного профілю, є наступними, що 14% психічно хворих людей, вказали, що вище запропоноване твердження підтверджує їхню думку та є логічним до їхніх релігійних поглядів, 28 % психічно хворих частково погодилися із твердженням та 8% абсолютно не погодилися із ним. Це свідчить про те, що все ж таки віра та надія на «вищі сили» у психічно хворих людей переважає над здоровим сприйняттям ситуації, викликаною пандемією COVID-19.

Щодо твердження, яке описує: *«Моє ставлення до COVID-19»*.

Зазначимо, що 20% психічно хворих людей, вказали, що це справді вірус, який може вбивати та завдавати великої шкоди, що свідчить про об'єктивність сприйняття ситуації викликаною пандемією COVID-19. Але також 10% психічно хворих вказали, що це «кара Божа» та 20% охарактеризували своє ставлення тим, що це не більше ніж просто застуда, або ж просто такого не існує і це все вигадка.

Підсумовуючи все вище сказане, варто зазначити, що 20% психічно хворих, які оцінили вірус, як зброю, яка вбиває уже підлягали ураженню COVID-19 з негативними наслідками, тому саме такі показники були у ході дослідження.

Отже, за результатами якісної інтерпретації окремих запитань анкетування, було виявлено, що пацієнти лікарень психіатричного профілю відрізняються своїм ставленням та сприйняттям до COVID-19 від здорової групи досліджуваних.

Результати кореляційного аналізу Пірсона.

За результатами проведеного кореляційного аналізу виявлено, що на рівні ($p = 0,01$ та $p = 0,05$).

Існує значимий обернений кореляційний зв'язок з фактором R (релігія) та 4MP (моральне приниження) ($r = -0,349$) і значимий прямий з фактором 4EP (емоційне приниження) ($r = 0,328$) 6SP (страх пекла) ($r = 0,376$) та 8VP (страх втрати близьких) ($r = -0,284$) (Рис. 7.)

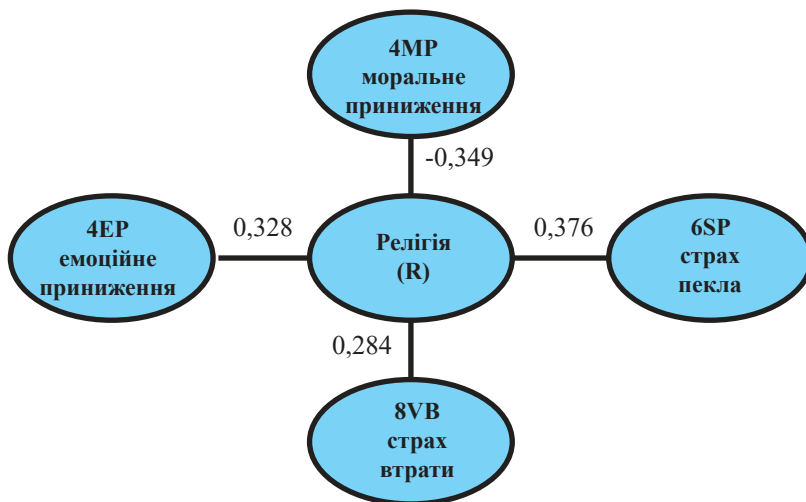


Рис. 8. Кореляційна плеяда показника Релігія (R).

Це означає, що чим більше значення у житті людини займає віросповідання, тим менше переважає у неї страх морального приниження. Припускаю, що глибоко віруюча людина не ставить за основу громадське схвалення своїх дій, за яке може бути принижена, а опирається лише на своє віросповідання. Це означає, що чим більше значення у житті людини посідає віросповідання, тим більше у неї переважає страх пекла, емоційного приниження та втрати близьких. Припускаю, що у глибоко віруючої людини є чітко сформовані культурні, моральні та духовні цінності і порушуючи їх у поведінковому аспекті в людини загострюється страх страшного покарання (а саме пекла та втрати близьких) за свої насущні гріхи та страх емоційного приниження з боку суспільства за ухилення від релігійних норм.

Існує значимий прямий кореляційний зв'язок з фактором T1SLK (страх лікування) та 5SIP (страх інвазійних процедур) ($r = 0,410$) і значимий обернений з фактором 2SM (страх за майбутнє) ($r = -0,287$) (Рис. 9.)



Рис. 9. Кореляційна плеяда показника страх лікування (T1SLK).

Це означає, що чим більший у людини страх лікування, тим більший страх інвазійних процедур. Припускаю, що страх лікування на пряму пов'язаний із медичними маніпуляціями, які супроводжуються ін'єкційними процедурами та інфузіями, які у свою чергу викликають у людей неприємні асоціації з лікарняним режимом та больовими відчуттями під час надання медичної допомоги. Це означає, що чим більший у людини страх лікування, тим менший страх за своє майбутнє.

Існує значимий прямий кореляційний зв'язок між факторами T4SKS (**страх кінця світу**) та 6SKB (**страх кари Божої**) ($r = 0,363$). Це означає, що чим більший у людини страх кінця світу, тим більший у неї страх кари Божої. Припускаю, що страх кінця світу на пряму пов'язаний із страхом смерті, який активізує страх кари Божої за всі скоєні гріхи та аморальні вчинки, навіть у «невіруючої» людини.

Існує також значимий прямий кореляційний зв'язок з фактором T3SVS (**страх за власне життя та вплив COVID-19 на нього**) та 6SP (**страх пекла**) ($r = 0,313$) і значимий обернений з фактором 2SS (**страх смерті**) ($r = -0,289$).

Це означає, що чим більший страх за власне життя та вплив COVID-19 на нього, тим більший страх пекла. Припускаю, що страх за власне життя, а саме вплив COVID-19 на нього, посилює релігійну значимість в житті людини. Спостерігаючи усі критичні наслідки захворювання у людей посилюється страх, який може втамувати лише внутрішній спокій та впевненість у завтрашньому дні.

Існує також сильно значимий прямий кореляційний зв'язок між факторами 6SNA (**страх намальований асоціативно**) та 4FP (**фізичне припинення**) ($r = 0,518$). Це означає, що чим більше людина здатна окреслювати свій страх асоціативно, тим більший у неї страх фізичного приниження. Припускаю, що люди, які здатні зображати свій страх асоціативно, підсвідомо мають страх фізичного приниження, який може супроводжуватися з причинами соціального становлення себе в житті, як особистості. Адже люди, які зображають свій страх асоціативно, здатні поєднувати зв'язок уявлень і дій виведений із відчуттів.

Кореляційні плеяди, дозволили нам побачити зв'язки між компонентами особливостей екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю і зрозуміти особливості їх направлення, які відрізняються від особливостей направлення здорових людей. Також кореляційні плеяди, дають нам можливість чіткого розуміння формувальних впливів у контексті психотерапевтичних інтервенцій.

Результати порівняльного аналізу за F-критерієм Фішера.

За результатом F – критерію Фішера між двома групами досліджуваних відповідно до наявності у них одного переважаючого екзистенційного страху серед значимих, було виявлено такі показники (див. Таблицю 2). Значимі критерії страхів: страх втрати матеріальних статків, страх пекла, страх намальований асоціативно, страх «кари Божої», страх пекла та появи магічних створінь внаслідок ураження COVID-19, страх кінця світу, загибелі людства та зміни стилю життя в цілому після COVID-19, страх емоційного приниження, страх морального приниження за F – критерієм Фішера. Порівнюючи 2 групи досліджуваних, серед яких 25 пацієнтів психіатричної лікарні (хворі) та 25 людей поза межами психіатричної лікарні (здорові) за F – критерієм Фішера, виявлені 95 % відмінності між значимими критеріями екзистенційних страхів.

Таблиця 2. Результати F-критерію Фішера (на рівні значимості)

		N	Рівень значимості p
Страх втрати матеріальних статків	X1	25	0,02534
	X2	25	
Страх пекла	X1	25	0,04774
	X2	25	
Страх «кари Божої»	X1	25	0,04384
	X2	25	
Страх пекла та появи магічних створінь внаслідок ураження COVID-19	X1	25	0,05493
	X2	25	
Страх кінця світу, загибелі людства та перевороту життя в цілому після COVID-19	X1	25	0,002015
	X2	25	
Емоційне приниження	X1	25	0,05683
	X2	25	
Моральне приниження	X1	25	0,01043
	X2	25	

де X1 – хворі, X2 – здорові

Таблиця 3. Результати F-критерію Фішера

	ХВОРІ	ЗДОРОВІ
страх	голоду	втрати матеріальних статків
страх	емоційного приниження	морального приниження
страх	пека та появи магічних створінь внаслідок ураження COVID-19	кінця світу

Порівняння особливостей екзистенційних страхів COVID двох досліджуваних груп

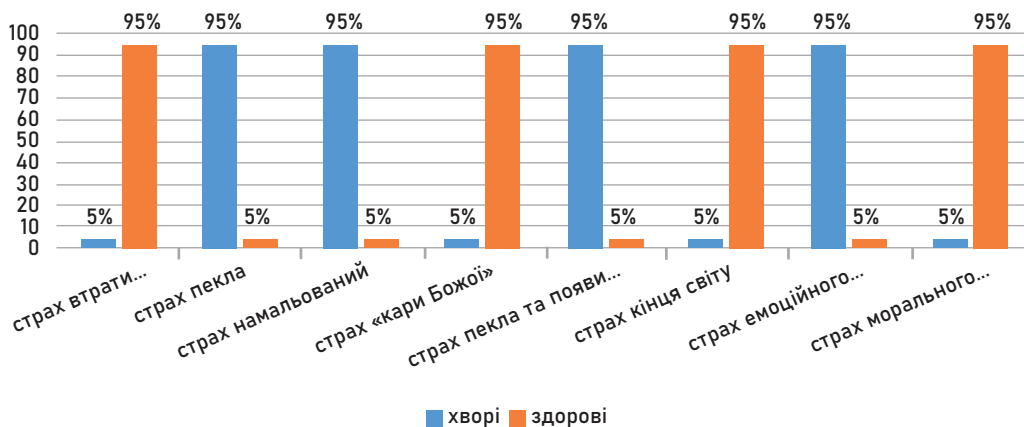


Рис.10. Гістограма порівняння особливостей екзистенційних страхів COVID
двох досліджуваних груп за F-критерієм Фішера.

А саме:

- у хворих переважає страх голоду та над страхом втрати матеріальних статків, які переважають у здорових. Страх голоду, який присутній в людей, що перебувають у психіатричній лікарні в силу різних обставин та діагнозів є обумовлений реаліями їхнього життя, що супроводжуються постійними грошовими витратами на лікування та забезпечення базових фізіологічних потреб. Саме відсутність та неможливість самостійного фінансового забезпечення активізує страх голоду, як базову екзистенцію. Страх втрати матеріальних статків серед психічно здорових людей переважає і це свідчить про те, що психічно здорова особистість має сенс в грошах та достатку, який забезпечує їй повноцінне та комфортне майбутнє. Саме тому у психічно здорових людей переважають страхи втрати матеріальних статків, адже це накопичення, які мають під собою великий сенс та перспективу і їхня втрата є великим фактором стресу, який призводить до втрати сенсу життя та навіть до психіатричних діагнозів;
- у хворих переважає страх емоційного приниження, над страхом морального приниження, який переважає у здорових. Страх емоційного приниження переважає серед пацієнтів психіатричного профілю, через умови лікарняного режиму, які передбачають тотальний контроль та чітко встановлені рамки і правила у стаціонарному режимі. Недотримання цих правил провокує осудження та крик зі

сторони медичного персоналу, який викликає тотальну травматизацію особистості вже з наявними психічними порушеннями. Страх морального приниження, який переважає у психічно здорових людей супроводжується тим, що здорова особистість завжди прагне до конкуренції, яка надає їй внутрішній ресурс рухатися далі. Моральне приниження у вигляді бойкотування або ігнорування, вставляє так звані «палки в колеса» на шляху особистості, які призводять до різноманітних наслідків. Саме тому, страх морального приниження є такий травматичний для психічно-здорової особистості;

- у хворих переважає страх пекла та появи магічних створінь, над страхом кінця світу, які переважають у здорових. Страх пекла, який переважає у психічно хворих людей, зумовлений високою значимістю у їхньому житті релігії як компенсаторного механізму. Щодо страху появи магічних створінь, то він пов'язаний із особливістю психіатричного діагнозу, що включає у себе галюцинації, які під дією медикаментозного лікування зникають, але одна лише згадка про це викликає у пацієнта тривогу, яка пізніше переростає у страх, який був зазначений в результатах дослідження. Страх кінця світу, який переважає у здорових людей відображає їхнє критичне, але свідоме сприйняття усього, що відбувається на даному етапі життя. Велика смертність внаслідок ураження COVID-19 активізує тривожні роздуми про те, що коїться у світі та в кінцевому результаті призводить до страху кінця всього, що є на планеті.

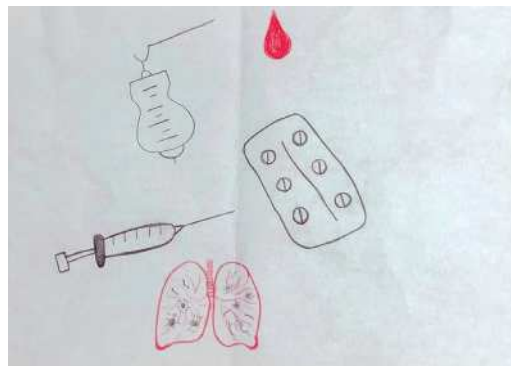
Отже, за результатами порівняльного аналізу за F-критерієм Фішера, можна зробити логічний висновок, що особливості екзистенційних страхів COVID двох досліджуваних груп відрізняються.

Результати якісного аналізу проєктивної методики «Мій страх до COVID-19».

Інтерпретуючи малюнки двох досліджуваних груп, їхні результати умовно можна поділити на тематики, що відповідають тому чи іншому страху особистості до COVID-19: 1 – страх лікування при COVID-19, 2 – страх смерті від COVID-19, 3 – страх за власне здоров'я і вплив COVID-19 на нього, 4 – страх кінця світу, загибелі людства та перевероту життя в цілому після COVID-19, 5 – страх втрати близьких людей та самотності внаслідок COVID-19, 6 – страх пекла та появи магічних створінь внаслідок ураження COVID-19, 7 – страх за майбутнє після пандемії COVID-19, 8 – страх намальований асоціативно з деревом.

Доцільним є зазначити, що у двох досліджуваних групах, тематики 1-4 співпадають та підлягають порівнянню рисункових зображень за змістом екзистенційних страхів. Щодо тематик 5-8, то вони використовувалися лише у малюнкових зображеннях пацієнтів лікарень психіатричного профілю та підлягають якісному аналізу значимостей екзистенційних страхів у контексті тематики дослідження.

Малюнок психічно здорової людини



Малюнок психічно хворої людини



Рис. 11. Тематика 1 – страх лікування при COVID-19.

Отже, порівнюючи малюнки двох досліджуваних груп за першою тематикою, можна зробити висновок, що у психічно здорових людей страх лікування асоціюється із інвазійними процедурами, які здійснюються над ними. А у психічно хворих людей цей страх асоціюється із лікарняним режимом та здійсненням медичних маніпуляцій над різними частинами тіла, які є ураженні внаслідок хвороби. У контексті дослідження COVID-19 – це ураження сенсорної системи і це свідчить про те, що пацієнти лікарень психіатричного профілю є обізнаними у симптоматиці хвороби.

Малюнок психічно здорової людини



Малюнок психічно хворої людини

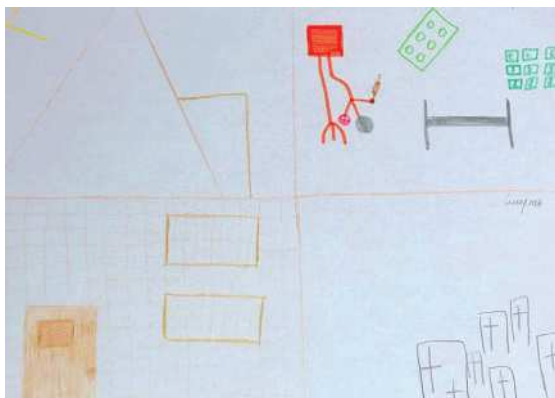


Рис 12. Тематика 2 – страх смерті від COVID-19.

Отже, порівнюючи малюнки двох досліджуваних груп за другою тематикою, можна зробити висновок, що у психічно здорових людей страх смерті асоціюється із могилою та цвинтарем, що є досить подібним до асоціацій психічно хворих людей. Відмінність полягає у тому, що психічно хворі люди промальовують увесь важкий шлях хвороби зі своїми наслідками, які в результаті призводять до смертельних подій. Таке зображення страху може бути викликане тим, що люди у психіатричній лікарні, перебувають на лікуванні більшу частину свого життя, що є досить травматичним для повноцінного функціонування особистості.

Малюнок психічно здорової людини



Малюнок психічно хворої людини



Рис. 13. Тематика 3 – страх за власне здоров'я і вплив COVID-19 на нього.

Отже, порівнюючи малюнки двох досліджуваних груп за третьою тематикою, можна зробити висновок, що у психічно здорових людей страх за власне здоров'я і вплив COVID-19 на нього, асоціюється із ураженням легень та згущенням крові, що в принципі домінуючою симптоматикою при захворюванні. Натомість страх психічно хворих за цією тематикою асоціюється із нестачею повітря, яке при особливостях психіатричного діагнозу може призвести до панічних атак. Ця асоціація зумовлена тим, що досліджувана особа вже перехворіла COVID-19 та мала саме таку симптоматику, яку зобразила у малюнку, як найбільший страх.



Рис. 14. Тематика 4 – страх кінця світу, загибелі людства та перевороту життя в цілому після COVID-19.

Отже, порівнюючи малюнки двох досліджуваних груп за четвертою тематикою, можна зробити висновок, що психічно здорові люди, асоціюють страх кінця світу із перекресленою живою та прекрасною планетою, яка внаслідок пандемії починає вимирати та втрачати людей, які на ній живуть. Натомість психічно хворі люди асоціюють свій страх кінця світу з тим, що за всім спогляє Бог і тільки він здатний стерти усе з життя землі, що може статися внаслідок ситуації в якій перебуває увесь світ.

Малюнки психічно хворих людей



Рис. 15. Тематика 5 – страх втрати близьких людей та самотності внаслідок COVID-19, тематика 6 – страх пекла та появи магічних створінь внаслідок ураження COVID-19.

Аналізуючи малюнок психічно хворої людини, яка асоціює свій страх до COVID-19 з втратою близьких людей, ймовірно може супроводжуватися тим, що такій ситуації було місце у житті під час пандемії, яка стала для особистості травматичною та стресовою, що спонукало людину зобразити саме так свій страх.

Аналізуючи малюнок психічно хворої людини, яка асоціює свій страх до COVID-19 зі страхом пекла та появи магічних створінь, ймовірно може бути викликано двома факторами: перший фактор – це особливості вірування людини та другий фактор – це особливості психіатричного діагнозу при якому можливі галюцинації та псевдогалюцинації у вигляді появи магічних створінь, образів та зв'язків із вищими силами.

Малюнки психічно хворих людей



Рис.16. Тематика 7 – страх за майбутнє після пандемії COVID-19, тематика 8 – страх намальований асоціативно з деревом.

Аналізуючи малюнок психічно хворої людини, яка асоціює свій страх до COVID-19 зі страхом за майбутнє своїх дітей, ймовірно може бути викликано довготривалим перебуванням у стінах лікарні, що загострює відчуття провини перед найріднішими, відповідно ураження вірусом може призвести до ще одного госпіталювання, яке не дасть змоги повноцінно функціонувати дітям без мами, та мами без дітей у майбутньому.

Аналізуючи малюнки психічно хворих людей, які асоціюють свій страх до COVID-19 з деревом, можна провести логічний зв'язок із символом. Опираючись на психоаналітичну психологію, а саме на К. Г. Юнга, можна асоціювати символ дерева, як символ індивідуальності людини та сили-Я, яка під впливом різних обставин, а в контексті дослідження під впливом COVID-19 втрачає її та стає безпомічною, адже відбувається ураження не лише внутрішніх органів людини, а ще й кори головного мозку, яка відповідає за психічне здоров'я людини. Тобто у психіч-

но хворих людей, які зобразили свій страх у вигляді дерева, переважає страх втрати контролю над собою, та страх втрати своєї індивідуальності під впливом ураження COVID-19.

Підсумовуючи все вищесказане, можна зробити висновок, що за допомогою проєктивної методики «Мій страх до COVID-19» нам вдалося поглибити свої знання, щодо розуміння особливостей екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю та припустити, чому саме ці екзистенційні страхи у них переважають.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ

Проведене дослідження дозволило визначити особливості екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю.

