



УДК: 159.922.7-053.2/.6:616.89-008.441.44:616-006

[https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1\(55\)-1862-1874](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1(55)-1862-1874)

Лялюк Галина Миколаївна доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри загальної та соціальної психології, Львівський державний університет внутрішніх справ, м. Львів: (098) 080-12-56, <https://orcid.org/0000-0002-4819-6247>

ОСОБЛИВОСТІ СТРАХІВ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ З ОНКОЗАХВОРЮВАННЯМИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

Анотація. У статті проаналізовано особливості психоемоційних станів дітей та підлітків, що страждають на онкологічні захворювання та перебувають на лікуванні у лікарняному стаціонарі. Паралельно дослідження пройшли працівники лікарні, які безпосередньо займаються лікуванням маленьких пацієнтів. Зазначено, що у дітей і підлітків, хворих різними онкологічними захворюваннями, часто відзначаються різні страхи та вольові розлади у виді значного негативізму, тобто прагнення протидіяти у своїх вчинках бажанням дорослих. Емоційна порожнеча, яка виникає навколо дитини внаслідок патологічної емоційної атмосфери в сім'ї, робить неможливим формування достатньо сильного емоційного стереотипу. Наслідком можуть бути системні психосоматичні захворювання, до яких деякі науковці відносять і онкозахворювання. У проведеному нами дослідженні наявності страхів та інших психоемоційних станів у онкохворих дітей, які знаходяться на лікуванні у медичних закладах було вибрано наступні методики (контрольну групу склали працівники даного медичного закладу): опитувальник САН, методика діагностики самооцінки психічних станів Г. Айзенка, методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда, методика діагностики рівня агресивності А. Ассінгера.

Констатовано, що у онкохворих підлітків спостерігається надлишковий рівень агресивності, яка може спонукатись високим рівнем страху перед хворобою, її наслідками та маніпуляціями медичного персоналу. Що пояснює невірноваженість та надмірну жорстокість онкохворих підлітків по відношенню до інших людей. У медичного персоналу спостерігається помірна агресивність, що характеризує їх як особистість врівноважену, впевнену в своїх силах. За результатами методик: у хворих відсутній високий рівень вираженості таких характеристик як: самопочуття, активність настроїв. Вони виражаються на середньому та низькому рівнях. Відмічається збільшення



відсоткового значення підвищеної агресії і високий рівень тривожності. Всі рівні соціально- психологічної адаптації крім адаптивності в значній мірі виділяють відсоткове значення високого рівня. Звідси можна припустити, що онкохворі підлітки в умовах стаціонарного сетінгу характеризуються поступово наростаючою байдужістю, апатією, зниженням настрою. Хворий перестає цікавитись долею найближчих і своєю власною. Радісні і сумні події проходять для нього безслідно. Натомість дрібні прикрощі викликають вибух злості. Домінує дратівливість і похмурість.

Ключові слова: онкохворі діти та підлітки, онкологічне захворювання, психоемоційні стани, страх, стаціонарне лікування.

Lialiuk Halyna Mykolaivna Doctor of Pedagogical Sciences, Professor of the Department of Department of general and social Psychology Psychology, Lviv State University of Internal Affairs, Lviv, tel.: (098) 080-12-56, <https://orcid.org/0000-0002-4819-6247>

FEATURES OF FEARS AND PSYCHO-Emotional STATES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES IN INpatient TREATMENT

Abstract. The article analyzes the features of psycho-emotional states of children and adolescents suffering from oncological diseases and undergoing treatment in a hospital. In parallel, the study was conducted by hospital employees who are directly involved in the treatment of young patients. It is noted that children and adolescents suffering from various oncological diseases often have various fears and volitional disorders in the form of significant negativism, that is, the desire to counteract the desires of adults in their actions. The emotional emptiness that arises around the child as a result of a pathological emotional atmosphere in the family makes it impossible to form a sufficiently strong emotional stereotype. The result may be systemic psychosomatic diseases, to which some scientists also include cancer. In our study of the presence of fears and other psycho-emotional states in children with cancer who are being treated in medical institutions, the following methods were selected (the control group consisted of employees of this medical institution): SAN questionnaire, G. Eysenck's method of diagnosing self-assessment of mental states, K. Rogers and R. Diamond's method of diagnosing social and psychological adaptation, A. Assinger's method of diagnosing the level of aggressiveness.

It was found that adolescents with cancer have an excessive level of aggressiveness, which can be motivated by a high level of fear of the disease, its consequences and manipulations by medical personnel. This explains the imbalance



and excessive cruelty of adolescents with cancer towards other people. Medical personnel have moderate aggressiveness, which characterizes them as a balanced, self-confident personality. According to the results of the methods: patients do not have a high level of expression of such characteristics as: well-being, activity, mood. They are expressed at medium and low levels. There is an increase in the percentage value of increased aggression and a high level of anxiety. All levels of socio-psychological adaptation, except adaptability, largely allocate a high percentage value. From this it can be assumed that adolescents with cancer in a stationary setting are characterized by gradually increasing indifference, apathy, and a decrease in mood. The patient ceases to be interested in the fate of those closest to him and his own. Joyful and sad events pass without a trace for him. Instead, minor annoyances cause an explosion of anger. Irritability and gloom dominate.

