

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра психології

На правах рукопису

ЛЕБІДЬ ІРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В УМОВАХ ВІЙНИ

Спеціальність «053» «Психологія»

Освітня програма Психологія

Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня магістра

 Науковий керівник
Пріснякова Людмила Макарівна
кандидат психологічних наук, доцент

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол засідання кафедри психології

№ 4 від 26.12.2024

Завідувач кафедри

 Людмила ПРИСНЯКОВА

(підпис)

(ім'я ПРІЗВИЩЕ)

на контроль

Наталія Сергієв

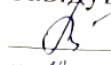
Дніпро, 2025

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ**

Кафедра	психології
Освітній ступінь	магістр
Спеціальність	053 «Психологія»
Освітня програма	«Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

 **Людмила ПРИСНЯКОВА**

« 12 » 22 2025 року

ЗАВДАННЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

ЛЕБІДЬ ІРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА

1. Тема роботи «Психічне здоров'я переміщених осіб в умовах війни»
2. Науковий керівник роботи: кандидат психологічних наук Пріснякова Людмила Макарівна. Затверджено наказом вищого навчального закладу від «19» вересня 2024 року № 87-02.
3. Строк подання роботи на кафедру: 12.02.2025 р.
4. Мета кваліфікаційної роботи: визначення механізмів трансформації психічного здоров'я зовнішніх переміщених осіб у сучасних умовах.
5. Завдання кваліфікаційної роботи:
 1. Дослідити сучасні підходи до трактування поняття психічне здоров'я.
 2. Окреслити теоретичні концепції психічного здоров'я особистості.
 3. Визначити підходи до дослідження психічного здоров'я.
 4. Прослідкувати за взаємозв'язком між психічним та фізичним здоров'ям.
 5. Визначити критерії психічного здоров'я та чинники, під впливом яких формується стан психічного здоров'я.

6. Розглянути соціально-психологічні особливості вимушеного переміщення та особливості психічного стану переміщених осіб.
7. Емпірично дослідити трансформацію психічного здоров'я особистості за допомогою обраного комплексу методик.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

№ з/п	Назва етапів дипломного проекту (роботи)	Строк виконання етапів проекту (роботи)	Примітки
1.	ВСТУП	Вересень 2024	виконано
2.	Розділ 1	Жовтень 2024	виконано
3.	Розділ 2	Листопад 2024	виконано
4.	Розділ 3	Грудень -січень 2025	виконано
5.	Робота в цілому	Лютий 2025	виконано

Науковий керівник _____ к.психол.наук Л.М. Пріснякова

Здобувач вищої освіти _____ ЛЕБІДЬ І. О.

Дата видачі завдання 24 05 2024 р.

АНОТАЦІЯ

Лебідь І. О. Психічне здоров'я переміщених осіб в умовах війни / Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю 053 «Психологія» (освітньо-професійна програма «Психологія»). ВНПЗ ДГУ, Дніпро, 2025.

Дана робота присвячена дослідженню психічного здоров'я переміщених осіб в умовах війни. Військові конфлікти спричиняють значні потрясіння, змушуючи тисячі людей залишати свої домівки та адаптуватися до нових умов життя. Переміщені особи зазнають впливу стресу, втрат, фізичних і психологічних травм, які мають тривалий вплив на їхнє психічне здоров'я.

У роботі розглядаються ключові аспекти психічного здоров'я. Особливу увагу приділено впливу вікових, статевих та соціальних факторів на трансформацію показників психічного здоров'я.

Результати дослідження сприяють поглибленню наукового розуміння важливості врахування індивідуальних особливостей у процесі підтримки та покращення психічного здоров'я в сучасних умовах

Ключові слова: ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ЗОВНІШНІ ПЕРЕМІЩЕНІ ОСОБИ, ПСИХІЧНИЙ СТАН, КРИТЕРІЇ, ТРАНСФОРМАЦІЯ, ОСОБИСТІСТЬ, ТРИВОЖНІСТЬ.

Список публікацій здобувача вищої освіти:

1. Лебідь І. О., Пріснякова Л. М. Взаємозв'язок показників Шкали психологічного благополуччя К. Ріффа з критеріями психічного здоров'я // Scientific research: modern challenges and future prospects. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Munich, Germany. 2024. Pp. 495-499. URL: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna->

[konferentsiyascientific-research-modern-challenges-and-future-prospects-16-18-12-2024-myunhennimechchina-arhiv/](#)

2. Лебідь І. О., Пріснякова Л. М. Трансформація особистісних факторів зовнішніх переміщених осіб у сучасних умовах // Science in the modern world: innovations and challenges. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Toronto, Canada. 2025. Pp. 322-330. URL: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-sciencein-the-modern-world-innovations-and-challenges-23-25-01-2025-toronto-kanada-arhiv/>.