Проведений кореляційний аналіз дозволив нам на основі отриманих даних, сформулювати кореляційні плеяди, які в свою чергу дозволили нам побачити зв'язки між компонентами особливостей екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю і зрозуміти особливості їх направлення, які відрізняються від особливостей направлення здорових людей.



Рис.17. Олександр Львов та Наталя Жабко на занятті з музикотерапії в реабілітаційному центрі з групою учасниць. Львів, КНП ЛОР «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» (фото з приватної колекції О. Львова)

Результати опрацьовані за F – критерієм Фішера показали, що особливості екзистенційних страхів COVID двох досліджуваних груп відрізняються, а саме у хворих переважає: страх голоду над страхом втрати матеріальних статків, які переважають у здорових, страх емоційного приниження над страхом морального приниження та страх пекла над страхом кінця світу. Припускаємо, що такі результати можуть свідчити про індивідуальні особливості психоемоційних станів, а також наявність чи відсутність психіатричного захворювання.

Результати проєктивної методики засвідчили, що екзистенційні страхи пацієнтів лікарень психіатричного профілю відрізняються від страхів (психічно здорових людей навіть за наявності однакової тематики страху).

ЗАГАЛЬНИЙ ВИСНОВОК

За результатами теоретико-методологічного аналізу особливостей екзистенційних страхів, ми з'ясували, що страх смерті (як базова екзистенція страху) характеризується за наступними параметрами: по-перше, страх смерті має велике значення у нашому внутрішньому досвіді і може виступати як стійкий образ чи форма організації соціокультурного життя людини. Поняття страху смерті може бути поширене на всі рівні соціальності. Він може однаково успішно застосовуватися до людини, до організації чи соціальної установи, до великих соціальних груп, до етнічної групи або до суспільства в цілому; по-друге, в соціокультурному аспекті страх смерті стає соціальним інститутом, і одним з найважливіших, оскільки він становить основу ціннісних відносин для побудови світогляду, формування культурних, філософських та релігійних систем. У психологічному аспекті страх смерті – це сукупність онтологічних форм архетипів смерті, що визначають розподіл і передачу від покоління до покоління певних поведінкових моделей та особливостей організації життєвого досвіду людини; по-третє, страх смерті – це внутрішньо диференційована цілісність, зміст якої визначається лініями або параметрами впливу на особистість, може призвести до таких особистісних змін: негативний вплив – до деструктивної форми деформації свідомості, негативних змін у структурі особистості формування ірраціональних неефективних стратегій поведінки; позитивний вплив – використовувати можливості, що надаються страхом смерті у вигляді ресурсу, побудови світогляду, переосмислення життя, пошуку нових смислів, любові та самопізнання. Також провівши теоретичний аналіз наукової

літератури, ми з'ясували, що в зарубіжних дослідженнях страх перед хворобою розуміється як страх людини перед смертю.

Здійснивши кореляційно регресійний аналіз між двома групами статистичних даних, він дозволив нам побачити зв'язки між компонентами особливостей екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю і зрозуміти особливості їх направлення, які відрізняються від особливостей направлення здорових людей.

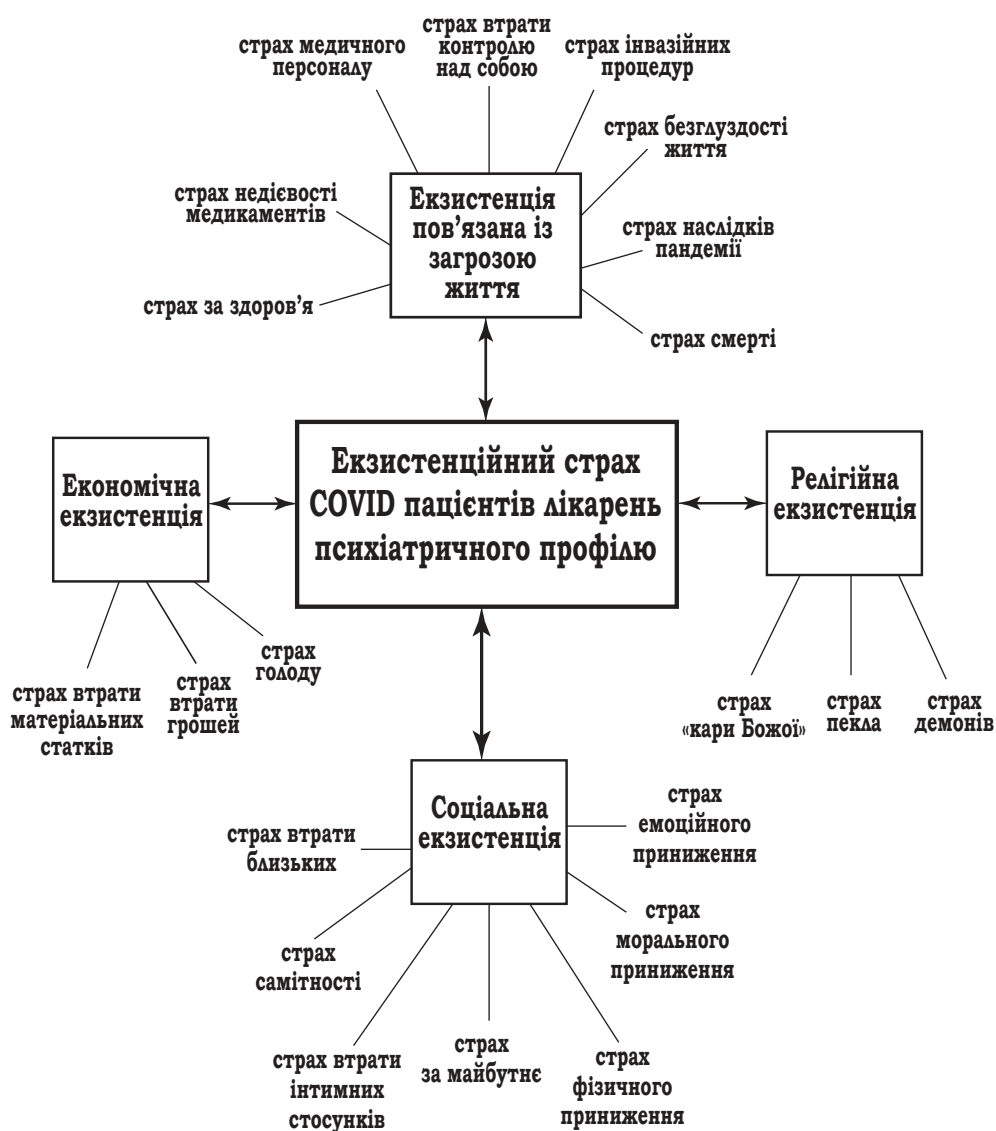


Рис. 18. Модель особливостей екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю (за матеріалами досліджень 2020-2021 р.). Автор Г. Католик.

Здійснивши порівняльний аналіз за F – критерієм Фішера, результати показали, що особливості екзистенційних страхів COVID двох досліджуваних груп відрізняються, а саме у хворих переважає: страх голоду над страхом втрати матеріальних статків, які переважають у здорових, страх емоційного приниження над страхом морального приниження та страх пекла над страхом кінця світу.

Результати проєктивної методики показали, що екзистенційні страхи пацієнтів лікарень психіатричного профілю відрізняються від страхів психічно здорових людей навіть за наявності однакової тематики страху.

Побудована модель особливостей екзистенційних страхів COVID пацієнтів лікарень психіатричного профілю набула відмінностей у контексті екзистенційних страхів пацієнтів та здорових людей.

Усі поставлені завдання до наукового дослідження «Особливості екзистенційних страхів COVID у пацієнтів лікарень психіатричного профілю» були виконані. Дослідження продовжується та має нові напрямки.

Список використаних джерел:

1. Изард К. Психология эмоций. / К. Изард. СПб. : Питер, 2009. 230 с.
2. Туренко О. С. Страх: класифікація та корінна природа феномену URL: http://www.iai.donetsk.ua/_u/iai/dtp/CONF/1_2005/articles/stat39.html
3. Ey H. Hypochondriasis *International Journal of Psychiatry*. 1996. № 2. С. 332-354.
4. Daud A. Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *International Journal of Social Welfare*. 2005. №14. С. 23-32.
5. Beck A. T. Anxiety disorders and phobias. New York, 1990. 278 с. (Basic Books).
6. Beanchi G. N. Patterns of hypochondriasis: a principal components analysis. *British Journal of Psychiatry* 1999. С.541-558.
7. De Silva P. Is exposure a necessary condition for fear-reduction? *Behaviour Research and Therapy*. 1981. №19. С. 222-234.
8. Edelman J. R. Anxiety theory research and intervention in clinical and health psychology. *Clinical Psychology & Psychotherapy Volume 1*. 1993. С. 68-79.
9. Agras W. S. The epidemiology of common fears and phobia. *Comprehensive Psychiatry*. 1969. С. 151-156.
10. Liebowitz M. Anxiety disorders and obsessive compulsive disorder *Neuropsychobiology*. 2006. №37. С. 69-71.
11. Malis R. W. Specific phobia of illness in the community. *Hospital Psychiatry [Gen Hosp Psychiatry]*. 2002. С. 135-150.
12. Marks I. M. The reduction of fear: Towards a unifying theory. *Journal of the Canadian Psychiatric Association*. 1973. № 18. С. 9-12.
13. Specific phobia of illness: Search for a new subtype. / [R. J. Noyes, C. P. Carney, D. R. Langbehn]. *Journal of Anxiety Disorders*. 2004. С. 531-545.
14. Warwick H. M. Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis. A pilot study of 17 cases. *The British Journal of Psychiatry*. 1998. №104. С. 239-241.
15. Pilowski I. Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*. 1967. №3. С. 89-93.
16. Pollin I. Blood-injury-illness phobia: review. *A review Journal of Clinical Psychology Volume 41*. 1985. №4. С. 451-459.
17. Ryle J. A. The twenty-first maudsley lecture: nosophobia. *The British Journal of Psychiatry*. 1998. № 94. С. 1-15.
18. Noyes R. J. Illness Fears in the General Population URL: <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/62/3/318.full>.
19. Парафьян А. М. Причины и профилактика и преодоление тревожности *Психологическая наука и образования*. 1998. №2. С. 20-23.
20. Платонов К. К. Краткий словарь системы психологических понятий М.: Высшая школа, 1984. 174 с.
21. Погодин И. Диалоговая гештальт-терапия. Психотерапия переживанием / И. Погодин. Ростов на-Дону: Феникс, 2012. 389 с.
22. Риман Ф. Основные формы страха. М.: Алетея, 1998. 334 с.
23. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность / Хайнц Хекхаузен. Т.1. М.: Педагогика, 1986. 408 с.

24. Роменець В. А. Історія психології древніх віків. Навч. Посібник. Вст. ст. В. О. Татенко, Т.М. Титаренко. Вид. 2-ге, стереотип. К.: Либідь, 2003. 994 с.
25. Суворова В. В. Психофизиология стресса М.: Дело, 1995. 199 с.
26. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Часть 1. Теории и методы / Н. В. Тарабрина, В. А. Агарков, Ю. В. Быховец. М.: Когито-центр, 2007. 208 с.
27. Фейгенберг И. М. Мозг, психология, здоровье. М.: Наука, 1972. 111 с.
28. Ромен В. Г. Поведенческая терапия страхов. *Журнал практической психологии и психоанализа*. 2002. №1. С. 28-48.
29. Чутко Л. С. Тревожные расстройства в общеврачебной практике СПб.: ЭЛБИ, 2010. 192 с.
30. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Х.: Прапор, 2005. 640 с.
31. Щербатых Ю. В. Психология страха: популярная энциклопедия. М.: Изд-во Эксмо, 2003. 512 с.
32. Katolyk H. Doświadczenie penthosu, czyli próba uporządkowania pojęcia lęku tanatycznego. *Medycyna paliatywna* 2018, 10 (3). S. 145-149.
33. Католик Г. В. Синдром госпіталізму у підлітків із психосоматичними серцево-судинними захворюваннями: особливості надання психологічної допомоги. *Паліативно-хоспісна опіка: поза медичні багатовимірні аспекти* / за наук. ред. Й. Біннебезеля, Львів : Український Католицький Університет Nowa Wies : Wydawnictwo Rolewski, 2018. С. 321-335.

**СТАВЛЕННЯ ДО ТЕРМІНАЛЬНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ ТА СМЕРТІ УЧНІВ
У ВЧИТЕЛІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ
ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ**

(ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОВДИЛОСЬ
ПІД ЧАС ПАНДЕМІЇ COVID-19).

**ATTITUDES OF TEACHERS WITH DIFFERENT
LEVELS OF EMOTIONAL BURNING
TOWARDS TERMINAL DISEASES
AND DEATHS OF STUDENTS**

(THE RESEARCH WAS CARRIED
OUT DURING THE COVID-19 PANDEMIC).



Мар'яна Миколайчук
доцент кафедри психології
та психотерапії Українського
католицького університету
e-mail: mykolaychuk@ukr.net
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4759-3611>

Maryana Mykolaychuk,
Ph.D. in Psychology,
Department of Psychology
and Psychotherapy
Ukrainian Catholic University

Галина Католик
доктор психологічних наук, професор
кафедри практичної психології
Львівського державного
університету внутрішніх справ
e-mail: katolyk@hotmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-2169-0018>

Halyna Katolyk
doctor of psychological sciences,
professor Department
of Practical Psychology
Lviv State University of Internal Affairs

Ігор Корнієнко
канд. психол. наук, завідувач кафедри
практичної психології Львівського
обласний інституту післядипломної
педагогічного освіти, старший науко-
вий співробітник Українського
науково-методичного центру
практичної психології
і соціальної роботи
e-mail: ikorniyenko@ukr.net
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7919-130X>

Ihor Korniyenko
Ph. D. in Psychology, Head of the
Department of Practical Psychology,
Lviv In-Service Teacher Training Institute
Senior Researcher Ukrainian Scientific
and Methodological center of Practical
Psychology and Social Work

Йозеф Біннебезел
Професор, доктор габ.
Кафедри реабілітації ресоціалізації
довготермінової опіки
Університету Миколи Коперника
м. Торунь
e-mail: jbinnebesel@gmail.com
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-2533-6013>

Józef Binnebesel
prof. dr hab. Katedra Rewalidacji,
Resocjalizacji i Opieki Długoterminowej
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu

Анотація

На сьогодні рідко порушується питання ставлення людей до онкохворих. Особливо нагальним є вивчення ставлення до термінальних захворювань та смерті учнів у вчителів. Кожен суб'єкт має власні фантазії щодо такого важкого захворювання, власні переживання, власні страхи, власні досвіди у родинях тощо, які проєктує на стосунок з хворими. За первинними результатами наших досліджень виявилось, що на теренах лише Львівської області 15% вчителів навчають дітей, хворих на онкологічні захворювання. У взаєминах з такими дітьми виявляються різні комунікативні взаємодії, деякі з них є вкрай травматичними для обох сторін взаємодії. Тому у первинному дослідженні нас зацікавила група вчителів, що є у зоні емоційного вигорання, як у них відбуваються зміни в емоційному фоні й як наслідок у всіх сферах комунікативної взаємодії.

Ключові слова: ставлення, термінальні захворювання, смерть, рівень емоційного вигорання.

Abstract

Today the question of people's attitude to cancer patients is rarely raised. Particularly urgent is the study of teachers' attitudes towards terminal illness and death. Each subject has his/her own fantasies about such a serious illness, his/her own experiences, his/her own fears, his/her own experiences in families, etc., which he/she projects on the relationship with the sick. According to the initial results of our research, it turned out that only in the Lviv region, 15% of teachers teach children with cancer. Relationships with such children reveal different communicative interactions, some of which are extremely traumatic for both parties of the interaction. Therefore, in the initial study we were interested in a group of teachers who are in the zone of emotional burnout, the way they change in the emotional background and as a consequence in all areas of communicative interaction.

Key words: attitude, terminal diseases, death, level of emotional burnout.

Актуальність проблеми

Україна посідає друге місце (після Угорщини) за кількістю діагностованих онкохворих у Європі [1]. Невтішні прогнози аналітиків, які передбачають зростання кількості онкологічних захворювань наступні декілька років, зокрема у дітей, вимагають не лише удосконалення методів лікування таких пацієнтів, й пошуку способів ефективної психологічної підтримки та супроводу як самих пацієнтів, так і їх близьких.

Оцінка цих статистичних даних дає можливість припустити, що кожен український вчитель, хоча б раз у житті має ймовірність зустрітись з таким непростим завданням як робота з учнем, діагноз якого свідчить про термінальність його хвороби. Приріст дітей і підлітків з невиліковними хворобами збільшує ймовірність того, що вчитель матиме досвід смерті учня у власній професійній діяльності. Це, у свою чергу, вказує на потребу вчителів, які можуть ефективно надати допомогу і зменшити емоційну напругу такого учня, а також підтримати інших дітей в класі, батьків та самих себе. На жаль, освітяни зазвичай не отримують формального навчання про надання підтримки учневі з термінальним діагнозом, його однокласникам, батькам чи щодо профілактики емоційного вигорання [50].

Цікаво, що сприйняття факту смерті залежить від багатьох чинників, зокрема, від рівня самооцінки, як вважає В. Грінберг у власному дослідженні [3], проте на думку А. Вайлера [4] важливе значення в контексті сприйняття смерті відіграють релігійні погляди людини. На сьогоднішній день в Україні немає подібних досліджень, які могли би бути цінними особливо у часи пандемії. Тому дане дослідження має на меті дослідити ставлення вчителів до смерті та термінальних захворювань учнів у зв'язку з рівнем емоційного вигорання. Ми припускаємо, що ставлення до смерті та термінальних захворювань учнів у вчителів буде різнитися в залежності від рівня емоційного вигорання та екзистенційних цінностей у вчителів.

Поняття термінальних захворювань та смерті і особливості ставлення до них у дорослих.

Під термінальним захворюванням варто розуміти хворобу на запущеній стадії з невтішним прогнозом і невідомим лікуванням [28]. Визначаючи поняття термінальної стадії К. Дока додає, що для термінальної стадії характерна низька ймовірність одужання чи ремісії, натомість на-

впаки, загальне погіршення стану здоров'я і висока ймовірність смерті протягом певного періоду часу [14].

Визначення термінального захворювання найчастіше використовується для позначення онкозахворювань та серцевих захворювань на пізніх стадіях.

У моменти зустрічі із термінальним захворюванням зовнішній світ для людини виступає і як джерело занепокоєння, і як ресурс психічної рівноваги. Смерть розглядається як комплексний феномен, який співіснує паралельно з людським життям. Очевидно, що вплив екзистенційних викликів, зокрема, страх смерті не можуть сприйматися пасивно; вони інтерпретуються людиною, наділяються особистісною значущістю та активують певні емоції. В залежності від культурного контексту та потреб суспільства, сприйняття смерті може зазнавати змін: надихнути на героїчну смерть або ж навпаки, пригнітити бажання померти.



*Рис. 1. Паліативна допомога в Україні... термінально хворі діти
(інтернет ресурс) <https://www.google.com/search>*

Е. Бекер зазначає, що страх або тривога смерті – цілком звичне явище у всіх культурах, який можна розглядати одним із найбільш мотивуючих чинників людської поведінки [6]. У більш ранніх дослідженнях автори розрізняли поняття страху смерті та тривоги смерті, проте в сучасних дослідженнях ці терміни використовуються як синоніми. Чимало факторів можуть стати причиною смерті, зокрема: старіння, голод, природні катаклізми та інші фактори. Проте, далі ми будемо розглядати смерть спричинену хворобою на термінальній стадії.

Чинники формування ставлення до термінальних захворювань та смерті.

Зважаючи на неминучість настання смерті, яка панує над кожним, є цілком логічним, що багато вчених намагались виявити фактори, які в тій чи іншій мірі пов'язані із рівнем побоювання людей перед смертю [2], [38], [48].

Досліджуючи феномен страху, тривоги та ставлення до смерті були відмічені наступні інформативні статистично значимі розбіжності між чоловіками та жінками. В огляді досліджень Д. Лестер та ін. було емпірично продемонстровано, що в загальному жінки, як правило відмічають більш високий рівень страху та тривоги з приводу смерті, у порівнянні з чоловіками [54]. Учасники дослідження також відмічали значну відмінність у переживанні тривоги та страху щодо ставлення до смерті в залежності від віку досліджуваного [22]. Дослідження показали обернений взаємозв'язок між віковими групами, а саме: респонденти старшого віку мали більш низький рівень страху та тривоги смерті [58].