Keywords: children and adolescents with cancer, oncological disease, psycho-emotional states, fear, stationary treatment.

Постановка проблеми. Найбільш помітною рисою в емоційності онкохворих є відсутність емоційного контакту, утрата почуття симпатії ("Ні до кого і ні до чого немає справи"). Хворі іноді робляться грубими, схильними до безтактних вчинків на тлі загального коректного поведіння. Здебільшого вони стають замкнутими, зі значною спрямованістю на свої переживання, у них збільшується егоцентризм та зменшується рівень прихильності до близьких та друзів [1]. Наприклад, хлопець 14-ти років міг плакати над халепами, описаними в книзі, а до своїх рідних був не тільки байдужим, але й агресивним, злим, ворожим.

У наших дослідженнях надто часто онкохворі скаржилися на те, що вони «начебто мертві», «ніщо не доставляє їм радості», «до всього навколишнього вони байдужі» [2; 3]. Учениця художнього технікуму 16-ти років скаржилася, що вона стала погано встигати з малювання, тому що в неї немає емоційного контакту з об'єктом, вона зовсім байдужа до нього.

Часто онкохворі заявляють, що вони нічого не можуть почувати безпосередньо, вони спочатку про усе міркують, а потім уже установлюють своє емоційне відношення до чого-небудь. Відзначається в них також подвійність почуттів: дівчинка 16-ти років заявляла, що вона ніколи не випробує повною мірою почуття радості, завжди до нього домішується почуття суму.

Багато онкохворих дітей зазначали, що до захворювання були добре адаптованими успішними учнями, а після початку захворювання помічали зниження шкільної активності, болісне переживання цих неуспіхів, і це спонукало у них почуття злості, дратівливості, болісного суму [4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасній психопатології онкохворої дитини багато уваги присвячено ранньому дитинству; у цьому



періоді шукають паростки майбутньої хвороби (Ф. Александер, Г. Католик, А. Стульківська, А. Скаковська, Й. Біннебезель, V. Talwar, P.L. Harris, M. Schleifer, A. Gesell, F.L. Ilg, L.B. Ames)[4]. Емоційна порожнеча, яка виникає навколо дитини внаслідок патологічної емоційної атмосфери в сім'ї (небажана дитина, мати, яка прикриває відсутність материнських почуттів надмірною дбайливістю, тенденцією до домінування або проявляє їх відсутність своєю невпевненістю, байдужістю або навіть ворожістю; ворожий, деспотичний батько або, як у разі деформованого подружжя, слабкий, підпорядкований, котрий виконує материнську роль; випадіння дитини на першому році життя на кілька місяців з-під материнської опіки та ін.), робить неможливим формування достатньо сильного емоційного стереотипу. Наслідком можуть бути системні психосоматичні захворювання, до яких деякі науковці відносять і онкозахворювання. Вважається, що дитина, яка у досвіді має різного роду комунікативні ранні дифіцити виростає емоційно нестійкою людиною, котра в нових ситуаціях не має зразка, на який могла би опертись; емоційне рішення з'являється у неї із запізненням, після коротких або довгих коливань, а страх займає панівну роль у прийнятті будь-яких рішень [5].

Онкозахворювання – ймовірно психосоматичне захворювання не встановленої етіології, схильне до хронічного плину, що виявляється типовими змінами не тільки на тілесному рівні хворої дитини, але й різними по ступені виразності психічними реакціями та поведінковими проявами, що часто призводять до стійких порушень соціальної адаптації і життєдіяльності назагал[6; 7; 8].

Виділяють первинні ознаки захворювання, до якого відносять утрату хворим соціальних контактів (так званий - аутизм), збідніння емоційності, розщеплення психіки (особливі порушення мислення і дисоціація між різними психічними проявами), що кваліфікувалися як зміни особистості. Найбільш значимими порушеннями в хворих онкологією, є інтелектуальні й емоційні зміни особистості.

Мета статті. Теоретично дослідити та емпірично виявити рівні страху, психоемоційних станів, особливостей адаптації онкохворих дітей та підлітків, що знаходяться на стаціонарному лікуванні та порівняти ці феномени з аналогічними у лікарського персоналу, який надає їм медичні послуги.

Виклад основного матеріалу. На протязі багатьох років нашого дослідження було встановлено, що у багатьох дітей та підлітків, хворих онкозахворюваннями, набув великої інтенсивності інтерес до того, що було давно, в минулому за алгоритмом "любов до далекого, відраза до близького"; вони більше цікавляться загальними питаннями, а даний момент життя їх зовсім не цікавить. У своєму оточенні вони бачать тільки негатив, а все «гарне», на їхню думку, є лише, до прикладу, тільки в Західній Європі.