ABSTRACT

Lebid I.O. Mental health of displaced persons in wartime / Qualification work for obtaining a master's degree in specialty 053 «Psychology» (educational and professional program «Psychology»). Higher educational private institution DHU, Dnipro, 2025.

This paper is dedicated to the study of the mental health of displaced persons during wartime. Military conflicts cause significant upheavals, forcing thousands of people to leave their homes and adapt to new living conditions. Displaced persons face stress, losses, and physical and psychological trauma that have long-term effects on their mental health.

The study examines key aspects of mental health. The special attention is given to the impact of age, gender, and social factors on the transformation of mental health indicators.

The results of research contribute to a deeper scientific understanding of the importance of considering individual characteristics in the process of maintaining and improving mental health in modern conditions.

Keywords: MENTAL HEALTH, EXTERNALLY DISPLACED PERSONS, MENTAL STATE, CRITERIA, TRANSFORMATION, PERSONALITY, ANXIETY.

List of publications of a higher education applicant:

1. Lebid I.O., Prisnyakova L.M. The Relationship Between Indicators of the Psychological Well-being Scale by C. Ryff and Mental Health Criteria // Scientific research: modern challenges and future prospects. Proceedings of the 5th International Scientific and Practical Conference. MDPC Publishing. Munich, Germany. 2024. Pp. 495-499. URL: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiyascientific-research-modern-challenges-and-future-prospects-16-18-12-2024-myunhennimechchina-arhiv/>

2. Lebid I.O., Prisnyakova L.M. Transformation of personal factors of externally displaced persons in modern conditions // Science in the modern world: innovations and challenges. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Toronto, Canada. 2025. Pp. 322-330. URL: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-sciencein-the-modern-world-innovations-and-challenges-23-25-01-2025-toronto-kanada-arhiv/>.

ЗМІСТ

ВСТУП	10
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.....	15
1.1. Сучасне трактування поняття психічного здоров'я.....	15
1.2. Теоретичні концепції психічного здоров'я особистості: психологічний вимір.....	20
1.3. Підходи до дослідження психічного здоров'я.....	35
1.4. Взаємозв'язок психічного та фізичного здоров'я.....	40
Висновки до розділу 1.....	47
РОЗДІЛ 2 СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ЗОВНІШНІХ ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.....	51
2.1. Критерії психічного здоров'я особистості.....	51
2.2. Соціально-психологічні особливості вимушеного переміщення.....	60
2.3. Особливості психічного стану зовнішніх переміщених осіб.....	67
Висновки до розділу 2.....	75
РОЗДІЛ 3 ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗОВНІШНІХ ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.....	78
3.1. Методики емпіричного дослідження.....	78
3.2. Полігон дослідження та характеристика учасників емпіричного дослідження.....	84
3.3. Результати емпіричного дослідження.....	86
3.3.1. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.....	86
3.3.2. The Big Five Locator, Локатор великої п'ятірки Дж. Ховард, П.Медіна, Ж. Ховард (в адаптації Л. Ф. Бурлачука та Д. К. Корольова).....	94
3.3.3. Методика визначення толерантності до невизначеності (тест С. Баднера).....	107
3.3.4. Опитувальник «Шкала психологічного благополуччя» The scales of psychological well-being (К. Ріфф).....	111
3.3.5. Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (Р. Pontin, М. Schwannauer, S. Tai, & М. Kinderman).....	116
3.3.6. Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона.....	123

3.3.7. Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (Н. Ендлер, Дж. Паркер (The coping inventory for stressful situations (CISS) (N. Endler, J.arker).....	126
3.3.8. Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (К.А. Wallston, B.S. Wallstone, R. DeVellis)	128
3.3.9. Методика М. Рокича «Ціннісні орієнтації» («Value Survey»)	131
Висновки до розділу 3.....	133
ВИСНОВКИ.....	140
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ.....	148
ДОДАТОК А.....	158
ДОДАТОК Б.....	160
ДОДАТОК В.....	161
ДОДАТОК Д.....	163
ДОДАТОК Ж.....	169
ДОДАТОК З.....	171
ДОДАТОК К.....	174
ДОДАТОК Л.....	176
ДОДАТОК М.....	178
ДОДАТОК Н.....	179

ВСТУП

Актуальність теми. На сьогоднішній день є численна кількість наукових праць та практичних надбань, які присвячені темі психічного здоров'я. Тему висвітлюють із різних ракурсів та із різними актуальними акцентами: психологічної, медичної, соціальної та ін. Тема обговорювана серед наукової спільноти, як у контексті психічного здоров'я окремих особистостей, так і суспільства в цілому. Ті виклики, які постали перед сучасним українським суспільством є серйозним випробуванням для життя і здоров'я як тілесного, так і психічного; формування нових (раніше не застосованих) механізмів психологічного захисту та самозбереження ресурсу, адаптації до тих змін, які відбуваються. Тому дослідження психічного здоров'я та тих психосоматичних явищ, які відбуваються у наслідок його трансформації є питанням нагальним та потребує свого поглибленого вивчення.