Виходячи з того, що більшість світових релігій порушують екзистенційні питання: тему сенсу життя та життя після смерті, є велика ймовірність того, що фактор релігійності матиме вплив на формування ставлення до питання смерті [12]. Багато вчених намагались дослідити те, як люди дають собі раду із питаннями смерті та смертності зважаючи на їх релігійні вподобання. Загальна ідея полягала у тому, що релігія, даючи відповіді на екзистенційні питання пов'язані із життям та смертю, дає надію і відчуття контролю, які на думку К. Юнга [34], можуть знизити переживання всепоглинаючої тривоги, причиною якої є неминучість смерті, до якої, на його думку, людина готується другу половину свого життя, тоді як релігія може надати змісту цьому процесу. Досліджуючи релігійні погляди людей та їх сприйняття смерті, перші дослідження Х. Фейфел [20] незважаючи на гіпотезу про адаптивну функцію релігії в зниженні страху перед смертю, виявив, що релігійні люди відзначають у себе вищий рівень тривоги перед смертю, аніж люди, які вважають себе нерелігійними. Проте, повторивши своє дослідження, згодом отримав результат, який свідчить про негативний зв'язок між релігійністю та страхом смерті [19]. В. Флоріан та ін. [21], провівши дослідження, дійшли висновку, що тривога про смерть (а саме, думка про можливе майбутнє покарання) властива дуже релігійним людям, проте вони менше турбуються про інші аспекти смерті (наприклад, те що вони загинуть внаслідок нещасного випадку). Отримані результати недавнього

дослідження свідчать про позитивний зв'язок між релігійністю та позитивним ставленням до смерті (в контексті природнього кінця життя) і негативний зв'язок із негативним ставленням до смерті (смерть як невдача) [10].



Рис. 2. «Бережіть себе, щоб Богу було легше берегти вас». Якою буде релігія після карантину? ([інтернет ресурс](https://hromadske.ua/posts/berezhit-sebe-shob-bogubulo-legsh)) <https://hromadske.ua/posts/berezhit-sebe-shob-bogubulo-legsh>

Наше сприйняття себе та своїх вчинків може віднайти відображення у ставленні до питання смерті. Ставлення до факту власної смертності залежить від рівня самооцінки. Іншими словами, почуття власної гідності може знизити тривогу перед смертю. Дослідження впливу невдач на страх смерті, виявило цікаві результати, які демонструють, що висока самооцінка буде слугувати буфером для переживання тривоги смерті. Таким чином було встановлено кореляцію між рівнем самооцінки та страхом перед смертю [29]. Також було відмічено, що висока самооцінка зменшує рівень тривожності, яка викликана очікуваннями переживання небезпеки чи переглядом зображень, які пов'язані із смертю [27].

Часто думка про смерть стає причиною появи дуже сильного емоційного відгуку, який в свою чергу пробуджує різні захисні механізми людської психіки, зокрема, ми часто вдаємось до механізму заперечення. Те, яким чином ми будемо давати собі раду з явищем смерті на рівні когніцій та емоцій залежить від того чи загроза смерті є безпосередньою, чи людина, перебуваючи в безпечних умовах, просто буде роздумувати над питанням смерті. У першому випадку цілком ймовірно, що

людина відреагує на таку загрозу страхом; тоді як під час роздумів про перспективу померти ймовірність викликати переживання страху зменшується [57]. Отож, в залежності від контексту наша психіка буде або не буде вдаватись до використання механізмів захисту.

Отже, наведені вище аргументи можуть бути доказами того, що ставлення до феномену смерті може різнитись в залежності від різних соціологічних та психологічних чинників. Важливу роль у сприйнятті людиною смерті відіграє стать та вік, адже існують докази того, що чоловіки в меншій мірі у порівнянні із жінками переживають наближення смерті, а з віком люди формують більш позитивний погляд на зустріч зі смертю. Також неоднозначні дані було отримано дослідниками при вивченні питання ставлення смерті через призму релігійних поглядів людини: з однієї сторони віра у вищі сили дає змогу знизити рівень тривоги перед смертю, проте переживання про розплату за земні гріхи підвищує тривогу перед смертю. Також існують дані, які свідчать про те, що люди з високою самооцінкою простіше переживатимуть страх смерті, у порівнянні із людьми, які мають безліч сумнівів щодо себе. І очевидним є вплив переживання втрати близької людини на зниження рівня задоволення життям.

Феномен емоційного вигорання вчителів та його вплив на особистісну чуйність

Виходячи з нашої гіпотези про взаємозв'язок між особливістю ставлення до термінального захворювання та смерті учня, а також рівнем емоційного вигорання вчителів, зосередимось детальніше на конструкті емоційного вигорання у вчителів.

Відомо, що робота у вимірі людина-людина, умовою якої є часте спілкування та прагнення відповідати очікуванням з боку керівництва – рутинне явище серед працівників багатьох професій. Негнучкий графік, довгий робочий день та постійний контакт із людьми збільшують ймовірність виникнення емоційного вигорання серед працівників соціальних професій, зокрема вчителів [9].

Під психологічним терміном емоційного вигорання варто розуміти стан фізичного і емоційного спустошення, яке стає на заваді виконанню будь-якої діяльності. До цього стану можуть призвести частий стрес, розчарування, депресія та втома від професійної діяльності. Очевидно, перебуваючи у такому стані людина буде спостерігати значне зниження ефективності у професійній сфері [24], [46].



Рис. 3. Що найбільше болить українським вчителям та що їх підтримує (інтернет ресурс) <https://www.google.com/search>

У переживанні напруження та виснаження, яке отримало назву емоційного вигорання, можна виділити три компоненти через які феномен емоційного вигорання можна дослідити емпіричним шляхом. Першим компонентом емоційного вигорання за теорією К. Жанга є емоційне виснаження, причиною якого є хронічний стрес на робочому місці; також емоційне вигорання часто супроводжується втомою, розчаруванням, депресивністю, пригніченим настроєм та відчуттям невдоволення [61]. Х. Маслач [44] у своїх роботах зазначає, що емоційне виснаження виникає у відповідь на інтенсивну взаємодію з іншими людьми.

Наступним аспектом емоційного вигорання є деперсоналізація, яку К. Жанг розглядає в контексті викладання та виділяє як стан, що передбачає цинічне, образливе, нелюдське та безособистісне ставлення вчителів по відношенню до учнів [61]. Тоді як Х. Маслач характеризує деперсоналізацію як негативне ставлення чи безсердечну реакцію по відношенню до людей [44]. Також існують дані, що серед медичного персоналу переживання деперсоналізації призводить до збільшення кількості лікарських помилок та зниженням співчуття та чутливості до пацієнтів [39].

Під зниженням особистісних досягнень варто розуміти стан, в якому перебуває людина, що характеризується втратою впевненості у власних силах і негативному сприйнятті себе, а також зниженні відчуття компетентності і успіху у роботі з людьми [44], [46].

Досліджуючи фактори емоційного вигорання, С. Патрік помітили значну роль таких змінних, як стать та сімейний стан на схильність вчи-

телів до розвитку емоційного вигорання. Незаміжні вчителі жіночої статі демонструють більшу схильність до емоційного вигорання, у порівнянні із тими, хто перебуває у шлюбі [49].

В метааналітичному аналізі досліджуючи питання задоволення роботою в залежності від статі А. Айдін та ін. [3] дійшли висновку, що вчителі-чоловіки відмічали більше задоволення роботою у порівнянні із вчителями жіночої статі. Значні відмінності в аспекті вигорання серед вчителів пов'язані з такими демографічними змінними як розташування навчального закладу: у селі чи у місті, від змінної статі, довіри серед колег та років досвіду вчителювання [21].

В. Домбровський та ін. досліджуючи та аналізуючи зв'язок між особливостями мотивації до роботи та професійним вигоранням серед вчителів сільських та міських литовських шкіл, які мають не менше п'яти років робочого стажу, дійшли висновку, що мотиви задоволення роботою і соціальний статус займають найнижчі позиції в структурі мотивації. Проте, у процесі дослідження було встановлено кореляцію між емоційним спустошенням, економічним мотивом і мотивом кар'єрного зростання в обох групах вчителів [15].

У дослідженні зв'язку між задоволенням роботою та почуттям довіри у стосунках між вчителем та шкільним колективом аналіз даних зібраних серед 2091 вчителів в середніх школах в Бельгії показав позитивний зв'язок між довірою вчителя до учнів, батьків, колег, директора та задоволенням роботою [43]. Отож, підвищення якості соціальних стосунків здатне позитивно вплинути на задоволення вчителів від виконання професійної діяльності, що у свою чергу, як можна припустити, зменшить ймовірність розвитку емоційного вигорання на робочому місці.

Дані досліджень різних періодів визначають стрес як одну із найбільш поширених проблем серед працівників навчальних закладів, в більшій мірі серед вчителів [36], [13]. За останні роки ця проблема набуває глобальних масштабів, зважаючи на те, що кожен третій вчитель згідно із результатами дослідження вважає процес викладання дуже стресовим [7].

Спроби дослідити джерело стресу за різних умов виявили велику кількість чинників, які можуть спричиняти його, включаючи поведінковий аспект учнів та проблеми з дисципліною, низький рівень зацікавленості в процесі навчання, велике навантаження і брак часу, конфлікти ролей і нечіткі рольові межі, конфлікти у колективі та стосунки із керівництвом та адміністрацією, а також тиск та високі вимоги з боку

батьків [16]. Цікавим також є те, що досліджуючи вищезазначені фактори стресу, які є досить поширеними серед педагогів, реакції на ці фактори з боку вчителів різняться [47]. Зокрема, у деяких учасників дослідження було відмічено психологічну симптоматику різного рівня важкості: починаючи від розчарування, тривожності та дратівливості до емоційного вигорання, також були зафіксовані психосоматична та депресивна симптоматика [16], [36]. На основі вищезазначеного емоційне вигорання серед вчителів є частим явищем, яке спричиняє труднощі та дискомфорт як в професійній, так і в особистісній сферах.

Безумовно професійне вигорання передусім чинить негативний вплив на соціальну взаємодію між вчителем та учнем. Зазвичай, емоційне вигорання на робочому місці є причиною зниження до мінімуму реакції вчителя з точки зору його включеності, готовності докладати зусиль та інвестувати у навчальний процес. Виходячи з цього можна припустити обернений взаємозв'язок між частотою визнання досягнень учня, його підбадьоренням та мотивації із збільшенням рівня емоційного вигорання з боку вчителя. Також ретельність підготовки до уроку та залученість у діяльність класу буде знижуватись з боку вчителя, а також, очікується збільшення критичних зауважень, по мірі поглиблення стану емоційного вигорання вчителя.

Отож для працівників сфери людина-людина стан емоційного виснаження є добре відомим. Емоційне вигорання супроводжується низкою негативних переживань: прослідковується зниження здатності до співпереживання, тобто людина стає менш чутливою до переживань інших. Також значну роль у схильності до переживання стану емоційного виснаження відіграють соціально-демографічні показники.

Психологічні чинники екзистенційної сповненості вчителів

До чинників емоційного вигорання також належить рівень показника екзистенційної задоволеності життям, екзистенційного сенсу [50]. Задоволення екзистенційних потреб має пряме відношення до способу життя, яке наповнене сенсом і ціллю [60]. Людське існування сповнене екзистенційними обмеженнями, здолавши які, людина здатна повноцінно жити. До них можна віднести також прийняття власної смертності, обмеження потенційних можливостей, прийняття того, що ми є всього лиш частиною реальності. Проте, людина прагне розвивати свою здат-

ність досліджувати і розвивати свої можливості прийняття інакшості світу зовні. На шляху виконання цих завдань людина віднаходить сенс життя та відчуття власної повноцінності. Ці завдання можна окреслити в рамках прийняття себе, самоактуалізації та самотрансцендентності. Ці три аспекти можна трактувати як основні орієнтири для досягнення екзистенційного задоволення.

Ідея трьохвимірного самовдосконалення була популяризована серед психологів гуманістичного та екзистенційного напрямків. Зокрема, К. Роджерс, характеризуючи прийняття себе, згадує про людей, які сповідують цінності, заради суспільного схвалення чи поваги з боку інших, які ніби намагаються купити всезагальну любов [52]. Тоді як А. Маслоу для потреби самоактуалізації відводить перше місце у своїй ієрархічній моделі, вважаючи що це шлях, який веде до знаходження самого себе. В той час, як на думку В. Франкла бажання перевершити себе є сутністю людського існування, яка в кінцевому результаті дарує вищий сенс життя [17].

Взаємозв'язок між екзистенційною наповненістю та емоційним вигоранням впливає із погляду на прагнення нашої психіки до здорового функціонування. В. Франкл [72] у своїх роботах розглядав термін екзистенційний вакуум, під яким мав на увазі життя без сенсу та цілі, для якого властиві переживання нудьги та бажання позбавитись її через відволікання. Тоді як протилежний термін до екзистенційної наповненості має на увазі спосіб життя наповненого сенсом та ціллю.



Рис. 4. Викладачі та здобувачі вищої освіти (Г. Католик та М. Миколайчук із випускниками вишу 2020 р. (з приватної колекції Г. Католик та М. Миколайчук)

Отож, людині потрібно відчувати свою значимість для світу. В теперішньому часі робота зайняла місце альтернативного джерела сенсу. Сучасна людина намагається багато працювати, сподіваючись наповнити власне життя сенсом. А тому часто причиною вигорання стає недостатнє відчуття значимості та корисності для інших. Коли людина зазнає невдачі у своїх стараннях, вона потрапляє під ризик емоційного вигорання.

Таким чином, висуваючи нашу гіпотезу, ми виходимо з теоретичного аналізу, схематично представленому у вигляді теоретичної моделі (див. Рис. 5).

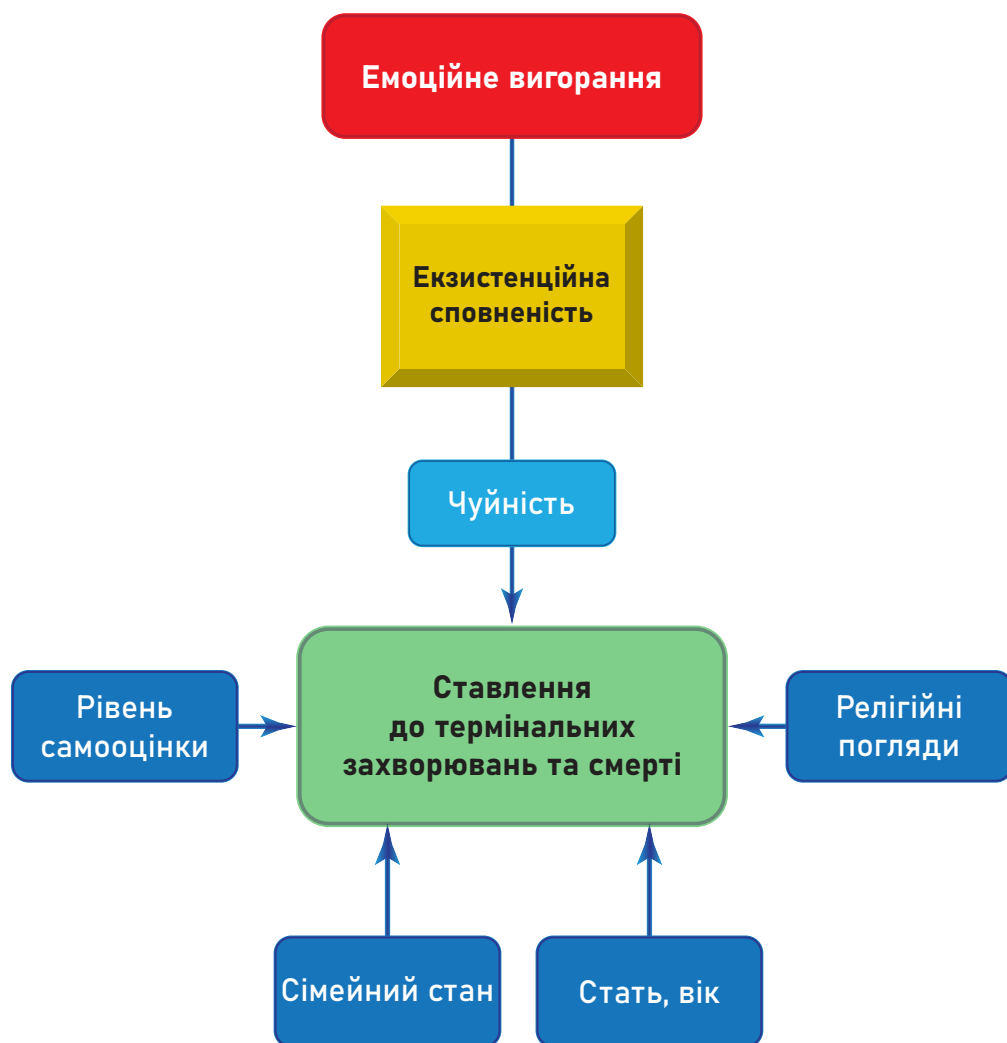


Рис. 5. Теоретична модель залежності ставлення до смерті учнів у вчителів від рівня емоційного вигорання

На даному рисунку зображено складові, які визначають ставлення до термінальних захворювань та смерті. Зокрема, мова йде про соціально-демографічні чинники, а саме стать, де жінки в порівнянні з чоловіками піддаються більшому страху перед смертю; також, в залежності від віку людина здатна змінювати своє ставлення щодо явища смерті; сімейний стан, зокрема, перебуваючи у стосунках люди почувають себе більш безпечно і тема смерті сприймається ними менш тривожно, ніж це переживають самотні люди; релігійні погляди, які регулюють тривогу; самооцінка, яка виступає буфером для тривоги перед загрозою життю. Також важливу роль у цій моделі відіграє емоційне вигорання, рівень здатен чинити вплив на чуйність, зокрема і до тем, які стосуються смерті.

Отож, теоретична модель передбачає, що формування ставлення до термінальних захворювань учнів серед вчителів залежить соціально-демографічних чинників та від рівня емоційного вигорання, яке професії вчителя є частим явищем.

Організація та етапи емпіричного дослідження ставлення до смерті та термінальних захворювань учнів у вчителів з різним рівнем емоційного вигорання

Емпіричне дослідження проводилось протягом 2020-2021 років у межах спільної міжнародної наукової співпраці науковців Торунського університету імені Миколая Коперніка (професор Йозеф Біннебезель), кафедри практичної психології Львівського державного університету внутрішніх справ (професор кафедри Галина Католик), кафедри практичної психології Львівського обласного інституту підвищення кваліфікації педагогічних кадрів (доцент Ігор Корнієнко) й кафедри психології та психотерапії Українського католицького університету (доцент Мар'яна Миколайчук). До проведення наукового дослідження також була долучена студентка УКУ Юлія Жезнічек. Групу досліджуваних склали вчителі українських шкіл західного регіону України, яким було запропоновано заповнити психодіагностичну онлайн форму.

Для дослідження ставлення до смерті та термінальних захворювань учнів у вчителів з різним рівнем емоційного вигорання нами було відібрано ряд методик, які дозволяють:

- дізнатись думки, досвід та очікування вчителів щодо ситуації, яка пов'язана із онкозахворюванням учня, а також із його смертю. Для

цього було використано та перекладено анкету проф. Й. Біннебізеля, яка містила 56 питань, що стосувались віку, визначення рівня чуйності до термінальних захворювань та смерті учня;

- визначити рівень екзистенційної наповненості. Для цього ми обрали методику «Тест екзистенційних мотивацій» А. Ленгле, П. Едхарда;
- дослідити рівень емоційного вигорання. Для цього нами була використана «Методика визначення психічного вигорання» А. А. Рукавішнікова.

В онлайн-формі респондентам було надано більш детальні інструкції щодо проходження дослідження та заповнення методик.

У дослідженні взяли участь 279 досліджуваних, що перебували на курсах підвищення кваліфікації вчителів Львівського інституту післядипломної освіти: 268 жінок та 11 чоловіків. Вік досліджуваних склав від 20 до 67 років ($M=42$, $SD=11$).

До нашої групи досліджуваних увійшли 69,8% вчителів з загальноосвітніх шкіл, тоді як 30,2% учасників дослідження були представниками спеціальних шкіл.

Більшість учасників дослідження навчають математики, фізики чи хімії (38,9%), на другому місці за кількісним показником є вчителі сферою викладання яких є гуманітарні предмети (21,1%), також значна частина досліджуваних викладають психологію (14,7%); найменшу частку у нашому дослідженні склали вчителі, які навчають біології чи географії (1,1%) та християнської етики (1,1%).