Один онкохворий хлопець хотів би жити в Голландії (*"Там чисто, затишно"*). Найкрасивіше, як він вважає, - це римське і грецьке (спостерігаємо феномен втечі від свого наявного стану: *якщо я звідси поїду – стану здоровим!*).

У дітей і підлітків, хворих різними онкологічними захворюваннями, часто відзначаються різноманітні страхи та вольові розлади у вигляді значного негативізму, тобто прагнення протидіяти у своїх вчинках бажанням дорослих, серед яких відмова від лікування[9; 10; 11].

Також напрямок перебігу почуттів може бути зворотним - від оточення до хворого. Чужі психічні стани (матері та батька, інших близьких людей) ніби *«застрибують усередину»* хворого. Він може відчувати, що певні особи з його суспільного оточення до нього просто входять, так що протягом хвилини, а іноді й довше, він перестає бути собою, а стає іншою людиною (транзитивізм). Частіше, однак, ідеться лише про вторгнення чужого почуття.

Зазначимо, що певна іррадіація почуттів існує в нормальних контактах між людьми; почуття, особливо сильні і з негативним знаком, легко переносяться з однієї особи на іншу, особливо почуття страху. При онкозахворюваннях це явище відбувається значно гостріше. При цьому чужі почуття хвора дитина переживає або як власні.

До стабілізації емоційного життя, котра протиставляється його природній мінливості, спричинюється витворення вже в ранньому періоді життя емоційних стереотипів, тобто принципової схеми емоційних зв'язків з навколишнім світом. На подальших життєвих дорогах нові особи, предмети, ситуації займали б лише визначене місце в цій схемі. Таким чином, емоційна позиція дитини у ставленні до матері, батька, братів та сестер, значущих осіб і ситуацій багаторазово проектувалася б на ставлення до інших осіб, котрі зайняли місце значущих постатей, і ситуацій дитинства. Завдяки цьому є немовби готова емоційна структура навколишнього простору. У ньому змінюються особи та ситуації, котрі займають ключові позиції, проте емоційна структура хворої дитини вже наперед визначена.

Прийняття тієї чи іншої емоційної позиції стосовно оточення вимагає моментального рішення; момент сумніву — наблизитися чи втікати — повинен бути дуже коротким. Адже у протилежному випадку замість діяльності та тієї чи іншої форми взаємодії з оточенням були б тільки сумніви — коливання емоційних позицій між протилежними полюсами. Емоційний стереотип полегшує прийняття відразу окресленої позиції за принципом ідентифікації актуальних постатей та ситуацій оточення з виниклими раніше[12].

Завдяки цьому ми ніколи не маємо справи з порожнім простором. Він одразу заповнюється готовою емоційною структурою. У ставленні до нових елементів оточення в лікарняному сетінгу відтворюються старі емоційні зразки хворої дитини, що, правда, фальсифікує їх картину, тому що під



впливом давніх почуттів бачимо їх у деформований спосіб, але зате збільшує впевненість переміщення та адаптації в новому просторі. Наявність амбівалентності вказує на недостатньо зафіксовані у дитинстві емоційні структури. Це трапляється, коли звільнені новою ситуацією (лікарняним простором) почуття є занадто сильні і не вміщаються у попередніх зразках, або коли зразок є невдалим[13; 14].

Емоційні розлади виявляються у втраті морально етичних властивостей, почуття прихильності і жалю до себе, а часто й до близьких, іноді це супроводжується ворожістю і злістю. Знижується інтерес до улюблених справ, хворі можуть стати неохайними, не дотримують елементарного гігієнічного догляду за собою. Ще однією ознакою поведінкових змін можуть бути:

- виникнення замкнутості,
- відчуженості від близьких,
- незвичайні вчинки,
- іноді незвичайна манера поведінки.

При цьому, особливо в підлітковому та юнацькому віці, можливі порушення поведінки з підвищеною емоційною збудливістю, розгальмуванням потягів, асоціальними тенденціями. По мірі прогресування онкозахворювання більш вираженими стають так звані "негативні" симптоми зі збіднінням і неадекватністю емоційних реакцій, зниженням рівня спонукань, звуженням кола інтересів, що супроводжуються більш-менш значною соціальною дезадаптацією дитини[15; 16].

У проведеному нами дослідженні наявності страхів та інших психоемоційних станів у онкохворих дітей, які знаходяться на лікування у медичних закладах, було вибрано наступні методики (контрольну групу складали працівники даного медичного закладу):

- Опитувальник САН.
- Методика діагностики самооцінки психічних станів Г.Айзенка.
- Методика діагностики соціально-психологічної адаптації К.Роджерса і Р.Даймонда.
- Методика діагностики рівня агресивності А.Ассінгера.

Наводимо деякі результати даного дослідження.