Феномен психічного здоров'я є предметом дослідження значної кількості наукових праць. Серед західних дослідників у розроблення теорій психічного здоров'я значний внесок зробили К. Роджерс, А. Маслоу, Г. Олпортом, В. Франкл; сучасні доробки представлені у працях М. Яходи (Jahoda M.), К. Кіз (Keyes C.), С. Ламерса (S. Lamers), ін. У вітчизняній психологічній науці феномен психічного здоров'я вивчався у працях таких вчених: С. Болтівець, І. Галецька, Л. Деркач, В. Кохан, І. Коцан, Г. Ложкін, С. Максименко, Є. Потапчук, Л. Пріснякова, Н. Світлична, О. Сергієні, Р. Сірко, І. Спіріна. Психічне здоров'я є предметом дослідження представників когнітивно-поведінкового напрямку психології. Структурне уявлення про феномен психологічного здоров'я є доробком Л. Божович, Л. Виготського, С. Максименка та ін.

Тому **метою** є визначення механізмів трансформації психічного здоров'я зовнішніх переміщених осіб у сучасних умовах.

Поставлена мета зумовила потребу виконання таких **дослідницьких завдань:**

1. Дослідити сучасні підходи до трактування поняття психічне здоров'я.
2. Окреслити теоретичні концепції психічного здоров'я особистості.
3. Визначити підходи до дослідження психічного здоров'я.
4. Прослідкувати за взаємозв'язком між психічним та фізичним здоров'ям.
5. Визначити критерії психічного здоров'я та чинники, під впливом яких формується стан психічного здоров'я.
6. Розглянути соціально-психологічні особливості вимушеного переміщення та особливості психічного стану переміщених осіб.
7. Емпірично дослідити трансформацію психічного здоров'я особистості за допомогою обраного комплексу методик.

Об'єктом дослідження є психічне здоров'я та прояви трансформації психічного здоров'я зовнішніх переміщених осіб.

Предметом дослідження є специфічні типи реакцій людей на впливи стимулу зовнішнього середовища у сукупності з індивідуально-психологічними особливостями особистості.

Гіпотеза дослідження: трансформація показників психічного здоров'я відбувається в залежності від віку, статі та сімейного становища особистості.

Методи дослідження. Методологічним принципом, використаним у дипломній роботі є принцип системності психологічної науки, що вимагає розглядати психіку як складну систему взаємопов'язаних психічних явищ.

Другим методологічним принципом є принцип єдності психіки (свідомості) та діяльності. У роботі використаний принцип комбінаторності, де два та більше методів доповнюють інформативні дані, зібрані у ході дослідження, а принцип кореляції даних встановлює факт взаємозв'язку певного стану особистості у одній змінній методики дослідження із певними значеннями змінних іншої методики.

Для досягнення поставленої мети та розв'язання завдань магістерської роботи використовувалися теоретичні методи дослідження, зокрема аналіз та узагальнення наукової літератури, порівняння, класифікація та систематизація.

Для проведення емпіричного дослідження у роботі використані наступні методики:

1. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.
2. The Big Five Locator, Локатор великої п'ятірки Дж. Ховард, П. Медіна, Ж. Ховард (в адаптації Л. Ф. Бурлачука та Д. К. Корольова)
3. Методика визначення толерантності до невизначеності (тест С.Баднера)
4. Опитувальник «Шкала психологічного благополуччя» The scales of psychological well-being (К. Ріфф)
5. Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman)
6. Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона
7. Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (Н. Ендлер, Дж. Паркер (The coping inventory for stressful situations (CISS) (N. Endler, J. Parker)
8. Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (К.А. Wallston, B.S. Wallstone, R. DeVellis)
9. Методика М. Рокича «Ціннісні орієнтації» («Value Survey»).

Для обробки зібраних даних у дипломній роботі використовувались методи обробки та інтерпретації емпіричних даних, а саме кількісний та якісний аналіз (описова статистика, порівняння, факторний аналіз результатів з подальшою категоризацією на основі отриманих факторів).

Полігон дослідження. У дослідженні взяли участь 111 українців, що перебувають закордоном у зв'язку з війною, а саме у таких країнах як Польща, Великобританія, Грузія, Данія, Іспанія, Італія, Канада, Кіпр, Латвія, Литва,

Норвегія, Нідерланди, Румунія, Франція, США, Словенія, Чеська республіка, Швейцарія, Туреччина.