Аналіз ставлення до термінальних захворювань та смерті учня

На питання анкети «Чи у своїй практиці Ви зустрічались з тим, що учень мав онкологічне захворювання?» 16,8% досліджуваних відповіли ствердно, тоді як 83,2% не переживали такого досвіду. Серед тих досліджуваних, які у своїй професійній діяльності зустрілись з досвідом онкозахворювання учня переживали цю ситуацію як: шок – 14,3%; жаль і смуток – 39,3%; активні дії допомоги – 46,4%. З тих, хто зустрічався з ситуацією онкозахворювання учня, серед речей, які на їх думку вони зробили добре, обрали: надали психологічну підтримку – 25%; встановили більш тісний контакт з батьками та запропонували допомогу – 14,6%; «закрили очі» на невиконання домашніх завдань, погану поведінку – 2,1%. Серед речей, які, на їх думку, вони зробили погано,

обрали варіанти: сумнівались – 14,3%; уникали контакту – 7,1%. 7,1% вчителів не дали відповіді на це питання. Інші вказали, що не вдавались до жодних проявів поведінки, яку вважають поганою. Також, досліджувани, котрі зустрічали з такою ситуацією відмічали, що насамперед боялися: погіршення стану учня 41,7%; зашкодити учневі 20,8%; смерті учня 12,5%.

Серед тих, котрі не зустрічались із подібною ситуацією відмітили, що боялися б: погіршення стану – 32,1%; зашкодити учневі – 13,7%; образити учня, а також власної некомпетентності – 9,9%.

Зі смертю учня зустрілось 13,3% досліджуваних, і відповідно 84,2% не зустрічались. З тих, хто мав досвід смерті учня у своїй практиці серед дій, які, на їхню думку, вони зробили добре, відзначили: моральна підтримка – 22,2%; підтримка батькам – 18,5%; молитва 18,5%; «звернулася/-вся за порадою до іншого вчителя» 3,7%. Серед речей, які, як вони вважають, зробили погано: «переживала/-в жаль про те, чого не зробив» – 25% та «мала/-в різні страхи» – 25%, проявила/-в байдужість, імпульсивність, накручування думок, не надала/-в підтримки рідним – 12,5%. Серед страхів та негативних емоцій домінували безпорадність перед смертю та стражданнями 17,4%; що це може статись з їх рідними 13%. Ті, які не мали в практиці досвіду смерті учня зазначають, що будучи в такій ситуації вони б переживали зате, як дають собі раду рідні 17,8%; боялися би безпорадності перед смертю та стражданнями 15%.

Кореляційний аналіз показників віку, стажу, емоційного вигорання та рівня чутливості до термінальних захворювань учня.

У нашій роботі ми припускали, що з віком вчителі будуть менш чутливими до ситуацій з термінальними захворюваннями учня. Для того, щоб з'ясувати особливості зв'язку між шкалами «Вік» та шкалою «Інтегральний показник чутливості до термінальних захворювань» нами було проведено кореляційний аналіз. Було з'ясовано, що існує статистично значущий обернений кореляційний зв'язок між віком та інтегральним показником чутливості до термінальних захворювань ($r = -0,32$, $p \leq 0,05$). Отримані дані вказують на те, що чим старшою є особа тим нижча у неї чутливість до термінальних захворювань, зокрема, менше страхів та сильних негативних емоцій щодо ситуації з онкохворим учнем. Ймовірно, такий результат можна пояснити тим, що з віком люди більш раціонально сприймають факт невідворотності смерті. Адже, можна припусти-

ти, що у старших досліджуваних акцент зміщений з роботи на сім'ю та дітей, а те що відбувається на роботі там і залишається. Також, можливо з віком відчуття того, що після фізичної смерті вони залишають після себе слід зменшує їхню тривогу. Як доказ, дослідження, яке було проведено серед лікарів різних галузей оприявило результати, які свідчать, що люди з багаторічним професійним стажем, які були відносно старшими мали більш низький рівень страху [29]. Тоді як, страх смерті для людини молодого віку пов'язаний з страхом втрати чогось надбаного та створеного, тоді як з віком людина відпускає свою прив'язаність до матеріальних речей і разом з тим зменшується страх смерті. Виходячи з того, що люди з більшим професійним стажем теж виявляють меншу чутливість до термінальних захворювань та смерті учня можна пояснити тим, що на їхніх очах виросло багато дітей і вони сприймають життя як процес, що ніколи не зупиняється. Подібні результати були отримані Дж. Гессер та колегами, котрі у своєму дослідженні виявили серед групи старших людей більший рівень прийняття смерті та менший рівень страху смерті, аніж в інших вікових групах [26].

Також отримані нами результати вказують на те, що існує статистично значущий обернений кореляційний зв'язок між стажем та інтегральним показником чутливості до термінальних захворювань учня ($r = -0,30$, $p \leq 0,05$). Отримані дані вказують на те, що чим більшим є професійний стаж особи тим порівняно нижча у неї чутливість до термінальних захворювань.

З'ясовано, що існує статистично значущий обернений кореляційний зв'язок між віком та показником психоемоційного виснаження ($r = -0,21$, $p \leq 0,05$). Тобто це означає, що чим старшою є людина, тим порівняно нижчий у неї показник психоемоційного виснаження, а це означає, що особа у меншій мірі помічає за собою хронічну емоційну та фізичну втому від робочої атмосфери. І навпаки, чим молодшою є особа тим більше вона за собою помічає емоційну та фізичну втому.

Ми отримали статистично значущий обернений кореляційний зв'язок між віком та показником особистісного віддалення ($r = -0,22$, $p \leq 0,05$). Що, у свою чергу, вказує на те, чим старшою є особа тим порівняно нижчий у неї показник особистісного віддалення, тобто з віком особа помічає за собою збільшення байдужості і зниження включеності як в процес роботи, так і в справі колег та професійного оточення. І навпаки, більш молоді працівники школи переживають небайдужість до того, що відбувається в робочому середовищі.

Також нами було виявлено, що існує статистично значущий обернений кореляційний зв'язок між показником стажу та шкалою особистісного віддалення ($r = -0,22$, $p \leq 0,05$). Що, попри це, вказує на те, чим більший професійний стаж має особа, тим порівняно нижчий у неї показник особистісного віддалення.

Існує статистично значущий обернений кореляційний зв'язок між шкалою «Сенс життя» та шкалою «Психоемоційне виснаження» ($r = -0,27$, $p \leq 0,05$). В свою чергу це означає, що люди, котрі в більшій мірі переживають своє життя як таке, що наповнене сенсом, тим нижчий у них є рівень психоемоційного виснаження. Тобто люди, котрі у більшій мірі відчують в собі сили, щоб впоратись з проблемами, мають інтереси та бачать сенс в житті, тим в меншій мірі вони переживають фізичне та емоційне виснаження, що призводить до емоційного вигорання.

Також ми виявили статистично значущий обернений кореляційний зв'язок між шкалою «Сенс життя» та показником «Особистісне віддалення» ($r = -0,20$, $p \leq 0,05$). Це вказує на те, що чим більш наповненим сенсом життям живе людина, тим у меншій мірі у неї наявні прояви соціальної дезадаптації в професійній сфері, дратівливості та нетерпимості у ситуації спілкування, негативне ставлення до інших.

На наступному етапі дослідження ми розділили досліджуваних на дві групи за інтегральним показником чутливості до термінальних захворювань учня. Для цього ми провели кластерний аналіз. В результаті проведеного кластерного аналізу на основі аналізу ієрархічного дерева досліджувана група була поділена на 2 кластери.

З'ясувавши, до якого кластеру можна віднести показники кожного з досліджуваних, ми поділили досліджуваних на дві групи. Відповідно у першу групу увійшли досліджувані з низьким рівнем чутливості до термінального захворювання учня (нижчим рівнем емоційного залучення), у другу – з високим рівнем.

У досліджуваних групах був проведений порівняльний аналіз для встановлення відмінностей у показниках емоційного вигорання та екзистенційної сповненості.

Оскільки дві вибірки є незалежними, а розподіл даних не узгоджений з нормальним, ми використали непараметричний критерій Манна-Уїтні. У результаті статистично значимих відмінностей між групами з високим та низьким рівнем чутливості до смерті виявлено не було. Тобто, ці групи є схожими між собою за показниками психоемоційного виснаження,

особистісного віддалення, професійної мотивації, фундаментальної довіри, фундаментальної цінності, самоцінності та сенсу життя.

Отримані дані вказують, що наша гіпотеза про те, що вчителі з різними показниками рівня емоційного вигорання відрізнятимуться за показником чутливості до переживання термінального захворювання та смерті учня та смерті учня не підтвердилась.

Можливими обмеженнями нашого дослідження є онлайн формат та статевая однорідність групи досліджуваних.

Незважаючи на обмеження процедури дослідження, результати, які ми отримали вказують на те, що психологічна компетентність у сфері реагування в ситуації термінального захворювання учнів та смерті є вкрай затребуваною. Отримані нами результати можуть бути корисними для впровадження тренінгів/курсів для освітян зокрема, і людей, які працюють у сфері людина-людина, з метою здобуття знань та навичок надання першої психологічної допомоги і, як результат, зменшення тривоги та емоційного вигорання у майбутньому.

Висновки

Ставлення до смерті та те, що може призвести до неї – тема, яка з давніх-давен турбувала людство. Ставлення до термінальних захворювань та смерті зумовлено багатьма чинниками, зокрема, від статі, віку, релігійних переконань, які розширюють конструкт страху смерті, рівня самооцінки. Також переживання досвіду смерті здатне змінити сприйняття людиною її власного життя. Важливу роль у ставленні до смерті та термінальних захворювань відіграє емоційне вигорання, яке може впливати на чутливість щодо теми смерті. Тоді як переживання екзистенційної сповненості зменшує рівень емоційного вигорання.

Опрацювавши результати нашого дослідження, ми з'ясували, що 16,8% вчителів у своїй практиці стикались із онкологічним захворюванням учнів, 13,3% зі смертю учнів. При цьому 53,6 % вчителів переживали важкі емоції такі, як шок, жаль, сильний смуток. 17,4% вчителів зазначили, що переживали розгубленість стосовно того, як будувати контакт з таким учнем, чи загалом уникали контакту. Серед страхів домінували страх зашкодити учневі, стати свідком погіршення його стану.

Також в результаті статистичного аналізу було з'ясовано, що з віком та професійним стажем чутливість до термінальних захворювань та смерті учня знижується. Проте це не обов'язково свідчить про зростан-

ня компетентності, швидше про зниження емоційної залученості в процесі того, що відбувається в професійному житті.

Результати нашого дослідження є важливими, зважаючи на збільшення кількості онкохворих серед дітей шкільного віку, адже можна припустити, що стосунок вчитель-учень, вчитель-клас зазнає змін під впливом ситуацій, пов'язаних з термінальним захворюванням чи смертю учня. Саме тому є важливим розуміти, які чинники можуть сприяти здоровій та підтримуючій атмосфері в стосунку вчителя та учня з термінальним захворюванням. З'ясовано, що вплив емоційного виснаження вчителя не залишається безслідним і може зробити перебування такого учня в навчальному просторі більш некомфортним. І навпаки, нестача знань і компетентності вчителів щодо реагування у даній ситуації може посилити емоційне вигорання у вчителів.

Відтак підвищення обізнаності вчителів стосовно перебігу та прогнозу певних термінальних, зокрема онкологічних захворювань, психологічної компетентності вчителів стосовно того, як керувати власними емоціями у ситуації термінального захворювання та смерті учня, як організовувати підтримуюче середовище в класі, як будувати педагогічний стосунок з учнем та співпрацювати з батьками є вкрай важливими прогностичними чинниками підтримуючого середовища для учня та профілактики емоційного вигорання вчителів.

Список використаних джерел:

1. Щороку збільшується кількість людей, які повертаються до нормального життя після лікування раку [Електронний ресурс] // Центр громадського здоров'я МОЗ України. 2020. Режим доступу до ресурсу: <https://phc.org.ua/news/schoroku-zbilshuetsya-kilkist-lyudey-yaki-povertayutsya-do-normalnogo-zhittya-pislya>.
2. Aday, R. (1984). Belief in afterlife and death anxiety: Correlates and comparisons. (15), 67-75.
3. Aydin, A. U. (2012). The effect of gender on job satisfaction of teachers: a meta-analysis study. *Social and Behavioral Sciences*, 356-362.
4. Aydogan I. (2009). Burnout among Turkish high School teachers working in Turkey and abroad: a comparative study. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* (7(3)), 1249-1268.
5. Bengtson, V. L. (1977). Stratum contrasts and similarities in attitudes toward death. *Journal of Gerontology* (32(1)), 76-88.
6. Becker E. (1973). The denial of death. New York: Free press
7. Borg M. G., (1990). Teachers' perception of primary school children's undesirable behaviours. *British Journal of Educational Psychology*, стр. 220-226.
8. Boyle G. J., (1995). A structural model of the dimensions of teacher stress. s. *British Journal of Educational Psychology*, стр. 46-67.
9. Chan, D. W. (2006). Emotional intelligence and components of burnout among Chinese secondary school teachers in Hong Kong. *Teaching and Teacher*, 1042-1054.
10. Christopher A., (2006). Beliefs about one's own death, personal insecurity, and materialism. *Personality and Individual* (40), стр. 441-451.
11. Cooper C., (1995). Stress in the Teaching Profession. B. Routledge, *Teachers Under Pressure* (168-178). London.
12. Dezutter J., (2009). The Role Of Religion in Death Attitudes: Distinguishing Between Religious Belief and Style of Processing Religious Contents. (33(1)), стр. 73-92.
13. Dick van R., (2001). Stress and strain in teaching: A structural equation approach. *British Journal of Educational Psychology* (71), стр. 243-259.
14. Doka, K. J. (2013). *Counseling individuals with life-threatening illness*. New York: New York: Springer Publishing Company.
15. Dombovskis V., (2011). Motivation to work and the syndrome of professional burnout among Teachers in Latvia. *Social and Behavioral Sciences*, 98-106.
16. Dunhman J. (1992). *Stress in teaching (2nd ed.)*. London: Routledge.
17. Frankl V. (1962). Psychiatry and man's quest for meaning. *Journal of Religion and Health* (1(2)), 93-103.
18. Evers W., T. W. (2005). Constructive thinking and burnout among secondary school teachers. *Social Psychology of Education* (8), 425-439.
19. Feifel, H. &. (1973). Who's afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology*, стр. 38-45.
20. Feifel, H. (1959). *Attitudes toward death in some normal and mentally ill populations*. New York: McGraw-Hill.
21. Florian, V. &. (1983). Fear of personal death: Attribution, structure, and relation. *Journal of Personality and Social Psychology* (44), стр. 600-607.

22. Fortner, B. V. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 387-411.
23. Fortner, B. V. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. In A. Tomer (Ed.), Series in death, dying, and bereavement. *Death attitudes and the older adult*, 95-108.
24. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 159-165.
25. Friedman H. S. (1995). Childhood conscientiousness and longevity: Health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 696-703.
26. Gesser, G. W. (1987-1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile. *Journal of Death and Dying* (18(2)), 113-128.
27. Greenberg J., & K. (2008). Terror management theory: Implications for understanding prejudice, stereotyping, intergroup conflict, and political attitudes. *Social and Personality Psychology Compass* (2).
28. Greenberg J., S. S. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of Personality and Social Psychology*, сtp. 913-922.
29. Harris, P. N. (2014). *Mosby's dictionary of medicine, nursing and health professions*. Sydney:: Elsevier Health Sciences.
30. Hayes J., S. J. (2008). Evidence for the death thought accessibility hypothesis II: Threatening self-esteem increases the accessibility of death thoughts. *Journal of Experimental Social Psychology*, (44), сtp. 600-613.
31. Hui D., N. Z. (2014). Concepts and Definitions for «Actively Dying,» «End of Life,» «Terminally Ill,» «Terminal Care,» and «Transition of Care». *Journal of Pain and Symptom Management*, 77-89.
32. Innstrand S.T., L. E. (2008). Positive and negative work-family interaction and burnout: a longitudinal study of reciprocal relations. *Work Stress* (22), 1-15.
33. Johnson, C. L. (1997). Life beyond 85 years: *The aura of survivorship*. New York: Springer.
34. Jung, C. G. (1965). The soul and death. New York: McGraw-Hill Book Company.
35. Kastenbaum, R. (2006). «Definitions of Death». *Encyclopedia of Death and Dying*.
36. Kyriacou C., P. J. (1985). Teacher stress and psychosomatic symptoms., *British Journal of Educational Psychology*, 61-64.
37. La`ngle A., O. C. (2003). The existence scale: a new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential life fulfilmen. *European Psychotherapy* (4(1)), 135-146.
38. Lester, D. (1967). Experimental and correlational studies of the fear of death. *Psychological Bulletin* (67), 27-36.
39. Linzer M, G.-C. L. (2018). Preventing Physician Burnout. *American Medical Association STEPS Forward*.
40. Loonstra B., B. A. (2007). Conceptualization, construction and validation of the existential fulfilment scale. *European Psychotherapy* (7(1)), 5-18.
41. Pines M. A. (2000). Treating career burnout: a psychodynamic existential perspective. *Journal of Clinical Psychology* (56(5)), 633-642.

42. Maele D. V., H. M. (2012). The role of teacher and faculty trust in forming teachers' job satisfaction: Do years of experience make a difference? *Teaching and Teacher Education*, 879-889.
43. Maele V. D., H. V. (2012). The Role of Teacher and Faculty Trust in Forming Teachers' Job Satisfaction: Do Years of Experience Make a Difference? *Teaching and Teacher Education: An International Journal of Research and Studies*, 879-889.
44. Maslach C., J. S. (1986). Maslach burnout inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
45. Maslach C., L. M. (2017). Teacher Burnout: A Research Agenda. Understanding and Preventing Teacher Burnout. 295-303.
46. Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 189-192.
47. Milstein M., F. J. (1988). The over-stated case of educator stress. *Journal of Educational Administration* (26), 232-249.
48. Neimeyer, R. W. (2014). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*(28), 309-340.
49. Patrick S. Y., M. T. (2005). Do Demographic Characteristics Make a Difference to Burnout among Hong Kong Secondary School Teachers? *Soc Indic Res* (79), 491-516.
50. Pines, A. M. (2002a). Teacher burnout: a psychodynamic existential perspective. *Teachers and Teaching: Theory and Practice*, 121-140.
51. Lazenby R. (2006). Teachers Dealing With the Death of Students: A Qualitative Analysis. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* (8(1)), 50-56.
52. Rogers R. C. (1961). *On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
53. Rogers R. C. (1964). Toward a modern approach to values: the valuing process in the mature person. *Journal of Abnormal and Social Psychology* (68), 160-167.
54. Russac R.J., G. C. (2007). Death Anxiety across the Adult Years: An Examination of Age and Gender Effects. *Death Studies*, 549-61.
55. Schaufeli WB, E. D. (1998). *The burnout companion to study & practice. A critical analysis*. London: Taylor & Francis.
56. Sun F., W. V. (2011). The Effects of Loss of Loved Ones on Life Satisfaction Among Residents in a Southwest Retirement Community: The Mediating Roles of Social Connectedness. *Journals Sagepub* (34), ctp. 222-245.
57. Taylor, D. A. (1980). Denial of Death in Close Encounters. *Journal of Death and Dying*, 277-279.
58. THORSON J.A (1993). Personality, death anxiety, and gender. *Bulletin of the Psychonomic Society*, (31), 589-590.
59. Travers C. (1998). Teacher stress: Past and present. *Stress in teachers. Past, present and future*, ctp. 1-13.
60. Yalom I. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
61. Zhang Q., & S. (2007). A Burning Issue in Teaching: The Impact of Teacher Burnout and Nonverbal Immediacy on Student Motivation and Affective Learning. *Paper presented at the annual meeting of the NCA 93rd Annual Convention*. Chicago, IL..

**ОСОБЛИВОСТІ ЕКЗИСТЕНЦІЙНИХ СТРАХІВ
У ДІТЕЙ З ОНКОГЕМАТОЛОГІЧНИМИ
ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

**PECULIARITIES OF EXISTENTIAL FEARS
OF CHILDREN WITH ONCOGEMATOLOGICAL
DISEASES**



<i>Анастасія Скаковська</i>	<i>Anastasiia Skakovska</i>
<i>Психолог Західноукраїнського</i>	<i>Psychologist, Western Ukrainian</i>
<i>спеціалізованого дитячого</i>	<i>Specialized Children's Medical Centre,</i>
<i>медичного центру,</i>	<i>Lviv, Dnisterska Street, 27.</i>
<i>Львів, Дністерська, 27 Львівський</i>	<i>Lviv, Ivan Franko National University</i>
<i>національний університет</i>	<i>of Lviv. Universytetska Street, 1</i>
<i>імені Івана Франка,</i>	
<i>Львів, Університетська, 1</i>	
<i>Email: anastasia.skakovska@ukr.net</i>	
<i>ORCID https://orcid.org/0000-0001-8103-3258</i>	

Анотація

В статті наведені результати дослідження екзистенційних страхів у дітей молодшого шкільного віку, що хворіють на онкогематологічні захворювання. Здійснений порівняльний аналіз домінантних екзистенційних страхів у дітей з онкогематологічними захворюваннями, проведено порівняльний аналіз екзистенційних страхів у вибірках онкологічних пацієнтів з відмінним досвідом хвороби та з різною тривалістю перебування на лікуванні.