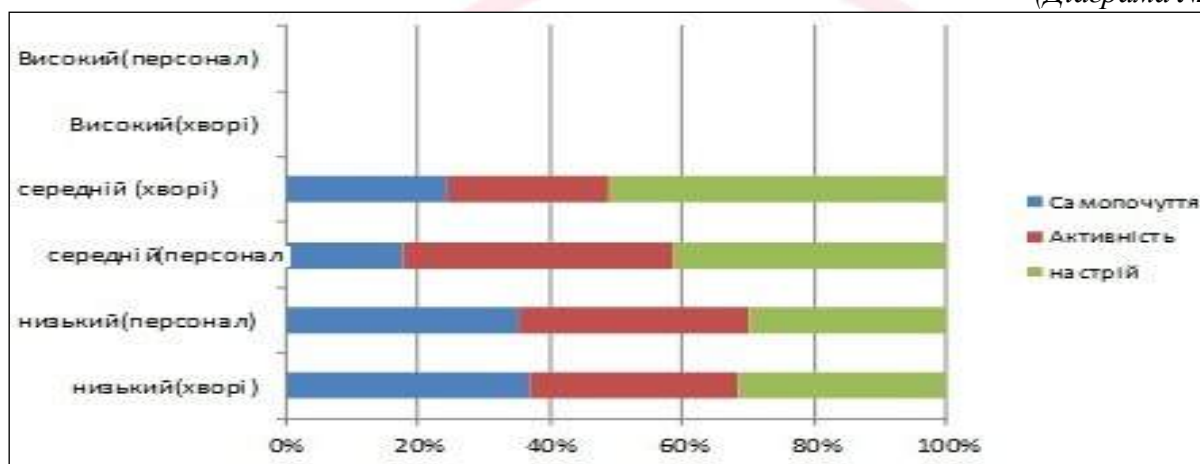
Нижче відображено результати проведення методики САН хворих на різні типи онкологічних захворювань і медичного персоналу, який надає їм медичні послуги та співвідношення таких результатів (Таблиця №1, діаграма №1).



(таблиця №1)

Рівень психічного стану	Медичний персонал			Хворі на різні типи онкологічних захворювань		
	Самопочуття «С»	Активність «А»	Настрій «Н»	Самопочуття «С»	Активність «А»	Настрій «Н»
Низький	90%	76,7%	76,7%	86,7%	86,7%	73,3%
Середній	10%	23,3%	23,3%	13,3%	13,3%	27,7%
Високий	0%	0%	0%	0%	0%	0%

(Діаграма №1)



Як, бачимо, в обох групах відсутній високий рівень вираження характеристик. Такі характеристики в обох групах виражаються на низькому рівні. Це може свідчити про порушення загального стану здоров'я чи нервової системи у онкохворих дітей та підлітків. Можна припустити, що причиною отримання таких результатів у медичного персоналу є відсутність задоволення від виконуваної ними роботи, тобто рівень вираження характеристик є тимчасовим.

З метою систематизувати оцінку психічних станів особистості: тривожності, агресивності, фрустрації та ригідності – було використано тест «Самооцінка станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності» за методикою Г.Айзенка. Тривожність як одна з рівнів переживання страху – стійка особистісна якість та індивідуальна особливість, яка виявляється в підвищеному переживанні тривоги при відсутності мінімальної чи умовної загрози. Особистість з підвищеним рівнем тривожності та невротизації дуже вразлива, тяжче й довше переживає сварки й конфлікти, їй важко «узяти себе в руки», вона часто пригнічена й засмучена, постійна тривога та страх виснажує й не дає можливості повноцінно радіти життю.

Фрустрація (від лат. frustratio – обман, невдача) – психологічний стан зростаючої емоційно-вольової напруженості, який виникає в конфліктних ситуаціях, заважає досягненню мети чи задоволенню потреб і бажань, загрожує



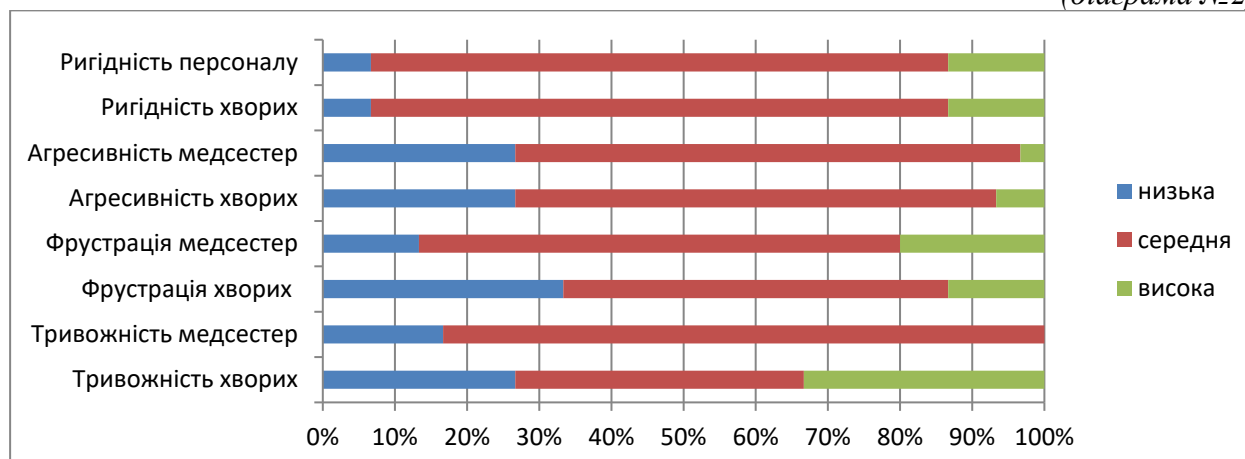
людині, її престижу й людській гідності. Агресія (лат. aggression, від aggredio – нападаю) специфічна форма деструктивної поведінки особистості. Вона характеризується демонстрацією переваг сили або використанням сили по відношенню до іншої людини чи групи, яким суб'єкт прагне нанести фізичний або психологічний дискомфорт (негативні переживання, стани напруженості, страху, приниженості та ін.). Агресивна поведінка, що часто виникає як реакція на фрустрацію, носить цілеспрямований характер й супроводжується емоційними станами гніву, ворожнечі, ненависті (у випадку онкохворих дітей ці переживання є адекватною реакцією як на захворювання так і на перебування в стаціонарних умовах лікування).