Наукова новизна одержаних результатів. Психічне здоров'я є головною умовою психологічного добробуту, щасливого та повноцінного існування як окремої людини так і суспільства в цілому. Тому високий його рівень характеризує суспільство як благополучне та здорове, тоді як низькі його показники вимагають негайного звернення та проведення відповідних заходів для покращення психічного здоров'я суспільства в цілому. Отримані результати дослідження дають можливість побачити рівень психічного здоров'я на стихійній виборці «сніжний ком», яка є демонстративною картиною сучасного українського суспільства з точки зору гендерно-вікової репрезентації.

Теоретичне значення одержаних результатів. Робота розвиває наукові підходи до розуміння механізмів адаптації, враховуючи як індивідуальні, так і соціальні чинники, що визначають динаміку психічного стану. Отримані результати розширюють теоретичне підґрунтя дослідження психічного здоров'я, акцентуючи увагу на важливості взаємодії особистості та соціального середовища, в якому вона знаходиться.

Практичне значення результатів дослідження. Сукупність застосованих у магістерській роботі методик дозволить досліджувати стан психічного здоров'я, а також психосоматичну складову на великих масивах людей.

Особистий внесок здобувача.

Результати дослідження опробовані на двох міжнародних конференціях:

1. Лебідь І. О., Пріснякова Л. М. Взаємозв'язок показників Шкали психологічного благополуччя К. Ріффа з критеріями психічного здоров'я // Scientific research: modern challenges and future prospects. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Munich, Germany. 2024. Pp. 495-499. URL: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna->

konferentsiyascientific-research-modern-challenges-and-future-prospects-16-18-12-2024-myunhennimechchina-arhiv/

2. Лебідь І. О., Пріснякова Л. М. Трансформація особистісних факторів зовнішніх переміщених осіб у сучасних умовах // Science in the modern world: innovations and challenges. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Toronto, Canada. 2025. Pp. 322-330. URL: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-sciencein-the-modern-world-innovations-and-challenges-23-25-01-2025-toronto-kanada-arhiv/>.

Структура магістерської роботи. Робота складається із вступу, трьох розділів (двох теоретичних, одного емпіричного), висновків, переліку джерел посилань, який налічує 80 джерел, та 10 додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-КОНЦЕПТУАЛЬНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

1.1. Сучасне трактування поняття психічного здоров'я

Психічне здоров'я особистості, незважаючи на численну кількість праць, присвячену йому, є питанням дискусивним і неоднозначним, адже існують різні підходи до трактування поняття «психічне здоров'я», його сутності та змісту. Тому важливо знати та розуміти сучасну концепцію психічного здоров'я особистості.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я – це «стан благополуччя, за якого людина усвідомлює свої власні здібності, може справлятися зі звичайними життєвими стресами, може продуктивно та плідно працювати та здатна зробити внесок у свою громаду» [1]. Хоча це визначення є суттєвим прогресом у відході від концептуалізації психічного здоров'я як стану відсутності психічного захворювання, воно викликає кілька занепокоєнь і піддається потенційним непорозумінням, коли воно визначає позитивні почуття та позитивне функціонування як ключові фактори психічного розвитку здоров'я. Фактично, розгляд благополуччя як ключового аспекту психічного здоров'я важко узгодити з багатьма складними життєвими ситуаціями, у яких благополуччя може бути навіть нездоровим: більшість людей вважатимуть психічно нездоровою людину, яка переживає стан благополуччя під час вбивства людей у воєнних діях, і вважав би здоровою особу, яка відчуває відчай після звільнення з роботи в ситуації, коли можливості для роботи обмежені. Люди з хорошим психічним здоров'ям часто сумні, злі або нещасні, і це є частиною повноцінного життя людини. Незважаючи на це, психічне здоров'я часто концептуалізували як суто позитивний вплив, позначений відчуттям щастя та відчуттям панування над навколишнім середовищем. Концепції, які

використовуються в кількох документах про психічне здоров'я, включають обидва ключові аспекти визначення ВООЗ, тобто позитивні емоції та позитивне функціонування. Кіз [2] виділяє три компоненти психічного здоров'я: емоційне благополуччя, психологічне благополуччя та соціальне благополуччя. Емоційне благополуччя включає щастя, інтерес до життя та задоволення; психологічне благополуччя включає в себе симпатію до більшості частини власної особистості, вміння справлятися з обов'язками повсякденного життя, мати хороші стосунки з іншими та бути задоволеним власним життям. Соціальний добробут відноситься до позитивного функціонування та передбачає можливість зробити внесок у суспільство (соціальний внесок), почуватися частиною спільноти (соціальна інтеграція), вірити, що суспільство стає кращим місцем для всіх людей (соціальна актуалізація), і що те, як працює суспільство, має для них сенс (соціальна злагожденість). Однак такий погляд на психічне здоров'я під впливом гедонічних та еудемонічних традицій, які відстоюють позитивні емоції та досконалість у функціонуванні відповідно [6], ризикує виключити більшість підлітків із цього переліку, через їхню сором'язливість, а також тих, хто бореться проти несправедливості та нерівності.