Для виконання завдань дослідження екзистенційних страхів застосовувалась методика дослідження страхів (А. Скаковська), анкета для батьків (на основі І. Шац). Були використані такі методи опрацювання результатів, як: якісний аналіз, порівняльний аналіз (t-test Стьюдента), однофакторний дисперсійний аналіз.

Встановлено відмінності у схильності до певних екзистенційних страхів у дітей, що знають про свій діагноз, з тими, які не знають свого діагнозу. Виявлені відмінності у схильностях переживати певні екзистенційні страхи дітьми з різною тривалістю перебування на лікуванні, також виявлені відмінності у переживанні екзистенційних страхів у онкохворих дітей, які досягли ремісії. Було встановлено статистично значущу відмінність у схильності переживати екзистенційні страхи пацієнтами, що мають досвід стосунку зі смертю та пацієнтами, які не мають такого досвіду. Виявлено, що діти, які пройшли трансплантацію кісткового мозку менше схильні переживати страх смерті та страх бути покинутими іншими значимими дорослими, ніж діти, які не проходили трансплантації, проте відмінності за іншими екзистенційними страхами між порівнюваними пацієнтами не є суттєвими та статистично значущими. Встановлені статистично значущі відмінності у схильності до переживання певних екзистенційних страхів у групі пацієнтів, які переживають рецидив онкологічної хвороби. Виявлені статистично значущі відмінності у схильності до переживання страху смерті та страху бути покинутими однокласниками більш схильними є онкохворі пацієнти, які не знаходяться на термінальній стадії, ніж діти, які знаходяться на термінальній стадії захворювання. Встановлено, що діти, які знаходяться на термінальній стадії мають більшу схильність боятись самотності.

За даними проведеного дослідження можна визначити, що діти з онкогематологічними захворюваннями у різних підгрупах характеризуються відмінними домінантними екзистенційними страхами, які тісно

пов'язані з індивідуальним досвідом хвороби, етапом лікування, досвідом хвороби когось з членів родини, досвідом стосунку зі смертю.

Ключові слова: онкогематологічні хвороби, молодший шкільний вік, страх, екзистенційний страх

Abstract

The present article provides research results of existential fears in primary school-aged children diagnosed with cancers. The author performed a comparative analysis of dominant existential fears in primary school-aged children diagnosed with cancer, a comparative analysis of existential fears in samples of oncological patients with distinctive experience of the disease and different treatment duration.

For performing the research tasks dedicated to the issue of existential fears, the methodology of fear research (Skakovska, A.) and parent' questionnaire is applied (based on Shats, I). In addition, such methods of result processing as qualitative analysis, comparative analysis (Student's t-test), and single-factor dispersive analysis have been used.

In the course of the study the discrepancy in proneness to developing certain existential fears in children who are aware of their diagnosis compared to the ones who remain unaware of their cancerous status is established. The research allows detecting differences in susceptibilities to undergo certain existential fears by children with diverse lengths of treatment as well as revealing dissimilarities in experiencing existential fears by cancerous patients who achieved remission. A statistically substantial discrepancy in susceptibility of undergoing existential fears between patients who have dealt with death and patients without such life experience is also detected. It is discovered that children who underwent bone marrow transplantation are less prone to experience death anxiety as well as fear of being abandoned by other significant adults compared to children who have not gone through the transplantation procedure. However, there are scarcely any distinctions and statistically essential differences on other existential fears between compared patients. It is estimated that there are statistically substantial differences in predilection for undergoing certain existential fears in the group of patients who have cancer relapse. Moreover, a statistically critical discrepancy is revealed in proneness to feeling fear of death and fear of being left by classmates by oncological patients who are not in the terminal stage compared to children who have the terminal stage of cancer. It is established that children who are in the terminal stage are more susceptible to being afraid of loneliness.

The conducted research results allow concluding that cancer-affected children in diverse subgroups are characterized by the presence of distinctive dominant existential fears that are tightly connected with personal (individual) experience of the disease, treatment stage, cancer-associated family history, and experience of death.

Keywords: hematological malignancies, primary school age, fear, existential fears



*Рис. 1. Дитячий психотерапевт Анастасія Скаковська на роботі
(з приватної колекції А. Скаковської)*

Актуальність дослідження

Онкологічне захворювання є травматичним досвідом як для дитини, так і всієї сім'ї. Переживання онкогематологічної хвороби, госпіталізація, досвід ізоляції, відірваність від навчання, зміни в зовнішності, тривале лікування, досвід історій інших пацієнтів, зіштовхнення зі смертю у відділенні, сприяє актуалізації екзистенційних страхів у дитини, яка хворіє на онкологічне захворювання крові. Відчуття та розуміння дитиною того, що онкологічна хвороба несе пряму загрозу для функціонування та життя дитини, зіштовхує маленького пацієнта з переживаннями екзистенційних страхів.

Мета дослідження: на основі емпіричного дослідження з'ясувати особливості екзистенційних страхів у дітей з онкогематологічними захворюваннями.

Відповідно до мети визначено наступні завдання дослідження:

- Емпірично дослідити особливості екзистенційних страхів у дітей, які хворіють на онкологічні захворювання крові ;
- Здійснити якісний аналіз особливостей екзистенційних страхів у дітей з онкогематологічними хворобами.
- Здійснити порівняльний аналіз особливостей екзистенційних страхів у дітей з онкогематологічними захворюваннями у різних підгрупах;
- Обґрунтувати висновки.

Об'єкт дослідження: екзистенційний страх як психологічний феномен.

Предмет дослідження: особливості екзистенційних страхів у дітей з онкогематологічними захворюваннями.

У вивченні особливостей екзистенційних страхів взяло участь 152 дитини з онкологічними захворюваннями крові, з них 77 хлопчиків та 75 дівчаток. Вибірку дослідження склали діти віком від 6 до 10 років, які лікувались з приводу онкогематологічних хвороб у відділенні гематології та інтенсивної хіміотерапії Західноукраїнського спеціалізованого медичного центру (м. Львів), Обласної дитячої клінічної лікарні (м. Рівне), в дитячій клініці «Бамбіно Джезу» (м. Рим), Університетській дитячій клініці (м. Люблін).

Пацієнти, які проходили лікування у закордонних клініках (Рим, Люблін) були опитані нами під час перебування в Україні у трактах перерви між лікуванням та під час перебування на амбулаторному лікуванні в

тракті підтримуючої терапії. Усі діти взяли участь у дослідженні за згодою батьків або опікунів.

Вибірку дослідження склала лише група дітей з онкогематологічними захворюваннями, такими як: гостра лімфобластна лейкемія, лімфома Хочкіна, Нехочкінська лімфома, гостра мієлоїдна лейкемія; оскільки ми припускаємо, що інші види дитячої онкології можуть мати інші особливості переживання страхів.

Для дослідження особливостей екзистенційних страхів у дітей з онкогематологічними захворюваннями була використана авторська методика дослідження страхів (А. Скаковська) [1], анкета для батьків (на основі І. Шац) [2].

Нами були використані такі методи опрацювання результатів, як: якісний аналіз, порівняльний аналіз (t-test Стьюдента), однофакторний дисперсійний аналіз.

У нашому дослідженні ми розглянули схильність дітей, які мають онкогематологічні хвороби до тих чи інших екзистенційних страхів. Встановлено, що досліджувані діти з онкогематологічними захворюваннями більше схильні боятися майбутнього (67,8% від групи опитаних, це 103 особи), ніж смерті (46,1% опитаних, це 70 дітей) та страху бути самотніми (36,2% від групи опитаних, це 55 дітей). Як видно з діаграми, діти переживають страх через те, що їх можуть покинути їхні однокласники (75,7% опитаних, це 115 дітей) та інші значимі дорослі (72,4% від групи, це 110 дітей). Страх бути покинутими своїми батьками не настільки поширений, як два останні, проте присутній у третини дітей від групи опитаних з онкологічними захворюваннями (32,9% від групи, це 50 дітей).

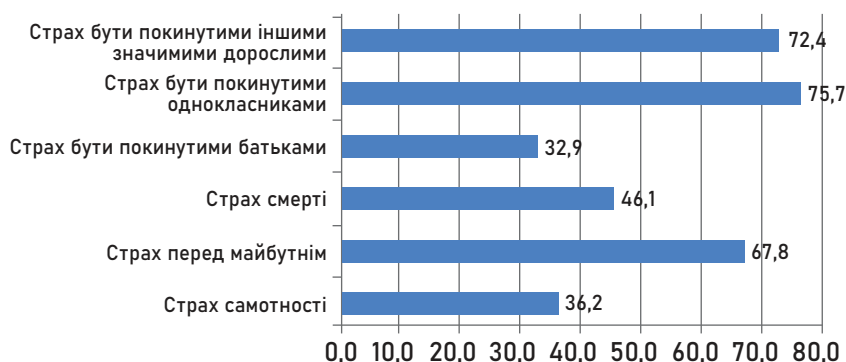


Рис. 2. Відсотковий розподіл схильності до екзистенційних страхів в опитуваних дітей з онкологічними захворюваннями

Це може бути пов'язано з тим, що коли дитина потрапляє на довготривале лікування втрачається повноцінний контакт з однокласниками і груповим навчальним процесом. Хвора дитина може переживати як сприймуть і відреагують однокласники на зміни у її зовнішності, відсутність волосся, чи не забудуть про неї.

При вивченні екзистенційних страхів у дітей з онкологічними захворюваннями важливо враховувати чи знає дитина про свій діагноз. У ході нашого дослідження 140 дітей сказали, що знають свій діагноз та 12 дітей відповіли, що не знають свій діагноз. За допомогою порівняльного аналізу (t-тест Стьюдента) виявлені статистично значимі відмінності в схильності до певних екзистенційних страхів у дітей з даних підгруп (Рис. 2.) Так встановлено, що більш схильними до страху перед майбутнім ($x_{\text{знають діагноз}} = 0,79$, $x_{\text{не знають діагноз}} = 0,42$ відповідно при $t = 3,01$ $p = 0,003$) є опитані діти, які знають про свій діагноз, у порівнянні з іншими опитаними пацієнтами. Також для них характерні більш виражені страхи бути покинутими своїми однокласниками ($x_{\text{знають діагноз}} = 0,89$, $x_{\text{не знають діагноз}} = 0,582$ відповідно при $t = 2,98$ $p = 0,003$) та іншими значимими дорослими ($x_{\text{знають діагноз}} = 0,86$, $x_{\text{не знають діагноз}} = 0,50$ відповідно при $t = 3,37$ $p = 0,001$).

На відміну від онкохворих осіб, що знають про свій діагноз, інші пацієнти відзначились більш вищими рівнями страху бути покинутими своїми батьками ($x_{\text{знають діагноз}} = 0,33$, $x_{\text{не знають діагноз}} = 0,75$ відповідно при $t = -2,98$ $p = 0,003$).

Відмінності у схильності до певних екзистенційних страхів у дітей, що знають про свій діагноз, з тими, хто не знає свого діагнозу, виявлені у рівні страху самотності ($x_{\text{знають діагноз}} = 0,80$, $x_{\text{не знають діагноз}} = 0,58$ відповідно при $t = 1,75$ $p = 0,008$) та страху смерті ($x_{\text{знають діагноз}} = 0,53$, $x_{\text{не знають діагноз}} = 0,50$ відповідно при $t = 0,18$ $p = 0,85$). Вищими рівнями за цими страхами характеризуються опитані пацієнти, які знають свій діагноз.

Знання дитиною про свій діагноз може формувати більш усвідомлене ставлення до свого захворювання, проте важливо відмітити, що і діти які знають про свій діагноз, і діти які не знають про свій діагноз мають високі показники страху смерті. Це може вказувати на те, що діти з онкогематологічним діагнозом схильні відчувати небезпеку для свого життя незалежно від знання про свій діагноз. Діти зіштовхуються з емоційними реакціями батьків та рідних, це також може підсилювати страхи в дитини, яка хворіє.

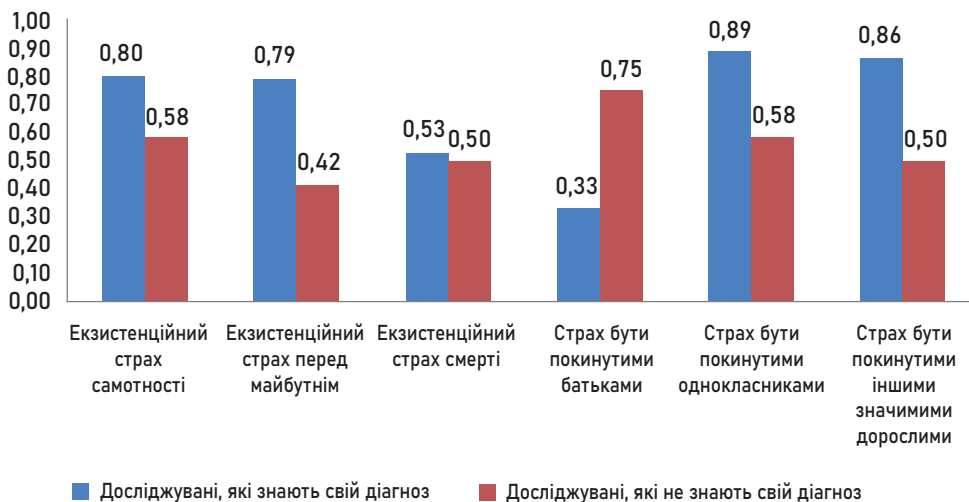


Рис. 3. Результати порівняльного аналізу (*t*-тест Стьюдента) для підгруп онкохворих дітей поділених за ознакою «знання свого діагнозу»

Група дітей, які хворіють на онкологічні захворювання, була поділена на 3 підгрупи за тривалістю перебування на лікуванні. 1-а підгрупа складалася з 54 дітей, які первинно перебувають на лікуванні (від 1-3 тижнів), 2-а підгрупа з 87 дітей, які перебувають тривало в лікарні (більше 3 місяців), та 3-я підгрупа з 11 дітей, які перебувають на амбулаторному лікуванні в тракті підтримуючої терапії (Рис. 3). У результаті однофакторного дисперсійного аналізу виявлені відмінності у схильностях переживати певні екзистенційні страхи дітьми з різною тривалістю перебування на лікуванні. Так виявлено, що онкохворі пацієнти найбільше схильні боятись страху смерті ($M_{\text{первинно}} = 0,85$, $M_{\text{тривало}} = 0,36$, $M_{\text{амбулаторно}} = 0,27$) та бути покинутими батьками ($M_{\text{первинно}} = 0,61$, $M_{\text{тривало}} = 0,18$, $M_{\text{амбулаторно}} = 0,55$), у порівнянні з іншими опитуваними. Найменш вони схильні до страху самотності та страху перед майбутнім. Пацієнти, які тривало перебувають на лікуванні, характеризуються найвищими рівнями схильності боятись майбутнього ($M_{\text{первинно}} = 0,65$, $M_{\text{тривало}} = 0,83$, $M_{\text{амбулаторно}} = 0,82$), бути покинутими однокласниками ($M_{\text{первинно}} = 0,83$, $M_{\text{тривало}} = 0,91$, $M_{\text{амбулаторно}} = 0,64$) та іншими значимими дорослими ($M_{\text{первинно}} = 0,74$, $M_{\text{тривало}} = 0,91$, $M_{\text{амбулаторно}} = 0,73$). Проте їм найменш притаманні страхи бути покинутими своїми батьками. Для пацієнтів з амбулаторного лікування найбільш вираженими є страхи самотності ($M_{\text{первинно}} = 0,43$, $M_{\text{тривало}} = 0,98$, $M_{\text{амбулаторно}} = 1,00$), а найменш схильними вони є до страху смерті, бути покинутими однокласниками чи іншими значимими дорослими.

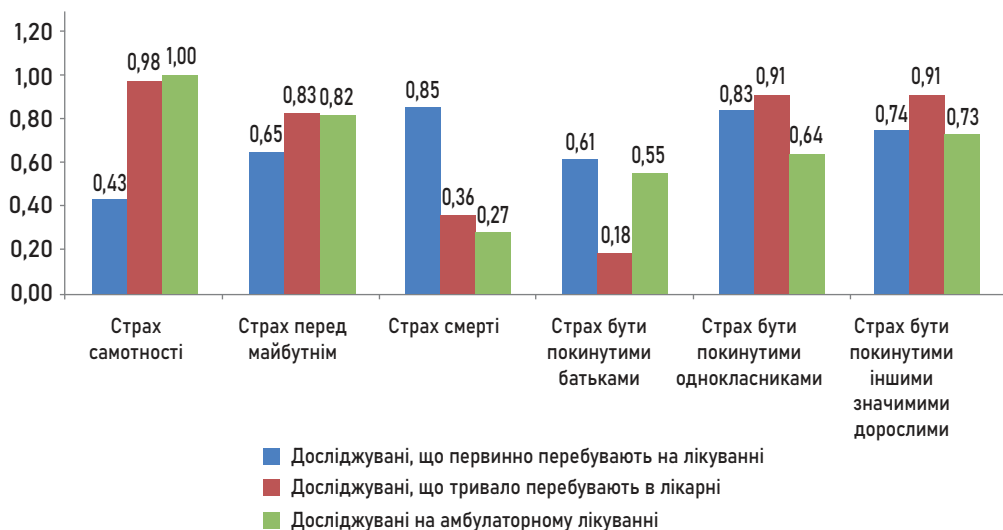


Рис. 4. Результати порівняльного аналізу досліджуваних дітей з онкологічними захворюваннями з різною тривалістю перебування на лікуванні (однофакторний дисперсійний аналіз)

Можна припустити, що діти з онкогематологічними захворюваннями, які первинно перебувають на лікуванні, не так глибоко відчують самотність, адже не знаходяться в лікарні тривалий час. У зв'язку з цим, у даної підгрупи дітей показники за шкалою «Страх самотності» є суттєво нижчими ніж в інших підгрупах. В підгрупі дітей, які первинно перебувають на лікуванні є найвищий показник страху бути покинутими своїми батьками, адже дитина може відчувати провину через свою хворобу, може фантазувати про те, що захворіла внаслідок поганої та неслухняної поведінки. Також діти спостерігають складні емоції та переживання батьків й часто відчують, що засмучують своїх батьків, мають переживання про те, що саме вони є причиною емоційного страждання батьків.

У ході порівняльного аналізу дітей з досліджуваної групи було поділено на 2 підгрупи. 141 дитина, яка не досягла ремісії та 11 дітей, які досягли ремісії. У ході порівняльного аналізу виявлено статистично значущу відмінність у схильності до страху бути покинутими однокласниками ($x_{\text{відс. ремісія}} = 0,88$, $x_{\text{ремісія}} = 0,64$ відповідно при $t = 2,27$ $p = 0,02$). Як видно з отриманого результату менш виражений відповідний страх у опитаних пацієнтів, які досягли ремісії. Це можна пояснити тим, що дитина, яка переживає ремісію, усвідомлює позитивні результати лікування та орієнтована на повернення до соціального життя.

Як ми можемо спостерігати з гістограми (Рис. 4) за допомогою порівняльного аналізу виявлені й інші відмінності у переживанні екзистенцій-

них страхів опитаними, поділених за групуючою ознакою «досягнення ремісії». Так більш схильними боятись самотності ($x_{\text{відс. ремісія}} = 0,77$, $x_{\text{ремісія}} = 1$ відповідно при $t = -1,82$ $p = 0,07$), майбутнього ($x_{\text{відс. ремісія}} = 0,76$, $x_{\text{ремісія}} = 0,82$ відповідно при $t = -0,44$ $p = 0,66$) та бути покинутими своїми батьками ($x_{\text{відс. ремісія}} = 0,35$, $x_{\text{ремісія}} = 0,54$ відповідно при $t = 2-1,31$ $p = 0,19$) притаманна опитаним дітям, які переживають ремісію. За цими страхами може стояти страх повернення онкологічної хвороби, страх перед рецидивом, страх повернутись в лікарню.