Ригідність (від лат. rigidus – твердий, заціпенілий) – якість особистості, що виявляється в негнучкості, стереотипності, інертності поведінки, нездатності до швидкої її зміни й реагування на різноманітні ситуації по-різному. Ригідна особистість – це особистість, яка не здатна терпіти поведінку, що суперечить її принципам і ціннісним критеріям. Зазвичай, така особистість інертна, повільно звикає до нового оточення, нетовариська, вкрай егоцентрична й не схильна до компромісів (Таблиця №2, діаграма №2).

(таблиця №2)

Рівень психічних станів	Медичний персонал				Хворі на різні типи онкологічних захворювань			
	тривожність	фрустрація	агресивність	ригідність	тривожність	фрустрація	агресивність	ригідність
Низька	16,7%	13,3 %	27,7%	6,7%	27,7%	33,3%	27,7%	6,7%
Середня	83,3 %	66,7%	70 %	80%	40%	53,3%	66,7%	80%
Висока	0%	20%	3,3%	13,3%	33,3%	13,3%	6,6%	13,3%

(діаграма №2)





За результатами бачимо, як чітко проявляється однакове відсоткове співвідношення ригідності у двох групах, на всіх рівнях психічних станів. Відмічається збільшення відсоткового значення підвищеної агресії у онкохворих дітей, і так само високий рівень тривожності, що є притаманним для розуміння значення власної хвороби.

Таким чином висунута нами гіпотеза дослідження про високий рівень страхів та тривожності у онкохворих дітей, що знаходяться на стаціонарному лікування, справдилась.