Концепція позитивного функціонування також перекладається декількома визначеннями та теоріями психічного здоров'я на здатність продуктивно працювати [1], [7], і може призвести до неправильного висновку, що особа у віці або фізичному стані, який заважає їй/йому продуктивно працювати не є за визначенням у хорошому психічному здоров'ї. Продуктивна та плідна робота часто неможлива через контекстуальні причини (наприклад, для мігрантів або дискримінованих людей), які можуть перешкоджати людям робити внесок у свою спільноту.

Марія Яхода (Jahoda) [8] поділяє психічне здоров'я на три сфери: самореалізація, коли люди здатні повністю використовувати свій потенціал; відчуття панування над навколишнім середовищем; і почуття автономії, тобто

здатність ідентифікувати проблеми, протистояти і вирішувати їх. Мерфі [9] стверджував, що ці ідеї були навантажені культурними цінностями. До прикладу автор демонструє важливість культурних цінностей для жителів Північної Америки, проте навіть у цьому випадку важко уявити, наприклад, що психічно здорова людина в руках терористів під загрозою обезголовлення може відчутися щастя і панувати над навколишнім середовищем [9].

Ми можемо стверджувати, що на визначення психічного здоров'я явно впливає культура, яка його визначає. Однак, як також відстоював Вільянт [10], здоровий глузд повинен переважати, і можна визначити певні елементи, які мають універсальне значення для психічного здоров'я. Наприклад, незважаючи на культурні відмінності у різних країнах у плані харчових звичок, загальне визнання важливості вітамінів.

Усвідомлюючи той факт, що відмінності між країнами в цінностях, культурі та соціальному становищі можуть перешкоджати досягненню загального консенсусу щодо концепції психічного здоров'я, світова наукова спільнота прагнула розробити всеосяжне сучасне визначення, уникаючи, наскільки це можливо, обмежувальних і культурних тверджень. Концепція, згідно з якою психічне здоров'я – це не просто відсутність психічних захворювань [1], [7], була одностайно схвалена, тоді як еквівалентність між психічним здоров'ям і благополуччям/функціонуванням – ні, а визначення залишає простір для різних емоційних станів і для «недосконалого функціонування». Тож, психічне здоров'я – це динамічний стан внутрішньої рівноваги, який дозволяє індивідам гармонійно використовувати свої здібності з універсальними цінностями суспільства [11]. Базові когнітивні та соціальні навички; здатність розпізнавати, виражати та модулювати власні емоції, а також співпереживати іншим; гнучкість і здатність долати несприятливі життєві події та виконувати соціальні ролі; і гармонійний зв'язок між тілом і розумом є важливими компонентами психічного здоров'я, які різною мірою сприяють стану внутрішньої рівноваги. Тут є примітка, яка пояснює,

що мається на увазі у визначенні під виразом «загальнолюдські цінності», вважається необхідним у світлі оманливого використання цього виразу в певних політичних і соціальних обставинах. Таким чином, це такі цінності: повага та турбота про себе та інших живих істот; визнання зв'язку та взаємовпливу між людьми; дбайливе ставлення до навколишнього середовища; повага до своєї та чужої свободи.

Поняття «динамічний стан внутрішньої рівноваги» покликане відобразити той факт, що різні життєві епохи вимагають змін досягнутої рівноваги: підліткові кризи, шлюб, батьківство чи вихід на пенсію є хорошими прикладами життєвих епох (криз), які вимагають активного пошуку нової психічної рівноваги [11]. Ця концепція також включає та визнає реальність того, що психічно здорові люди можуть відчувати відповідні людські емоції, включаючи, наприклад, страх, гнів, смуток і горе, водночас володіючи достатньою стійкістю для своєчасного відновлення динамічного стану внутрішньої рівноваги. Усі компоненти, запропоновані у визначенні, представляють важливі, але не обов'язкові аспекти психічного здоров'я; по суті, вони можуть певною мірою сприяти стану рівноваги, так що повністю розвинені функції можуть компенсувати порушення в іншому аспекті психічного функціонування. Наприклад, дуже емпатична людина, яка дуже зацікавлена у взаємному обміні, може компенсувати помірний ступінь когнітивного порушення, і все одно знайти задовільну рівновагу та переслідувати свої життєві цілі.