В той час, як особи з іншої підгрупи (які не досягли ремісії) відзначаються вищими рівнями схильності до страху смерті ($x_{\text{відс. ремісія}} = 0,55$, $x_{\text{ремісія}} = 0,27$ відповідно при $t = 1,76$ $p = 0,08$) та страху бути покинутими іншими значимими дорослими ($x_{\text{відс. ремісія}} = 0,84$, $x_{\text{ремісія}} = 0,73$ відповідно при $t = 1,002$ $p = 0,32$).

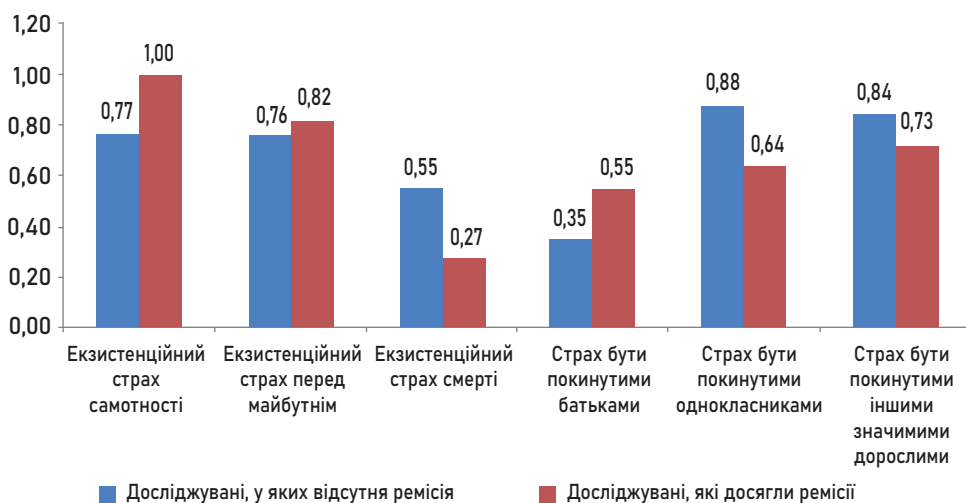


Рис. 5. Результати порівняльного аналізу (*t*-тест Стьюдента) для підгруп онкохворих дітей поділених за ознакою «досягнення ремісії»

Серед опитаних дітей, які хворіють онкологічним захворюванням взяли участь у дослідженні 112 дітей, які мають досвід стосунку зі смертю та 40 дітей, які не мають такого досвіду. У ході порівняльного аналізу опитаних з цих підгруп була встановлена статистично значуща відмінність у схильності переживати більший страх бути покинутими своїми однокласниками ($x_{\text{досвід стосунку з смертю}} = 0,90$, $x_{\text{відс. досвід}} = 0,75$ відповідно при $t = 2,42$ $p = 0,02$) пацієнтами, що мають досвід стосунку зі смертю. Також за результатами порівняння особливостей переживання екзистенційних страхів виявлено, що більш схильними боятись самотності ($x_{\text{досвід стосунку з смертю}} = 0,82$, $x_{\text{відс. досвід}} = 0,68$ відповідно при $t = 1,94$ $p = 0,05$), майбут-

нього ($x_{\text{досвід стосунку з смертю}} = 0,79$, $x_{\text{відс. досвід}} = 0,70$ відповідно при $t = 1,09$ $p = 0,28$), смерті ($x_{\text{досвід стосунку з смертю}} = 0,54$, $x_{\text{відс. досвід}} = 0,48$ відповідно при $t = 0,75$ $p = 0,45$) та бути покинутими іншими значимими дорослими ($x_{\text{досвід стосунку з смертю}} = 0,86$, $x_{\text{відс. досвід}} = 0,78$ відповідно при $t = 1,2$ $p = 0,23$) є онкохворі пацієнти з наявним досвідом стосунку зі смертю.

Опитувані без відповідного досвіду характеризуються більш вираженим страхом бути покинутими своїми батьками ($x_{\text{досвід стосунку з смертю}} = 0,35$, $x_{\text{відс. досвід}} = 0,40$ відповідно при $t = -0,58$ $p = 0,56$), ніж інші опитані (Рис.5).

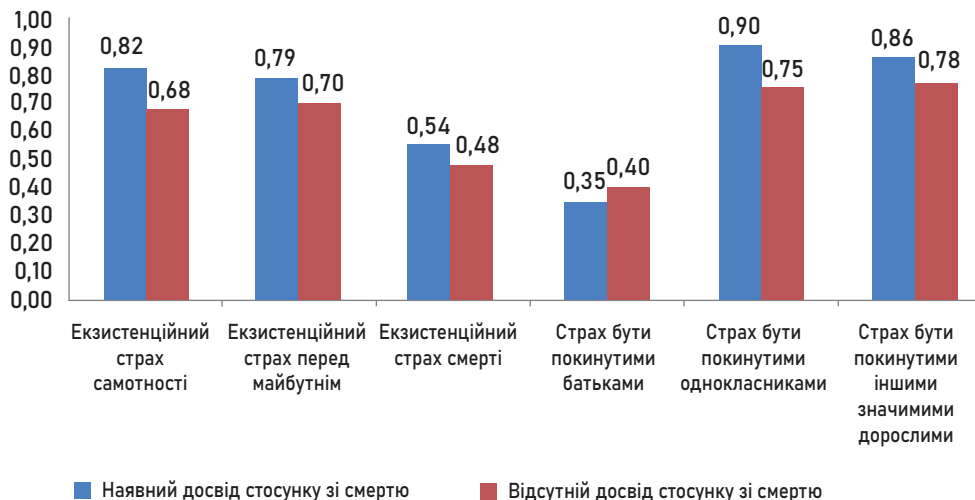


Рис. 6. Результати порівняльного аналізу (*t*-тест Стьюдента) для підгруп онкохворих дітей поділених за ознакою «наявність досвіду стосунку зі смертю»

Також досліджувану групу склали 29 дітей, у яких хтось з членів родини помер від онкології та 123 дитини без відповідного досвіду. У ході порівняльного аналізу опитаних онкохворих осіб з цих двох підгруп не було виявлено статистично значущі результати у переживанні ними екзистенційних страхів. Проте відмінності між опитаними пацієнтами з цих підгруп (Рис.6) є помітними. Так, більш схильними до страху перед майбутнім ($x_{\text{хтось помирав онко.}} = 0,72$, $x_{\text{знайомі не помирали}} = 0,77$ відповідно при $t = -0,55$ $p = 0,59$), страху смерті ($x_{\text{хтось помирав онко.}} = 0,41$, $x_{\text{знайомі не помирали}} = 0,55$ відповідно при $t = -1,35$ $p = 0,18$), бути покинутими своїми батьками ($x_{\text{хтось помирав онко.}} = 0,24$, $x_{\text{знайомі не помирали}} = 0,39$ відповідно при $t = -1,5$ $p = 0,14$), однокласниками ($x_{\text{хтось помирав онко.}} = 0,79$, $x_{\text{знайомі не помирали}} = 0,88$ відповідно при $t = -1,19$ $p = 0,24$) та іншими значимими дорослими ($x_{\text{хтось помирав онко.}} = 0,83$, $x_{\text{знайомі не помирали}} = 0,84$ відповідно при $t = -0,13$ $p = 0,89$) є опитувані пацієнти, батьки яких вказали, що у них немає членів родини, які б помирали від онкологічного захворювання. Хоча різниця у показниках за деякими

шкалами не є суттєво великою, тому можна припустити, що деякі з описаних екзистенційних страхів в однаковій мірі притаманні опитаним з двох підгруп. На відміну від пацієнтів у яких ніхто з рідних не помер від онкологічного захворювання, інші особи, у кого є члени родини, що померли від онкологічного захворювання, відзначились вищими рівнями страху самотності ($x_{\text{хтось помирав онко.}} = 0,83$, $x_{\text{знайомі не помирали}} = 0,77$ відповідно при $t = 0,65$ $p = 0,52$) та виявились менш схильними до переживання вище перерахованих екзистенційних страхів.

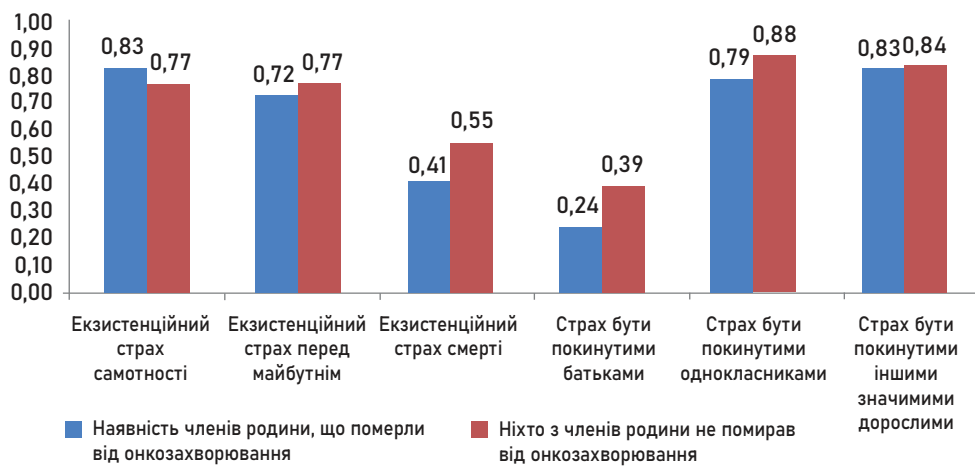


Рис. 7. Результати порівняльного аналізу (t-тест Стьюдента) для підгруп онкохворих дітей поділених за ознакою «наявність членів родини, які померли від онкологічного захворювання»

Досліджувана група була поділена на підгрупи за наявністю досвіду реанімації. Розподіл здійснено на 2 підгрупи. У 1-у ввійшло 114 осіб, які не мають досвіду реанімації та 38 осіб в 2-гу підгрупу, які мають досвід реанімації. У ході порівняльного аналізу виявлені статистично значущі відмінності у переживанні екзистенційних страхів дітей з цих двох підгруп. А саме виявлено, що більше схильними боятись смерті ($x_{\text{відс. досвід.}} = 0,69$, $x_{\text{досвід реанімації}} = 0,03$ відповідно при $t = 8,68$ $p = 0,00$) та страху бути покинутими батьками ($x_{\text{відс. досвід.}} = 0,43$, $x_{\text{досвід реанімації}} = 0,16$ відповідно при $t = 3,09$ $p = 0,002$) є у опитаних, що не мають досвіду реанімації, ніж у інших опитаних онкохворих дітей.

В той же ж час пацієнти з наявним досвідом реанімації характеризуються вищими рівнями схильності до страху самотності ($x_{\text{відс. досвід.}} = 0,72$, $x_{\text{досвід реанімації}} = 0,97$ відповідно при $t = -3,39$ $p = 0,001$), ніж інші опитані. Як видно з рисунку 7 в ході порівняльного аналізу виявлені й інші відмінності (статистично не значущі) між особливостями

схильності до певних екзистенційних страхів у дітей з різними досвідами реанімації. Так встановлено, що ті особи, які мають досвід реанімації більше схильні боятись майбутнього ($x_{\text{відс. досвід}} = 0,73$, $x_{\text{досвід реанімації}} = 0,87$ відповідно при $t = -1,8$ $p = 0,08$) та бути покинутими іншими значимими дорослими ($x_{\text{відс. досвід}} = 0,83$, $x_{\text{досвід реанімації}} = 0,84$ відповідно при $t = -0,13$ $p = 0,9$), ніж інші пацієнти. В свою чергу виявлено, що останні відзначаються вищими рівнями страху бути покинутими своїми однокласниками ($x_{\text{відс. досвід}} = 0,88$, $x_{\text{досвід реанімації}} = 0,82$ відповідно при $t = 0,95$ $p = 0,35$).

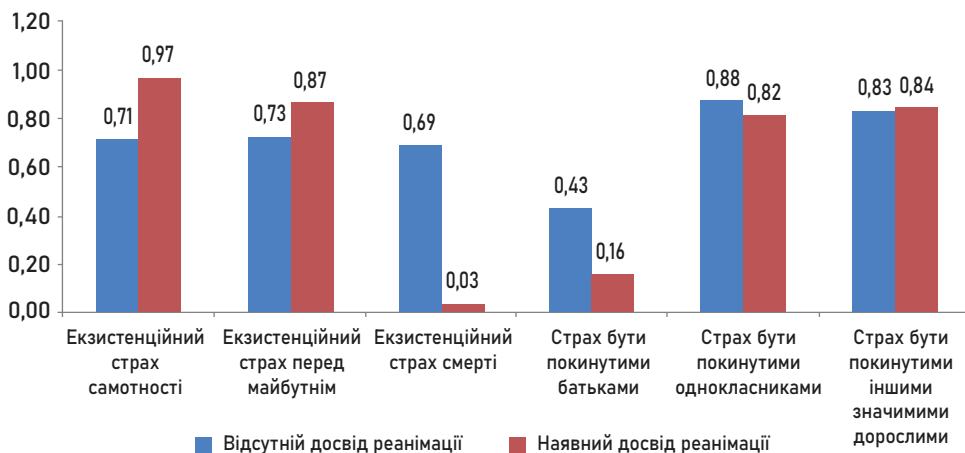


Рис. 8. Результати порівняльного аналізу (*t*-тест Стьюдента) для підгрупи онкохворих дітей поділених за ознакою «наявність досвіду реанімації»

Можна припустити, що нижчі показники переживання страху смерті у дітей в яких наявний досвід реанімації пов'язаний з тим, що чим ближче дитина знаходиться у ситуації, яка загрожує її життю, тим більше діти використовують психологічні захисні механізми, які дозволяють впоратись зі складними переживаннями та страхом.

Діти, які взяли участь у дослідженні, розподілились на 26 дітей з рецидивами та 126 дітей з відсутніми рецидивами. У результаті порівняльного аналізу опитаних, поділених за наявністю рецидивів (Рис.8), встановлені статистично значущі відмінності у схильності до переживання певних екзистенційних страхів. Так, виявлено, що онкохворі діти, які переживають рецидив, більше схильні боятись самотності ($x_{\text{рецидив}} = 0,96$, $x_{\text{відс. рецидив}} = 0,75$ відповідно при $t = 2,46$ $p = 0,002$) та майбутнього ($x_{\text{рецидив}} = 0,96$, $x_{\text{відс. рецидив}} = 0,72$ відповідно при $t = 2,66$ $p = 0,01$). Оскільки онкохворі діти, які мають рецидив вже мають досвід лікування онкологічної хвороби, можуть хвилюватись про те, чи вдасться їм знову подолати захворювання. Також діти мають досвід перебування в ситуації ізоляції, ситуації відірваності від однолітків, це може провокувати страхи самотності.

Проте їм в меншій мірі притаманні страхи смерті ($x_{\text{рецидив.}} = 0,12$, $x_{\text{відс. рецидив}} = 0,61$ відповідно при $p = 0,00$) та страх бути покинутими своїми батьками ($x_{\text{рецидив.}} = 0,12$ $x_{\text{відс. рецидив}} = 0,41$ відповідно при $p = 0,004$), які є більш вираженими у опитаних дітей, які не переживають рецидив.

Можна припустити, що показники страху бути покинутими своїми батьками у дітей, які переживають рецидив, можуть бути нижчими через те, що дитина має досвід стосунку зі своїми батьками у первинному захворюванні й розуміє, що не була покинутою ними під час хвороби. Проте діти, які первинно долають захворювання, можуть мати фантазії про те, що батьки здатні покинути їх через хворобу або зміни у зовнішності.

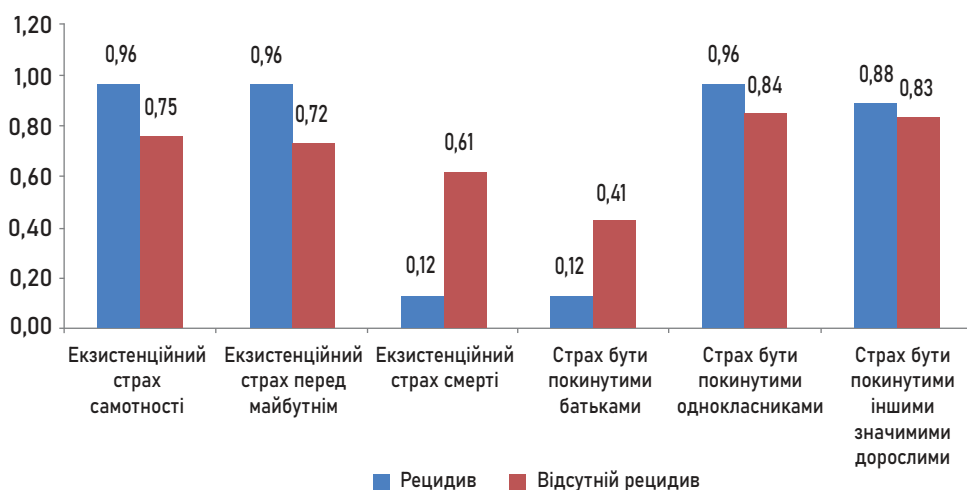


Рис. 9. Результати порівняльного аналізу (t-тест Стьюдента) для підгруп онкохворих дітей поділених за ознакою «Переживання рецидиву»

Також встановлені незначні статистичні відмінності у страхах бути покинутими однокласниками ($x_{\text{рецидив.}} = 0,96$ $x_{\text{відс. рецидив}} = 0,84$ відповідно $t = 1,62$ при $p = 0,107$) та іншими значимими дорослими ($x_{\text{рецидив.}} = 0,88$ $x_{\text{відс. рецидив}} = 0,83$ відповідно $t = 0,74$ при $p = 0,46$) у пацієнтів порівнюваних підгруп. Це свідчить про однакову міру вираження відповідних страхів у дітей, що переживають рецидив та тих, хто не переживає його.

У дослідженні взяли участь 144 дитини, які не знаходились на термінальній стадії та 8 дітей, які знаходились на термінальній стадії захворювання. За допомогою порівняльного аналізу виявлені статистично значущі відмінності у схильності до переживання страху смерті ($x_{\text{не паліативні.}} = 0,56$ $x_{\text{термін. стадія}} = 0,00$ відповідно $t = 3,14$ при $p = 0,002$) та страху

бути покинутими своїми однокласниками ($x_{\text{не паліативні}} = 0,88$ $x_{\text{термін. стадія}} = 0,63$ відповідно при $t = 2,008$ $p = 0,05$). Як видно з результатів, зображених на рисунку 9, більш схильними боятись смерті та бути покинутими однокласниками є онкохворі пацієнти, які не знаходяться на термінальній стадії, ніж діти, які знаходяться на термінальній стадії захворювання. Така значуща розбіжність між даним підгрупами в онкохворих дітей може вказувати на те, що чим ближче дитина знаходиться до ситуації смерті, тим ефективніше спрацьовують захисні психологічні механізми, які захищають дитину від надскладних емоційних переживань. Можна припустити, що високі показники страху бути покинутим однокласниками, можуть говорити про потребу дитини в приналежності до соціальної групи однолітків, потребу дитини перебувати в дитячому просторі незалежно від важкості її фізичного стану.

Також встановлено, що діти, які знаходяться на термінальній стадії мають більшу схильність боятись самотності ($x_{\text{не паліативні}} = 0,77$ $x_{\text{термін. стадія}} = 1,00$ відповідно $t = -1,53$ при $p = 0,004$), майбутнього ($x_{\text{не паліативні}} = 0,76$ $x_{\text{термін. стадія}} = 0,88$ відповідно при $t = -0,76$ $p = 0,045$) та бути покинутими іншими значимими дорослими ($x_{\text{не паліативні}} = 0,83$ $x_{\text{термін. стадія}} = 0,88$ відповідно при $t = 0,31$ $p = 0,76$). Страх бути покинутими батьками більше притаманний дітям, які не знаходяться на термінальній стадії. ($x_{\text{не паліативні}} = 0,37$ $x_{\text{термін. стадія}} = 0,25$ відповідно при $t = 0,67$ $p = 0,50$).