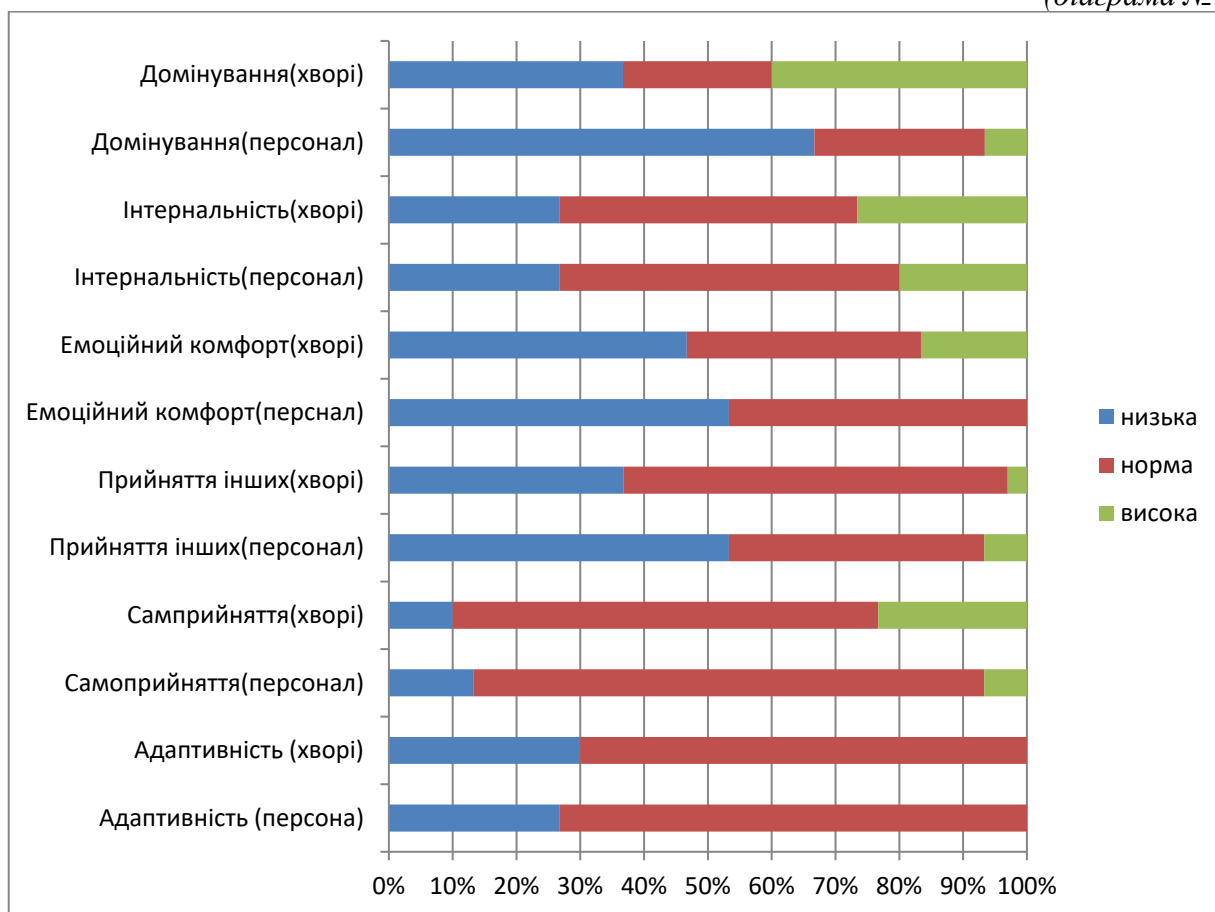
Для визначення соціально-психологічної адаптації онкохворих дітей-пацієнтів ми використали опитувальник СПА (методика діагностики соціально-психологічної адаптації К.Роджерса і Р.Даймонда). Соціальна адаптація є динамічним системним процесом, ефективність якого залежить від взаємодії людини й ситуації. Об'єктивні властивості ситуації, без сумніву, впливають як на її успішність, так і на психологічні механізми, які лежать в основі поведінкових стратегій, спрямованих на пристосування. У разі високого та низького рівнів адаптивності наявні відмінності застосовуваних стратегій. Оптимальним для соціальної адаптації є поєднання прийняття себе та інших з прагненням реалізувати власні ресурси та переконанням щодо власної самоефективності та сенсовності свого життя. Соціальна адаптація – це інтеграція людини в суспільство, у процесі якої відбувається формування самосвідомості й рольової поведінки, здатності до самоконтролю й адекватних зв'язків та стосунків. Психологічна адаптація здійснюється шляхом пристосування людини до наявних у суспільстві вимог у процесі узгодження індивідуальних цінностей і переконань та суспільних норм (Таблиця № 3, діаграма № 3).

(таблиця №3)

групи	шкала	Низька	Норма	Висока
Медичний персонал	Адаптивність	30%	70%	0%
	Самоприйняття	10%	66,7%	23,3%
	Прийняття інших	36,7%	60%	3%
	Емоційний комфорт	46,7%	36,7%	16,6%
	Інтернальність	26,7%	46,7%	26,6%
	Домінування	36,7%	23,3%	40%
Хворі на шизофренію	Адаптивність	26,7%	73%	0%
	Самоприйняття	13,3%	80%	6,7%
	Прийняття інших	53,3%	40%	6,7%
	Емоційний комфорт	53,3%	46,7%	0%
	Інтернальність	26,7%	53,3%	20%
	Домінування	66,7%	26,7%	6,6%



(діаграма №3)



За показниками діаграми №3 в значній мірі виділяється більше відсоткове значення високого рівня соціально-психологічної адаптації, окрім адаптивності, який відсутній у двох групах. Це можна пояснити тим, що адаптація в даному випадку здійснюється виключно в соціальній малій групі, відмежованій закладом лікування, від соціальних вимог суспільства. Медичний персонал в свою чергу проявляє в більшій мірі низький рівень адаптації, з метою прийняття їх членами групи онкохворих, що забезпечить полегшення виконання роботи працівникам лікувального закладу.

Для визначення рівня агресивності була використана методика діагностики агресивності А.Ассінгера. Агресивність людини – це риса, яка обумовлена деякою потребою в самоактуалізації. При надто низькому рівні прояву агресивності людина покійно приймає всі удари долі, пасивна у досягненні своєї мети, якщо на шляху до її досягнення зустрічаються значні перешкоди. При надто великій агресивності людина набуває недоброї слави конфліктної особистості, втрачає прихильність оточуючих, спілкуванню з нею намагаються запобігати. Для нормальних стосунків у будь-яких формах життєдіяльності корисна так звана конструктивна агресивність, коли людина