Основні причини, які лежать в основі вибору компонентів, включених до визначення, наведені нижче. Базові когнітивні та соціальні навички розглядаються як важливий компонент психічного здоров'я в світлі їхнього впливу на всі аспекти повсякденного життя [12], [13]. Когнітивні навички включають здатність звертати увагу, запам'ятовувати та систематизувати інформацію, вирішувати проблеми та приймати рішення; соціальні навички передбачають здатність використовувати

власний репертуар вербальних/невербальних здібностей для спілкування та взаємодії з іншими.

Усі ці здібності є взаємозалежними і дозволяють людям функціонувати у своєму середовищі. Посилання на «базовий» рівень цих здібностей має на меті роз'яснити, що легкі ступені порушення сумісні з психічним здоров'ям, тоді як помірні та важкі ступені порушення, особливо якщо вони не збалансовані іншими аспектами, можуть потребувати підтримки з боку інших членів суспільства, а також низку соціальних стимулів, таких як полегшені можливості працевлаштування, фінансові пільги або спеціальні програми навчання. Емоційна регуляція, тобто здатність розпізнавати, виражати та модулювати власні емоції, також розглядається як важливий компонент психічного здоров'я [14]. Він був запропонований як медіатор адаптації до стресу [15], [16], і зв'язок між неадекватною або неефективною емоційною регуляцією та депресією був виявлений у клінічних дослідженнях та дослідженнях нейровізуалізації [17], [18]. Різноманітність модульованих варіантів емоційної реакції, які можна гнучко використовувати, сприяють психічному здоров'ю людини, а алекситимія (тобто нездатність ідентифікувати та виражати власні емоції) є фактором ризику психічних і фізичних розладів [19], [20]. Емпатія, тобто здатність переживати та розуміти, що відчувають інші, не плутаючи себе та інших, дозволяє людям спілкуватися та взаємодіяти ефективними способами та передбачати дії, наміри та почуття інших [21]. Відсутність емпатії є не лише фактором ризику насильства та ознакою антисоціального розладу особистості, але й погіршує соціальні взаємодії на всіх рівнях. Гнучкість і здатність справлятися з несприятливими подіями також вважаються важливими для підтримки психічного здоров'я. Гнучкість означає здатність переглядати курс дій перед лицем непередбачуваних труднощів або перешкод, змінювати власні ідеї у світлі нових доказів і пристосовуватися до змін, яких можуть вимагати різні життєві епохи чи випадкові ситуації. Відсутність гнучкості може призвести до сильного дистресу для людини, яка зазнає раптових

та/або важливих змін у житті, і є важливим аспектом кількох психіатричних розладів, таких як нав'язлива особистість або маревний розлад. Базова здатність виконувати соціальні ролі та брати участь у значущих соціальних взаємодіях є важливим аспектом психічного здоров'я та особливо сприяє стійкості до дистресу; однак соціальне відчуження та стигматизація часто погіршують участь у суспільстві, тому будь-яке визначення психічного здоров'я, що стосується цього аспекту, має уникати «звинувачення жертви» та ретельно аналізувати соціальні моделі стигматизації, дискримінації та відчуження, які перешкоджають участі [22]. Включення гармонійного зв'язку між тілом і розумом базується на концепції, згідно з якою розум, мозок, організм і навколишнє середовище тісно взаємопов'язані, і загальний досвід перебування у світі не можна відокремити від того, як тіло відчуває себе в навколишньому середовищі. [23]. Порушення цієї взаємодії можуть призвести до психотичних переживань, розладів харчування, самоушкодження, дисморфічних розладів тіла або поганого фізичного здоров'я. Визначення психічного здоров'я, повинно мати інклюзивний підхід, бути максимально вільним від обмежувальних і культурних тверджень і максимально наближеним до людського життєвого досвіду, який може бути як радісним, так і сумним. Запропоноване визначення також сумісне з перспективою руху відновлення, в якому відновлення після хвороби розглядається як процес, спрямований на досягнення повноцінного та цінного життя шляхом розвитку функцій, збережених хворобою, незважаючи на те, що інші функції мають був порушений.