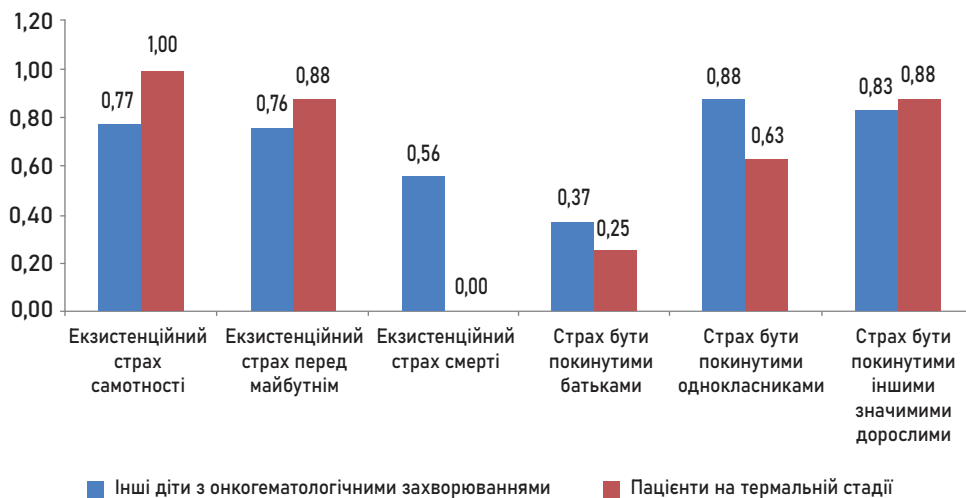


Рис. 10. Результати порівняльного аналізу (t-тест Стьюдента) для підгруп онкохворих дітей поділених за ознакою «стадія захворювання»

Серед досліджених дітей з онкологічними захворюваннями виявлено 139 дітей, які не готуються до трансплантації та 13 дітей, які готу-

ються до неї. За допомогою порівняльного аналізу онкохворих пацієнтів з названих вище підгруп (групуєча ознака «підготовка до трансплантації») виявлено, що менше схильні боятись смерті ($x_{\text{відс. транспл}} = 0,58$ $x_{\text{готуються трансплантація}} = 0,00$ відповідно при $t = 4,17$ $p = 0,00$) та бути покинутими батьками ($x_{\text{відс. транспл}} = 0,39$ $x_{\text{готуються трансплантація}} = 0,08$ відповідно при $t = 2,26$ $p = 0,03$) є опитані, які готуються до трансплантації, ніж інші з опитаних онкохворих дітей. Відмінність у схильності до цих страхів є статистично значущою та помітною (Рис. 10). Також виявлені статистично незначущі відмінності у переживанні деяких екзистенційних страхів підгрупою дітей, що готуються до трансплантації з підгрупою тих опитаних, які не готуються до неї. Так, встановлено, що інші екзистенційні страхи, що перераховані в методиці в більшій мірі притаманні опитаним, що готуються до трансплантації. А саме у них більше виражені страх самотності ($x_{\text{відс. транспл}} = 0,77$ $x_{\text{готуються трансплантація}} = 0,92$ відповідно при $t = -1,28$ $p = 0,2$), страх перед майбутнім ($x_{\text{відс. транспл}} = 0,75$ $x_{\text{готуються трансплантація}} = 0,92$ відповідно при $t = -1,42$ $p = 0,16$), страх бути покинутими однокласниками ($x_{\text{відс. транспл}} = 0,86$ $x_{\text{готуються трансплантація}} = 0,96$ відповідно при $t = -0,67$ $p = 0,50$) та іншими значимими дорослими ($x_{\text{відс. транспл}} = 0,83$ $x_{\text{готуються трансплантація}} = 0,92$ відповідно при $t = -0,89$ $p = 0,38$).

Як помітно з рисунку 10 відмінності в схильності переживати вище перераховані страхи є несуттєвою, а отже, ці страхи притаманні дітям, що готуються до трансплантації та тим, хто не готується до неї.

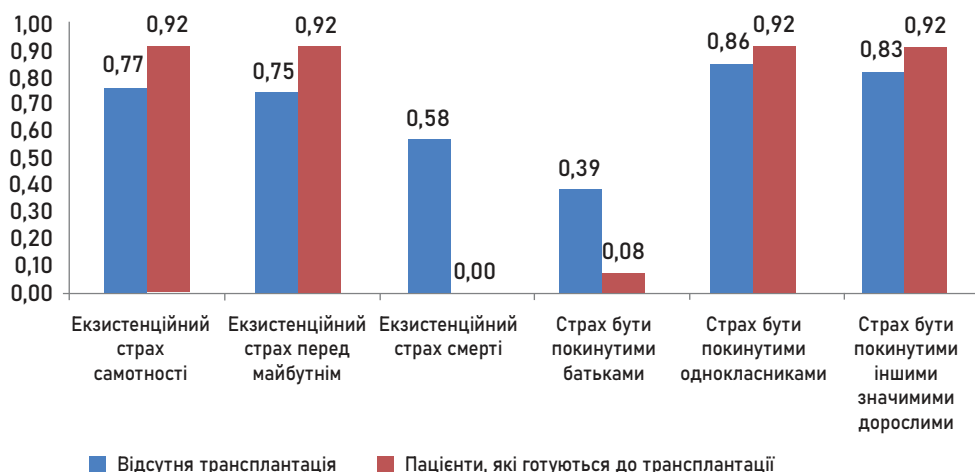


Рис. 11. Результати порівняльного аналізу (t -тест Стьюдента) для підгруп онкохворих дітей поділених за ознакою «підготовка до трансплантації»

Досліджувану групу склали 5 дітей, які пройшли трансплантацію кісткового мозку (ТКМ) та інші діти досліджуваної групи з онкологічни-

ми захворюваннями. Діти, які пройшли трансплантацію менше схильні переживати страх смерті ($x_{\text{після транспл}} = 0,00$ $x_{\text{відсутня транспл}} = 0,54$ відповідно при $t = -2,42$ $p = 0,02$) та страх бути покинутими іншими значимими дорослими ($x_{\text{після транспл}} = 0,40$ $x_{\text{відсутня транспл}} = 0,85$ відповідно при $p = 0,01$), у порівнянні з тими опитаними, які не пройшли трансплантацію. Відмінності за іншими екзистенційними страхами між порівнюваними пацієнтами не є суттєвими та статистично значущими. Виявлено, що до страху самотності ($x_{\text{після транспл}} = 1,00$ $x_{\text{відсутня транспл}} = 0,78$ відповідно при $t = 1,19$ $p = 0,23$) та страху перед майбутнім ($x_{\text{після транспл}} = 1,00$ $x_{\text{відсутня транспл}} = 0,76$ відповідно при $t = 1,27$ $p = 0,21$) більше схильні опитані, які пройшли трансплантацію. В той час, як решта опитаних дітей, які не проходили трансплантацію, характеризуються більш вираженими страхами бути покинутими батьками ($x_{\text{після транспл}} = 0,20$ $x_{\text{відсутня транспл}} = 0,37$ відповідно при $t = -0,76$ $p = 0,45$) та однокласниками ($x_{\text{після транспл}} = 0,60$ $x_{\text{відсутня транспл}} = 0,87$ відповідно при $t = -1,73$ $p = 0,09$), ніж ті, які пройшли трансплантацію (Рис.11).

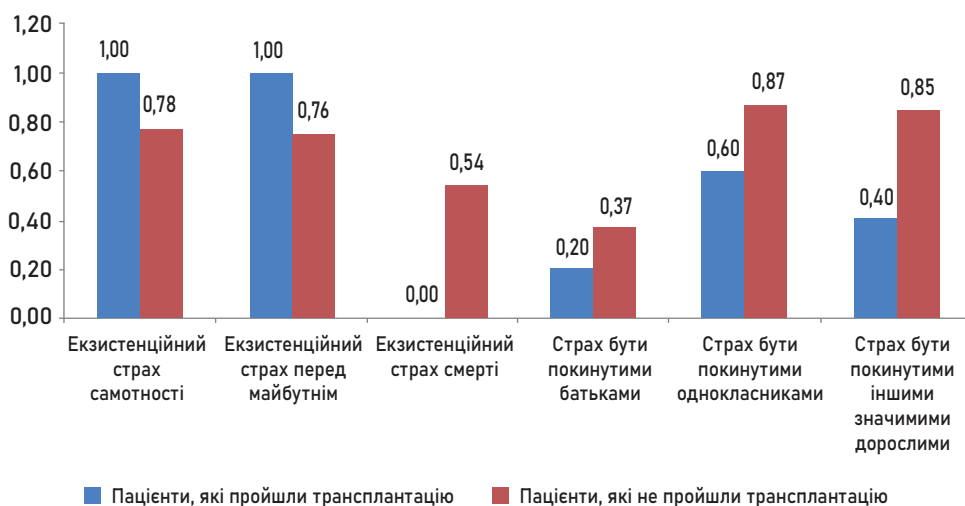


Рис. 12. Результати порівняльного аналізу (t-тест Стюдента) для підгруп онкохворих дітей поділених за ознакою «наявність ТКМ»

Трансплантація кісткового мозку є складним етапом у лікуванні дитини, яка становить великий ризик для життя маленького пацієнта, й ми можемо припустити, що дитина здатна використовувати захисний механізм «витіснення», який допомагає «не відчувати» страх смерті та справитись з надскладною ситуацією.

Отже, за даними проведеного дослідження можна зробити наступні висновки: діти з онкологічними захворюваннями схильні переживати

такі екзистенційні страхи як страх смерті, страх бути покинутими батьками, однокласниками та іншими значимими дорослими, страх перед майбутнім та страх самотності. Пацієнти, які знають про свій діагноз та пацієнти, які не знають про нього мають несуттєву різницю в показниках страху смерті. Також можна зробити висновок про те, що чим ближче дитина знаходиться до ситуації, яка загрожує її життю (ТКМ, досвід реанімації, наявність рецидиву, термінальна стадія захворювання), тим менше вона схильна переживати страх смерті на свідомому рівні. Страх бути покинутими однокласниками та значимими дорослими є достатньо високим в усіх підгрупах дітей з онкогематологічними захворюваннями, що вказує на потребу дитини приналежності до соціального оточення та на страждання з якими зіштовхується дитина перебуваючи в ситуації захворювання. Страх самотності та страх перед майбутнім також має високі показники у підгрупах онкохворих дітей, за яким може бути страх перед втратою любові, страх не одужати або повторно потрапити у лікарню.

Список використаних джерел:

1. Скаковська А. В. Особливості уявлення про смерть і переживання страху смерті у дітей з онкогемтологічними захворюваннями. Pedagogical and psychological sciences: regularities and development trends. Collective monograph. Wloclawek, Poland с. 469, 2020.
2. Шац К. И. Больной ребенок и его семья: формы и возможности психологической помощи, Санкт-Петербург, с. 303, 2016.

**ОСОБЛИВОСТІ ЖИТТЄВОГО СТИЛЮ
CHILD-FREE: ДЕТЕРМІНАНТИ, ПРИЧИНИ
ТА ФАКТОРИ ВПЛИВУ**

**FEATURES OF CHILD-FREE LIFESTYLE:
DETERMINANTS, CAUSES
AND INFLUENCE FACTORS**



Багрій Вікторія Вадимівна,
викладач кафедри практичної
психології Інституту управління,
психології та безпеки Львівського
державного університету
внутрішніх справ

e-mail: viktoriab933@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5650-8418>

Bagriy Victoria Vadimivna,
lecturer at the Department
of Practical Psychology Institute
of Management, Psychology
and Security Lviv State University
of Internal Affairs

Анотація

У статті охарактеризовано феномен «childfree», як вільно обраний стиль життя, що виключає у послідовників руху наявність дітей та бажання стати батьками. Наведено визначення поняття «childfree», розкрито їхню життєву позицію щодо батьківства, висвітлено причини та мотиви добровільної бездітності. Описано емпіричні результати дослідження психологічних детермінант формування переконання «childfree».

Ключові слова: «childfree», ідеологія, добровільна бездітність, репродуктивні установки, усвідомлене (не) батьківство.

Abstact

The phenomenon of «childfree» as a freely chosen lifestyle that excludes the followers of the movement the presence of children and the desire to become parents is described in the article. The definition of the term «childfree» is given, life position on parenthood is revealed, the reasons and motives of voluntary childlessness are highlighted. The empirical results of the study of the psychological determinants of the formation of the «childfree» belief are described.

Key words: childfree, ideology, voluntary childlessness, reproductive attitudes, conscious (non) parenting.

АКТУАЛЬНІСТЬ

Сучасні жінки та чоловіки, розглядаючи цінності та пріоритети, змінюють свій вектор з сім'ї на кар'єру, життя заради себе, своїх потреб, що їй сприяє появі ідеології «добровільної бездітності».

Рух «childfree» постійно відчуває психологічний тиск з боку суспільства. Більшість людей не розділяють їх поглядів та закликають боротися з представниками цього напрямку. Найчастіше це обумовлено тим, що суспільство не розуміє тих людей, які руйнують сформовані поведінкові норми, цінності та соціальні стереотипи.

Молодь стає дедалі частіше прихильною до західноєвропейської культури щодо добровільної бездітності. Потреба у дітях може бути відсутньою на індивідуальному рівні, що демонструють ті, хто називають себе «childfree» або «вільні від дітей». Childfree виказують принципове небажання як народжувати, так і виховувати дітей, вони мотивують це тим, що найбільша цінність для них – це свобода, яка може бути щасливою та гармонійною, насиченою різноманітними подіями і без дітей. Слід зазначити, що це репродуктивно здорові люди.

Childfree є неоднозначним соціальним явищем, бо з одного боку – це крах головній сімейній функції – перша з яких репродуктивна, що демонструє все нижчі показники народжуваності і стає загрозою виродження нації та держави, а друга – руйнування сімейних традицій. Однак це індивідуальний вибір кожної людини, що має свої причини та мотиви вступу у дану спільноту.

Актуальність дослідження проявляється ще й у тому, що відмова від народження дитини є свідомою. У суспільстві, ймовірно, завжди були люди, які прагнули залишитися бездітними, хоча відкрито це не декларували назагал хоча і не мали ніяких реальних перешкод для народження дитини.

Важливо є те, що та незначна частка, яка відмовляється народжувати дитину, здається, що не має викликати занепокоєння, але існує той факт, що прихильники ідеї child-free починають об'єднуватись у віртуальні товариства та перетворюються на «модний стиль» дітородної поведінки, яка стає несприятливим середовищем для задоволення потреби у дітях на мікрорівні. Послаблення сімейних цінностей в українському суспільстві, зниження престижу жінки-матері сприятимуть розвитку цього процесу. Більше того, дана проблематика є недостатньо вивченою та посилюватиметься ще й через те, що таке середовище гальмуватиме

формування потреби у дітях на мікрорівні, адже соціально-демографічний портрет child-free виглядає досить привабливо.



Рис. 1. Люди розказали, чи шкодують вони про те, що не стали батьками
(інтернет ресурс) <https://fishki.net/tag/chajldfri/>



Рис. 2. Вікторія Багрій (з приватної колекції на тему «Мадонна»
або «Материнство»)

Свідома бездітність (*англ.* Childfree, чайлдфрі) – це принципове небажання мати дітей, незважаючи на таку можливість (тобто, не йдеться про людей, які безплідні, а про людей, які свідомо відкладають народження дітей на «пізніший термін» або не мають твердої позиції в цьому питанні). Сам термін прийшов з англійської мови, як утім і звичай об'єднуватися в групи людей, які не тільки не хочуть мати дітей, але і відстоюють своє право їх не мати [4].

Термін «childfree» (вільний від дітей) виник у протиставу слову «childless» «бездітний», яке, на думку деяких, означає, що дітей «бракує» і вони бажані. Childfree і стверджують, що їхнє життя досить насичене і без нащадків. Деякі з них можуть любити дітей, деякі залишаються байдужими, хтось, можливо, навіть відчуває до них неприязнь, але спільними для всіх чайлдфрі ознаками є відсутність дитини і небажання ставати батьками як такими [1].

Існує ряд відповідей представників childfree на запитання «Чому вони не хочуть мати дітей?». Це:

- бажання мати якомога більше вільного особистого часу на розваги і своє хобі, іншими словами, небажання втрачати свій час;
- небажання робити зміни в способі життя, у побуті і відносинах з партнером;
- небажання бути фінансово відповідальним ще перед однією людиною і наявність фінансових труднощів;
- небажання зв'язувати себе новими зобов'язаннями.

Багато подружніх пар відкладають народження першої дитини на якийсь час, через отримання освіти, побудови кар'єри чи тимчасової життєвої нестабільності. І це є нормою для сучасного суспільства [8].

У сучасному світі жінки стали більше цінувати особисту свободу. Дослідження соціальних психологів показують [1, 3], що жінки, які не хочуть мати дітей, частіше успішніші у роботі, більш високоосвідчені, просто вони думають, що материнство не принесло б їм такого задоволення. Багато хто із них вважає, що кар'єра та діти несумісні, бо основний догляд за дитиною покладений на них. Однією із проблем сьогодення також є те, що число високоосвідчених жінок перевищує число чоловіків із вищою освітою. З кожним роком ця різниця збільшується: кількість студентів жіночого роду перевищує кількість студентів чоловічого. Для жінки є вагомим чинником створення сім'ї з людиною освіченою, як і вона. Відомо, що неблагополучний шлюб практично завжди пов'язаний з відсутністю взаєморозуміння між подружжям та відсут-

ністю спільних цінностей та життєвих орієнтирів. У такому шлюбі виникає нав'язана, не бажана самотність чоловіка й жінки. Цікаву думку про проблему жіночої самотності висловив Н. В. Хамітов: «...ще одна розповсюджена причина самотності жінок: сексуальна слабкість чоловіків» [8, с. 67].

Вагоме місце у шлюбі – це інтимне життя, особливо, у перший період спільного життя. Пізніше центр уваги переміщується на інші сфери взаємин – дружбу, вірність, довіру, спільні погляди.

Серед інших причин самотності жінок, Н.В. Хамітов виділяє:

- Пияцтво як чоловіче, так і жіноче (пияцтво й алкоголізм одного або обох чоловіка й жінки робить нещасною всю сім'ю й часто призводить до розриву відносин. Слабшає батьківський інстинкт, що призводить до відсутності піклування батьками про дітей, насилля над ними та один над одним. Згубний вплив алкоголю на статеву сферу, наприклад, у чоловіків призводить їх до статевої розбещеності, зрадам і патологічним ревнощам [9]. У підсумку жінка не витримує й залишає чоловіка, віддаючи перевагу самотності);
- Самотність закоханих людей, які мають різний культурний рівень та різні ціннісні спрямованості (їхнє первісне спілкування, яке наповнене ілюзіями, приховує це розходження, але згодом, коли прилив почуттів відступає, оголюється різниця у колі друзів, смаків, цінностей, традицій) [7];
- Придбаний досвід в батьківській сім'ї, у якій під впливом статево-рольових стереотипів вибудовуються передумови неадекватної самосвідомості, негативної самооцінки, невміння усвідомлювати власні бажання й можливості як жінки. В основі такого засвоєння лежить механізм інструментального й поведінкового наслідування, причому дівчатка більш точно й повно копіюють своїх матерів, ніж хлопчики батьків. «Жіночий» стиль поведінки є менш запрограмованим генетично. Під впливом ігрової діяльності формується жіноча, материнська свідомість [7].

Романова Н. П. виділяє типологізацію жіночої самотності [5]:

1. «Самотність на комплексах». Цей тип пов'язаний із певним психологічним бар'єром, який багато жінок так і не можуть перебороти протягом всього життя. Він стоїть майже за кожною проблемою на роботі, у спілкуванні, любові й близькості, що виникає в жінки. «Неадекватна самооцінка», так називається цей бар'єр. Самотні жінки нехтують тим, як їх сприймають й оцінюють навколишні,

або неодмінно намагаються їм сподобатись. Такі жінки вважають, що вони не можуть бути цікавими, оскільки не мають привабливої зовнішності та некомунікабельні. На основі цього комплекси розростаються, і вони дійсно відчують складність у спілкуванні та на роботі;

2. «Самотність на ідеалах». Існує досить багато категорій потреб, виходячи з яких, жінки формують свій портрет ідеального партнера, і який хочуть реалізувати, коли є в пошуках любові. Всілякі романтичні історії, кіно та телесеріали... Цей полон ілюзій буває настільки сильний, що деякі жінки не в стані оцінити вплив, наданий культурними стереотипами, що і призводять до самотності. Ідеалізованість про романтичну любов і відірваність від реального життя, призводить до самотності [6].
3. «Самотність на амбіціях». Основний постулат цього типу – абсолютний пріоритет творчої самореалізації в роботі перед всіма іншими соціально значимими функціями жінки в сучасному світі. Однак особисте життя такої жінки складається не дуже щасливо. Така жінка розлучається зі своїми партнерами, бо вони не відповідають її очікуванням та запитам. Вона «сильна характером» і такого ж типу чоловічої статі очікує побачити біля себе.