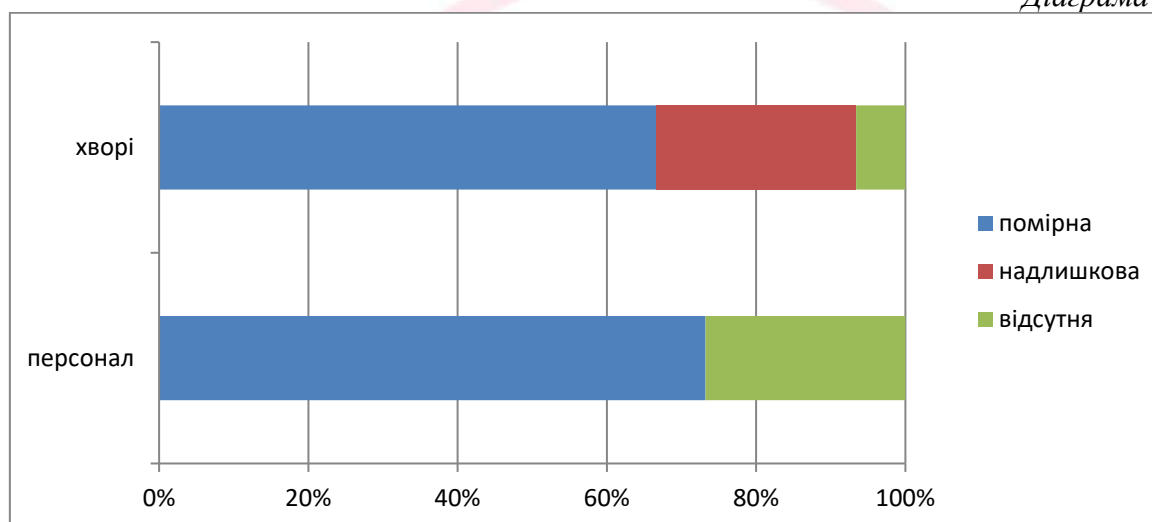


не допускає обмеження своїх прав, але її обурення не виходить за межі розумного (Таблиця №4, діаграма №4).

(Таблиця №4)

Рівень прояву агресивності	Рівень агресивності медичного персоналу	Хворі на різні типи онкологічних захворювань
Помірний	73,3%	66,7%
Надлишковий	0%	26,7%
Відсутній	26,7%	6,6%

Діаграма №4)



Висновки. У онкохворих підлітків спостерігається надлишковий рівень агресивності, яка може спонукатись високим рівнем страху перед хворобою, її наслідками та маніпуляціями медичного персоналу. Що пояснює невірноваженість та надмірну жорстокість онкохворих підлітків по відношенню до інших людей. У медичного персоналу спостерігається помірна агресивність, що характеризує їх як особистість врівноважену, впевнену в своїх силах. За результатами методик: у хворих відсутній високий рівень вираженості таких характеристик як: самопочуття, активність настрій. Вони виражаються на середньому та низькому рівнях. Відмічається збільшення відсоткового значення підвищеної агресії і високий рівень тривожності. Всі рівні соціально-психологічної адаптації крім адаптивності в значній мірі виділяють відсоткове значення високого рівня. Звідси можна припустити, що онкохворі підлітки в умовах стаціонарного сетінгу характеризуються поступово наростаючою байдужістю, апатією, зниженням настрою. Хворий перестає цікавитись долею найближчих і своєю власною. Радісні і сумні події проходять для нього безслідно. Натомість дрібні прикрощі викликають вибух злості. Домінує дратівливість і похмурість.



Література:

1. 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.
2. Католик Г. В., Біннебезель Й. Сприйняття страху смерті в контексті замісної реляційної терапії та танатопедагогіки / Г.В.Католик, Й. Біннебезель // Психологія і особистість. 2015. №2. Ч. 2. № 2 (8). С. 208-225.
3. Католик Г. В., Стульківська М. М. Сприйняття дітьми смерті: вікові та больові аспекти. *Соціально-правові студії*. 2020. № 2(8). С. 210–217. DOI : <https://doi.org/10.32518/2617-4162-2020-2-210-217>
4. Паліативно-хоспісна опіка: позамедичні багатовимірні аспекти / за наук. редакцією Й. Біннебезеля, Г. Католик. Львів : Український Католицький Університет—NowaWies: Wydawnictwo Rolewski, 2018. 411с.
5. Children's understanding of death: from biological to religious conceptions / V. Talwar, P.L. Harris, M. Schleifer. New York: Cambridge University Press, 2011. 189 с.
6. 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. С. 123-130.
7. Gesell A., Ilg F.L., Ames L.B. The child from five to ten. New York: Harper & Row, 1977. Rev. ed. 461 с.
8. Kane B. Children's Concepts of Death // *The Journal of Genetic Psychology*. 1979. T. 134. № 1. С. 141–153.
9. Katolyk H. Doświadczenie penthosu, czyli próba uporządkowania pojęć lekutanatycznych go/ Józef. Binnebesel, Zbigniew Formella, Halyna Katolyk // *Medycyna paliatywna* — 2018; 10 (3). — S. 145–149.
10. Katolyk H. Percepcja lekuprzed śmiercią w kontekście tanatopedagogicznej relacyjnej terapii zastępczej—badania z grupy realizowanych na terenie Ukrainy/ H. Katolyk, Z. Fornella, J. J. Binnebesel «Humanizm w medycynie» // *red. naukowa. B. Stelcer, W. Strzelecki*. — Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, 2015. — S. 108–155.
11. Katolyk H. Specyfika funkcjonowania i komunikacji z dzieckiem przewlekłym / 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 — S. 371–397.
12. Malcom N. L. Images of heaven and the spiritual afterlife: Qualitative analysis of children's story books about death, dying, grief, and bereavement // *Omega (Westport)*. 2010. T. 62. № 1. С. 51–76.
13. Orbach I., Gross Y., Glaubman H., Berman D. Children's perception of death in human and animals as a function of age, anxiety and cognitive ability // *J Child Psychol Psychiatry*. 1985. T. 26. № 3. С. 453–463.
14. Speece M. W., Brent S.B. The acquisition of a mature understanding of the three component of the concept of death // *Death Studies*. 1992. T. 16. № 3. С. 211–229.
15. Weber J. A., Fournier D.G. Family Support and a Child's Adjustment to Death // *Family Relations*. 1985. T. 34. № 1. С. 43–49.
16. Yalom I. D. Existential psychotherapy. New York: Basic Books, 1980. 524 с.