1.2. Теоретичні концепції психічного здоров'я особистості: психологічний вимір

Фундаментом для сучасного розуміння поняття «психічне здоров'я» послуговували теоретичні концепції психічного здоров'я, які існують у психологічній науці. Початок формування підходів до розуміння походження, змісту та структури

психічного здоров'я пов'язаний з роботами Зигмунда Фрейда, який розумів активність суб'єкта як складної живої системи – провідним фактором розвитку його психологічного здоров'я [24]. Тут слід звернути увагу на той факт, що Зигмунд Фрейд основну увагу приділяв проблемі нездоров'я, патологічних змін особистості, акцентуючи увагу на тому, що воно є наслідком внутрішньоособистісних конфліктів, а всі порушення ціннісної та емоційної сфер – наслідки цього конфлікту. З. Фрейд відходить від старих психіатричних уявлень про психічне здоров'я, саме в рамках психоаналітичної школи стала переглядатися ідея «нормальності». Це час зародження нового напрямку – психотерапії (психоаналізу). Психоаналіз відмовляється від тогочасної ідеї нормальності та від прагнень адаптувати людини до соціуму. Виходячи із концепції психоаналізу неврози є наслідком тиску суспільних заборон. Тому у лікуванні неврозів застосовується метод психоаналізу, головною ціллю якого є звільнення несвідомого матеріалу, який раніше не був відомий. Психоаналіз зосереджується на впливі придушених імпульсів, внутрішніх конфліктів і дитячих травм, а також на тому, як вони впливають на психічне здоров'я та потім психотерапевт працює із матеріалом як зі свідомим. Психоаналіз як терапія має на меті змінити вашу особистість, зосередившись на зміні ваших звичок. Психотерапевти досліджують, як несвідомі конфлікти вашого розуму призвели до неврозу. Фрейд запевняв, що вивільнення заблокованого матеріалу може зменшити саморуйнівні тенденції. Психоаналітики використовують вільні асоціації та аналіз сновидінь, аналізують ваші механізми опору та поваги та працюють з вами через ваші почуття. Фрейд вважав, що несвідомі конфлікти викликають тривогу, примхливість, депресивні думки, тривожні риси особистості та труднощі у підтримці стосунків. Він вважав, що ці проблеми приховуються в минулому досвіді та стосунках. Ось чому психоаналіз фокусується на тривалому лікуванні. З фрейдистського психоаналізу розвивається інший не менш значний напрям – аналітична психологія К. Г. Юнга. Юнгіанський підхід до психічних розладів значно відрізняється від традиційної медицини. Карл

Юнг, швейцарський психіатр і засновник аналітичної психології, вважав, що коли ми страждаємо від психічного розладу, психіка (розум і тіло) намагається вирішити якусь проблему. Характер і симптоми психічного розладу багато говорять нам про природу страждань. Що відрізняє юнгіанський підхід до цієї проблеми, це те, що Юнг відчував, що усунення симптомів заважає зрозуміти причину хвороби в першу чергу – тобто психічний розлад є цілеспрямованим, функціональним і орієнтованим на здоров'я – психіка намагається зцілити себе через цю хворобу. До прикладу візьмемо депресію – ми відчуваємо втому, не хочемо ні з ким говорити, закриваємося в темній кімнаті, вимикаємо телевізор, перестаємо працювати і відчуваємо безнадійність. Усі жахливі симптоми, з точки зору юнгіанської психоаналітики треба подумати про те, що ці симптоми змушують нас робити. Вони змушують нас думати про себе та досліджувати проблеми нашого життя, які ми можемо ігнорувати (скажімо, наприклад, важкий період у дитинстві). Коли ми вирішуємо ці проблеми, ми часто виявляємо, що симптоми зменшуються. Річ у тім, що тривале емоційне потрясіння має певну мету. Через психіку та тіло повідомити людині про збій у системі. Одним з найважливіших параметрів психічного здоров'я за Юнгом є здатність визнавати і зберігати індивідуальність у собі та у інших. Індивідуалізація дозволяє описувати ставлення людини до самої себе. Особистість сама створює свої якості, усвідомлює свою власну неповторність у якості цінності та не дозволяє зруйнувати її іншим людям. Таким чином, повноцінне психічне життя і розвиток були б так само неможливими і без здатності людини подивитися на себе та свої дії збоку та оцінити їх, тобто без здатності до саморефлексії. Юнг вважав, що свідомість і несвідоме не обов'язково протиставляються; вони доповнюють одне одного, формуючи таким чином цілісність, за Юнгом – самість. Самість – категорія, яка інтегрує у собі свідомий і несвідомий матеріал. «Я» продовжує залишатися центром свідомості, але вже не здається ядром всієї особистості. Юнг вказує, що людина повинна бути собою, вона має знайти власну індивідуальність, центр особистості, який однаково віддалений від свідомості і