Рис 3. Знаменитості, які все ще не стали мамами
(інтернет ресурс) <https://www.google.com/search?q=Childfree>

Аналізуючи дослідження, можна виявити та узагальнити найпоширеніші мотиви та переконання представників «childfree», а саме: [3]:

1. Комплексами через гінекологічні захворювання, що можуть перешкоджати нормальному протіканню вагітності.
2. Компенсаторними установками при сильній орієнтації жінок на соціальні досягнення (бізнес-леді).
3. Тривожно-фобічні типи особистості (жінки, які мають багато необґрунтованих страхів, пов'язаних із процесом вагітності або виховання дитини).
4. Острах стати поганим батьком/матір'ю.
5. Можливість передати дитині важку генетичну хворобу або наявність серйозного захворювання.
6. Негативним сімейно-дитячим досвідом (відсутність уваги і тепла у дитинстві, в результаті не розвинутий материнський інстинкт).
7. Егоцентризм, завдяки якому жінка здатна лише на умовну любов: ти – мені, я – тобі.
8. Інтровертованість (замкнутість) особистості, коли їм у тяжкий обов'язок спілкування, навіть, із дуже близькими людьми.
9. Небажання міняти свій уклад життя, жертвувати особистим простором.
10. Бажання зберегти досягнуту емоційну та фізичну гармонію в стосунках із коханою людиною.
11. Задоволеність від піклування за домашніми тваринами тощо.

Отже, добровільна бездітність може бути заснована на досить різноманітних (у тому числі і взаємовиключних) варіантах особистих переконань. Ця обставина не дозволяє говорити про «переконання childfree» або, тим більше, про «ідеології childfree».

В ході вивчення даної теми було проведене емпіричне дослідження, яке полягало у вивченні психологічних детермінант формування переконання свідомої бездітності.

Для формування вибірки дослідження, нами обрано 17 осіб на основі моніторингу соціального форуму «Планета childfree» [10]. Даний форум налічує 1116 користувачів, котрі володіють переконанням свідомої бездітності. Метою даного чату є вільне спілкування та обмін думками осіб, котрі підтримують ідеологію «childfree». Нами було створено доступ до чату, як потенційного користувача та представника руху «childfree». В процесі спілкування нами було надіслано 50 запитів-повідомлень до ко-

ристувачів чату з пропозицією пройти анкетування, що сприятиме глибшому дослідженню концепції руху «childfree». Із 50-ти потенційних респондентів лише 17 осіб надало свою згоду на участь в опитуванні. Для анкетування нами було створено спеціальний бланк, котрий надсилався в електронному вигляді.

Використано такі психодіагностичні методики: методика визначення установок особистості Потьомкіна О. Ф та опитувальник визначення особистісної зрілості особистості Штепа О. С.

Методику визначення установок особистості розробила Потьомкіна О. Ф. У методиці пропонується дві шкали: альтруїзм та егоїзм.

Опитувальник визначення особистісної зрілості особистості (автор Штепа О. С.) спрямований на оцінку 10 рис, які є критеріями особистісного розвитку та зростання: відповідальність, децентрація, глибинність переживань, життєва філософія, толерантність, автономність, контактність, самоприйняття, креативність, синергічність [6], на основі яких визначено середнє значення, отримані наступні показники (див. 1).

Таблиця 1. Показники рівня розвитку особистісної зрілості досліджуваних за методикою особистісної зрілості О. Штепи

№	Шкали	Середні значення (бал)
1	Відповідальність	5
2	Децентрація	6
3	Глибинність переживань	5
4	Життєва філософія	5
5	Толерантність	6
6	Автономія	5
7	Контактність	6
8	Самоприйняття	8
9	Креативність	8
10	Синергія	5

Відповідно до отриманих даних, у досліджуваних представників руху «childfree» діагностовано домінування самоприйняття та креативності. Самоприйняття в даному випадку може співвідноситись із виявом самолюбства, егоцентризму у поєднанні із орієнтацією на власну особистість. Креативність характеризує людину як таку, що володіє творчим потенціалом, здатна сприймати світ не так, як інші особи. Саме креативність може впливати на вибір та підтримку людиною руху щодо свідомої бездітності. Творчість у своєму вияві сприймається як оригінальність та

свобода, вихід за стандартні рамки. В даному контексті можна говорити про вихід за рамки стандартної сім'ї. Дані результати доцільно прослідкувати у діаграмі (див. рис. 4.).

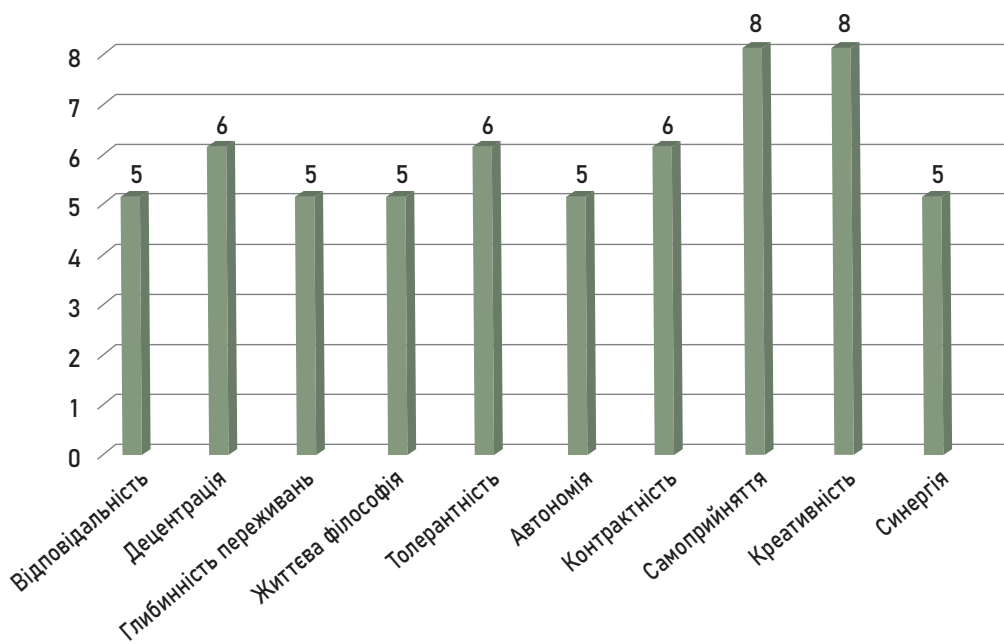


Рис. 4. Показники рівня розвитку особистісної зрілості досліджуваних представників руху свідомої бездітності

Загалом, діагностуючи рівень розвитку особистісної зрілості, встановлено наявність середнього рівня по даному показнику. Вагомим чинником для особистості може бути соціальна ситуація розвитку, що на неї впливає.

Для підтвердження чи спростування гіпотези дослідження про те, що у осіб із сформованим переконанням свідомої бездітності наявний високий рівень розвитку установки егоїзму; рівень особистісної зрілості є детермінантою формування переконання свідомої бездітності, нами був застосований кореляційний аналіз (на основі лінійної кореляції Пірсона). За отриманими взаємозв'язками у кореляційній матриці, можна зазначити наступні результати. Виходячи із мети емпіричного дослідження, нами складено кореляційну плеяду взаємозв'язків між показниками особистісної зрілості та провідними цінностями особистості (альтруїзм, егоїзм). Розглянемо взаємозв'язки щодо установки егоїзму та компонентів особистісної зрілості (див. рис. 5.).

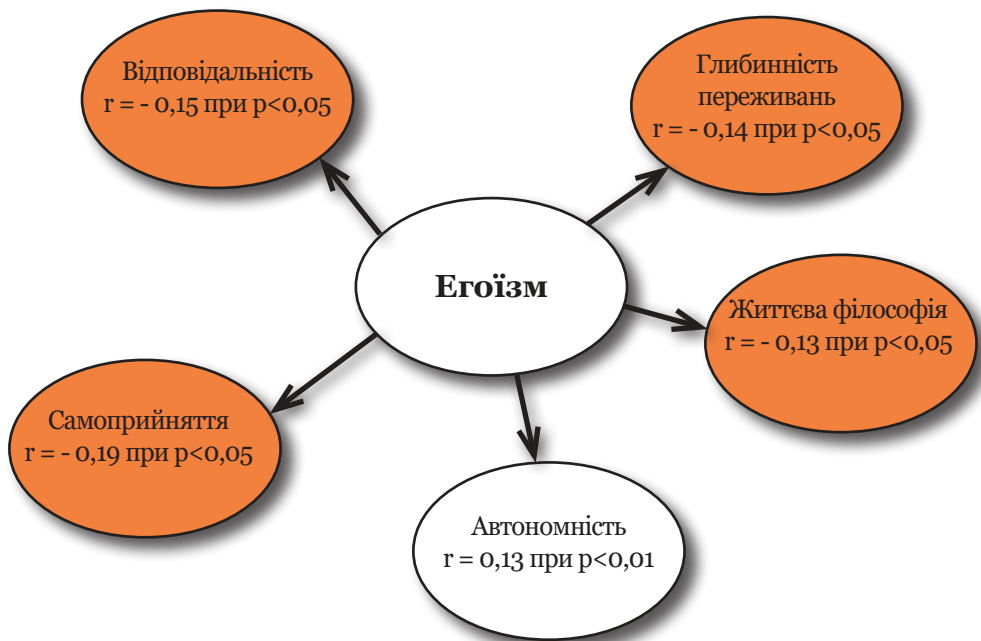


Рис. 5. Кореляційна плеяда взаємозв'язків установки егоїзму та компонентів особистісної зрілості

Встановлено наявність статистично значущих прямих та обернених кореляційних взаємозв'язків між шкалою установки егоїзму та шкалою відповідальності ($r = -0,15$ при $p < 0,05$), між шкалою установки егоїзму та шкалою самоприйняття ($r = -0,19$ при $p < 0,05$), між шкалою установки егоїзму та шкалою автономності ($r = 0,13$ при $p < 0,01$), між шкалою установки егоїзму та шкалою життєвої філософії ($r = -0,13$ при $p < 0,05$), між шкалою установки егоїзму та шкалою глибинності переживань ($r = -0,14$ при $p < 0,05$). За отриманими взаємозв'язками можна зробити наступні висновки. Згідно обернених взаємозв'язків між шкалою установки егоїзму та шкалами: відповідальності, глибинності переживань, життєвої філософії та самоприйняття, можна діагностувати те, що при високому рівню розвитку егоїзму у людини спостерігається низький рівень розвитку вищеподаних компонентів особистісної зрілості. Можна припустити те, що особистісна зрілість та високий рівень розвитку установки егоїзму є взаємовиключеними за оберненим кореляційним взаємозв'язком. Спостерігається прямий зв'язок між шкалою егоїзму та шкалою автономії. Це означає, що при високому показнику щодо розвитку егоїзму, особистість володіє високим показником щодо автономності у поведінкових тенденціях.

ВИСНОВОК

Відтак, нами здійснений кількісний аналіз отриманих результатів дослідження щодо вивчення психологічних причин формування життєвого стилю «childfree». Основними причинами діагностовано: високий рівень розвитку установки егоїзму, високий рівень розвитку креативності, самоприйняття та автономії, а також низький рівень розвитку особистісної зрілості.

Список використаних джерел:

1. Андреева Т. В. Семейная психология. Учебное пособие. СПб.: Речь, 2005. 244 с.
2. Антонова Ю. А. Коммуникативные стратегии в текстах, презентующих идеологию Childfree: на грани экстрима. Политическая лингвистика. 2013. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kommunikativnye-strategii-v-tekstah-reprezentiruyuschih-ideologiyuchildfree-na-grani-ekstremizma>.
3. Захарова Н. А., Замолдинова Р. И. Этническое и гендерное измерение идеологии «чайлдфри». Иностранные языки в современном мире: Сборник материалов X Междунар. науч.-практич. конференции. 2017. URL: https://kpfu.ru/staff/files/F_2010364941/chajldfri_statya.pdf
4. Кораблина Е. П. Становление личности женщины. Психологическая проблема самореализации личности / Е.П. Кораблина. СПб.: Питер, 1997. 234 с.
5. Романова Н.П. Социальный статус одиноких женщин в современном российском обществе: теоретико – методологический анализ: автореф. дис. д. соц. наук / Н.П. Романова. Улан-Удэ. 2006. 40 с.
6. Трапезникова Т.М. Определение согласованности семейных ценностей и ролевых установок в супружеской паре // Практикум по общей, экспериментальной и прикладной психологии / Под общ. ред. А. А. Крылова, С. А. Маничева. СПб: Питер, 2000. 486-497 с.
7. Шилов И. Ю. Фамилистика (психология и педагогика семьи) Практикум. Санкт-Петербург, изд-во «Петрополис», 2000, 416 с.
8. Шнейдер Л. Б. Психология семейных отношений. Курс лекций. М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. 512 с.
9. Щербань П. Психологія сучасної сім'ї та педагогіка сімейних взаємин // Рідна школа. 2005. 14-15 с.
10. <http://childfreeplanet.com/> Планета Childfree

ПАЛІАТИВНО-ХОСПІСНА ОПІКА: ПОЗАМЕДИЧНІ БАГАТОВИМІРНІ АСПЕКТИ

У виданні висвітлено теоретико-методологічні та практичні аспекти сучасної хоспісної опіки в контексті інтеграції наявних кроскультурних напрацювань.

Українська наука представлена науковими дослідженнями соціально-психологічних аспектів надання ритуальних послуг, синдрому госпіталізації у підлітків з психосоматичними захворюваннями, нефармакологічних методів оцінки та керування болем в онкохворих дітей.

Досвід польського хоспісного руху висвітлено через описи інтердисциплінарних аспектів паліативно-хоспісної опіки, особливості опіки над родиною в жалобі, специфіки немедич-

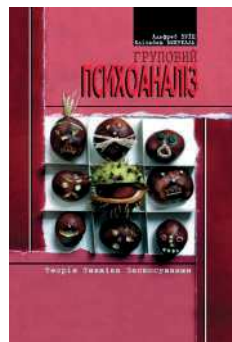
ного догляду за невиліковно хворими дітьми, особливості надання немедичної допомоги особам з деменціями тощо.

Формати досліджень у Польщі й Україні відмінні, що є корисним досвідом для науково-практичного обміну. Пропонована інтеграція мультимодального досвіду науки і практики європейського простору створює можливості для нових надбань у сфері хоспісної опіки



ГРУПОВИЙ ПСИХОАНАЛІЗ: ТЕОРІЯ. ТЕХНІКА. ЗАСТОСУВАННЯ

Проходячи крізь різні області групового психоаналізу, читачі матимуть нагоду ознайомитися з основами цієї спеціальної психоаналітичної дисципліни. Відомі групові аналітики роз'яснюють у своїх статтях теоретичний і практичний фундаменти групового психоаналізу: групоаналітичні моделі, запитання септінгу, типові процеси, любов у групі та ін. А показ сфери застосування дозволяє зазирнути в маловідомі області групоаналітичного ландшафту, як-от: робота з психотиками, терапія з парами і старими людьми, опікунські групи для безпритульних, досвід із великим мультикультурними групами тощо. Всебічний розгляд теорії та практики – з точки зору і класичних, і новітніх теорій – робить цю книжку незамінною основою для групоаналітичних практик.



КОНЦЕПЦІЯ Я ДИТЯЧОГО ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА

Монографічна робота підготовлена за матеріалами науково-експериментальних досліджень, здійснених автором впродовж 2000-2016 рр. у м. Києві, Львові, Одесі, Дніпрі в рамках освітніх проектів з дитячої та юнацької психотерапії в Українській спілці психотерапевтів. Об'єктом дослідження була особистість дитячого практичного психолога. Предметом дослідження – концепція Я дитячого практичного психолога як інтегративного психологічного феномену.

У монографічній роботі обґрунтовано принципи формування концепції Я дитячих практичних психологів та психотерапевтів, наведено концептуальні засади формуального се-



редовища, узагальнено складові концепції Я дитячого практичного психолога та психотерапевта. Представлено наступні моделі: Динамічна модель формування концепції Я в онтогенетичному ракурсі, Модель континуально-ієрархічної структури професійної та особистісної складових концепції Я дитячого практичного психолога, Теоретична модель формування професійної складової концепції Я дитячого практичного психолога, Структурна інтегративна тривимірна модель післядипломної професійної підготовки (за напрямом «Психодинамічна інтегративна дитячо-юнацька психотерапія»), Психотерапевтичний простір післядипломної професійної освіти з напрямку «Психодинамічна інтегративна дитяча та юнацька психотерапія» (сфери психотерапевтичних інтервенцій).

Обґрунтовано застосування в Україні методів психодинамічної терапії, зокрема в рамках неперервної освіти для дитячих психологів та психотерапевтів.

Монографічна робота розрахована на фахівців в галузі дитячої психокорекції та психотерапії. Може бути корисною для підготовки фахівців у вищих навчальних закладах за спеціальностями «Психологія» та «Педагогіка», для аспірантів і викладачів.

ПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ

Посібник візуалізує, узагальнює та систематизує інформацію щодо теорій та підходів до вивчення особистості. Він містить дві частини: перша – презентує теорії особистості, їхню суть та особливості, включаючи аналіз мотивів та причин поведінки, формування та становлення особистості, а друга – розкриває суть унікальних аспектів особистості: зрілості, творчості, конкурентноспроможності та особистісного простору.

Посібник адресований викладачам та здобувачам вищої освіти спеціальності «Психологія» та широкому колу читачів, кого цікавлять проблеми формування та розвитку особистості у сучасному світі.



ДИТЯЧА ТА ЮНАЦЬКА ПСИХОТЕРАПІЯ ТЕОРІЯ І ПРАКТИКА В СУЧАСНИХ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕННЯХ



Книга присвячена висвітленню різних аспектів психотерапевтичної та психокорекційної роботи з дітьми, підлітками та молоддю. Видання представляє наукові дослідження у царині психологічних та психосоматичних проблем, описи досвіду практичної роботи у різних сферах професійної діяльності, а також доповіді на всесвітньому та європейському конгресах. Читач отримує можливість зазирнути в маловідомі пласти стосунків між дітьми і суспільством, які призводять до різноманітних проблем у дитячій психіці і з якими ми стикаємося у щоденному житті, як-от особливості віддзеркалення суспільних трансформацій у динаміці юнацької психотерапевтичної групи, народні міфи як психологічний фактор ідентифікації молоді, зв'язок матері і дитини ще в пренатальний період, труднощі з грудним вигодовуванням, анорексичні, когнітивні та аутичні розлади, болісний досвід роботи з дітьми-сиротами,

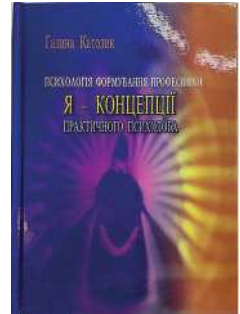
кризова підліткова «міграція» з дитинства, «війни» із соціумом, образ чоловіка в контексті материнської ідентифікації жінки, оцінка ефективності психотерапії тощо. Загалом, книга багатоаспектно подає теоретичний і практичний матеріали, що робить її придатною як для фахового психотерапевтичного, так і самостійного застосування з метою вирішення психологічних проблем сім'ї.

ПСИХОЛОГІЯ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ Я-КОНЦЕПЦІЇ ПРАКТИЧНОГО ПСИХОЛОГА

У монографії висвітлено теоретико-методологічні аспекти професійної підготовки практичних психологів та психотерапевтів у системі післядипломної освіти (в контексті безперервної професійної освіти).

Проаналізовано змістовні критерії взаємозв'язку психо- та професіографічних структур у контексті формування Я-концепції практичного психолога та психотерапевта. Сформульовано модерні підходи до розуміння динамічних аспектів розвитку Я-концепції практичного психолога та психотерапевта в онтогенетичному контексті.

Запропоновано авторські моделі формування професійної Я-концепції психолога-практиката психотерапевта, мотиваційних аспектів психотерапії, а також авторський навчальний проєкт з підготовки фахівців з дитячо-юнацької психотерапії.



Наукове видання

**ЕКЗИСТЕНЦІЯ СТРАХУ
ЖИТТЯ І СМЕРТІ
В СУЧАСНИХ РЕАЛІЯХ:
МУЛЬТИМОДАЛЬНІ
ТА МУЛЬТИКУЛЬТУРАЛЬНІ АСПЕКТИ**
(теоретичний та психотерапевтичний досвід)

За загальною редакцією **Галини Католик**

Літературний редактор: *Орест Колтуцький*
Комп'ютерна верстка: *о. В'ячеслав Сеник, ЧСВВ*

ISBN 978-966-658-497-0



Підписано до друку 15.11.2022. Формат 70х100/16.
Папір офс. Офс. друк. Гарнітура Times New Roman.
Зам. № 93-В

Видавець і виготовлювач
Видавничо-виробниче підприємство «Місіонер».
80300, м. Жовква, Львівська обл., вул. Василяянська, 8
Свідectво суб'єкта видавничої справи серія ДК № 2507 від 25.05.2006 р.
missionerosbm@gmail.com
www.missioner.com.ua