References

1. Katolyk, H. Korniienko, I. (2003). Tekhnohenni katastrofy: psykholohichna dopomoha ochevydtsiam ta postrazhdalym [Man-made disasters: psychological assistance to witnesses and victims]. Lviv [in Ukrainian].



2. Katolyk, H., Binnebezel, Y. (2015). Spryiniattia strakhu smerti v konteksti zamisnoi reliatsiinoi terapii ta tanatopedahohiky [Perception of fear of death in the context of relational substitution therapy and thanatopedagogy]. *Psykhologhiia i osobystist*, 2 (8), vol. 2, 208–225 [inUkrainian].
3. Katolyk, H., Stulkivska, M. (2020). Spryiniattia ditmy smerti: vikovi ta bolovi aspekty [Children's perception of death: age and pain aspects]. *Sotsialno-pravovi studii*, 2(8), 210–217. DOI : <https://doi.org/10.32518/2617-4162-2020-2-210-217>[inUkrainian].
4. Paliatyvno-khospisna opika: pozamedychni bahatovymirni aspekty [](2018) / red.Y.Binnebezelia, H.Katolyk. Lviv [inUkrainian].
5. Children's understanding of death: from biological to religious conceptions (2011)/ V. Talwar, P.L. Harris, M. Schleifer. New York[inEnglish].
6. Fadul,J. A. (2007). The Development of the Concept of Death in Children: New Insights to Children's Learning Process.*International Journal of Learning*,vol. 15 (10), 123–130 [inEnglish].
7. Gesell, A., Ilg, F.L., Ames, L.B. (1977). The child from five to ten. New York [inEnglish].
8. Kane, B. (1979). Children's Concepts of Death.*The Journal of Genetic Psychology*, 134 (1), 141–153[inEnglish].
9. Binnebesel,J.J.,Formella,Z.,Katolyk, H. (2018). Doświadczenie penthosu, czyli próba uporządkowania pojęcia lęku tanatycznego.*Medycyna paliatywna*, 10 (3), 145–149[inPolish].
10. Katolyk, H.,FornellaZ.,Binnebezel,J.J.(2015). Percepcjalekuprzed śmiercią wkontekś cietanatopedagogicznejrelacyjnejterapiizastępczej–badaniagrupyrealizowanychnaterenieUkrainy. *Humanizmedycyna* / red. B. Stelcer, W. Strzelecki. *Poznań*, 108–155[inPolish].
11. Binnebesel,J.J., Formella,Z., Katolyk,H. (2016). Specyfikafunkcjonowaniaikomunika cjizdziekiemprzewlekłechorym. *Pacjent«inny»wyznaniemopiekimedycznej/* red. E. Krajewskiej-Kułał, A. Guzowskiego, G. Bejdy, A. Lankau.*Poznań*, 371–397[inPolish].
12. Malcom, N. L. (2010). Images of heaven and the spiritual afterlife: Qualitative analysis of children's storybooks about death, dying, grief, and bereavement. *Omega (Westport)*, vol. 62 (1), 51–76[inEnglish].
13. Orbach, I., Gross, Y., Glaubman, H., Berman, D.(1985). Children's perception of death in humans and animals as a function of age, anxiety and cognitive ability.*Child Psychol Psychiatry*, vol. 26 (3), 453–463[inEnglish].
14. Speece, M. W., Brent, S.B. (1992). The acquisition of a mature understanding of three components of the concept of death.*Death Studies*,vol. 16 (3), 211–229[inEnglish].
15. Weber, J. A., Fournier, D.G. (1985). Family Support and a Child's Adjustment to Death.*Family Relations*, vol. 34 (1), 43–49[inEnglish].
16. Yalom, I. D. (1980). Existential psychotherapy. New York[inEnglish].