несвідомого; прагнення до цього ідеального центру. Індивідуалізація може бути представлена як спіраль, в якій людина продовжує зіштовхуватись із тими ж фундаментальними питаннями щоразу в більш тонкій формі. Кожна особистість має тенденцією до саморозвитку. Індивідуалізація – це процес становлення єдиного, однорідного. Це унікальність кожної особистості і, таким чином, вона передбачає самореалізацію, рух до більшої свободи. Чим більше наше самоусвідомлення, тим більші нашарування особистого несвідомого. Розширена свідомість – це функція відносин зі світом об'єктивності, що вводить особистість в абсолютне, і нерозривне спілкування з широким світом. З точки зору «Я» ріст і розвиток складаються в інтегруванні нового матеріалу у свідомості; це набуття знань про світ і про себе. Зростання та розвиток для Я – це розширення свідомої обізнаності. Юнг зазначав, що ті, хто приходить до нього (як пацієнти) у першій половині свого життя – відносно мало залучені у внутрішній процес індивідуалізації; вони, як правило, зайняті в першу чергу досягненнями у зовнішньому світі, тобто проявляють себе як особистість, важливим є досягненням цілей «Я». Люди більш старшого віку зазвичай мають інші цілі – вони зайняті більше інтеграцією, ніж зовнішніми досягненнями, вони шукають гармонії і цілісності душі.

Далі слід розглянути концепцію психічного здоров'я Альфреда Адлера [30], який був першим, хто прийняв гуманістично-освітню модель людини на відміну від медичної моделі людини З. Фрейда. Це відповідало його глибокій причетності до профілактики; насправді його початковий інтерес був до медичної профілактики. Він розробив теорію особистості, яка найбільше підходить для застосування в профілактиці, освіті та короткочасній психотерапії. Для Адлера психічне здоров'я визначається рівнем соціального внеску, який є корисним для ширшої спільноти, тією мірою, якою людина інтегрується та розвиває соціальний контекст, таким чином вимірюючи його або її психічне здоров'я. Індивід не розвивається ізольовано. Найважливіша мета – знайти значуще місце або належність до соціальної групи [25]. Усі наші проблеми — це в основному соціальні проблеми,

тобто те, як ми ставимося один до одного. Здатність співпрацювати та робити внесок є показником соціального інтересу та психічного здоров'я. Добре пристосована людина орієнтується і поводить відповідно до потреб ситуації. Непристосована людина має хибні уявлення про своє місце в групі, почуття ізоляції та неповноцінності та помилкові цілі, які є компенсацією цих почуттів. Люди спочатку виростають з почуттям неповноцінності, яке компенсується розвитком унікального почуття вищості або прагненням до значущості (перехід від відчутного мінуса до уявного плюсу). Враховуючи невід'ємну соціальну природу індивідів, це прагнення розглядається через призму соціального інтересу: або адекватно виконувати життєві завдання суспільно корисними способами, або рухатися соціально марною стороною життя та жити у світі, який більше суперечить іншим, більше у власній приватній логіці та особистих прагненнях до переваги [26]. Згідно із теорією Адлера людина не ділиться на частини, а розглядається як неподільне ціле (холізм) [25]. Розум, тіло та емоції працюють разом на службі кінцевої вигаданої мети людини. Підготовлена особа може побачити теми та те, як все вписується в одну повну картину. Воттс виділив адлерівську філософську орієнтацію. Він зазначив, що це психолого-освітній; орієнтований на теперішнє/майбутнє; обмежений у часі; інтегрує когнітивні та системні перспективи; міцно резонує з постмодерністськими підходами; має спільну мову з когнітивно-поведінковими підходами; сумісний з раціонально-емотивною терапією та когнітивною терапією; орієнтований на сімейні системи; а також узгоджується з конструктивістськими, орієнтованими на рішення та підходами до нарративної психотерапії.

Висвітлюючи питання, присвячені психічному здоров'ю особистості, необхідно приділити значну увагу такому концептуальному напрямку як гуманістична психологія, яка має орієнтацію на вивчення смислових структур особистості. Тут ми звернемося перш за все, до праць таких провідних дослідників як А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл [27-29]. Когнітивні потреби за А. Маслоу це –

знання, значення, розуміння тощо. Потреби в самоактуалізації: реалізація особистого потенціалу, самореалізація, пошук таланту, особистісний ріст, піковий досвід тощо. Гуманістична психологія сприймає людей як інноваційних істот, здатних до зростання. Якщо забезпечити належне середовище, люди можуть змінити свою поведінку на досягнення свого максимального потенціалу. Дисфункція виникає в результаті конфліктів усвідомлення або обмежень реальності, які можна усунути за допомогою різних терапевтичних досвідів. А. Маслоу стверджував, що незадоволення потреб на різних щаблях ієрархії може призвести до хвороби, зокрема психіатричної хвороби або проблем із психічним здоров'ям. Люди, чиї фізіологічні потреби не задовольняються, можуть померти або сильно захворіти. Коли потреби безпеки не задовольняються, може виникнути посттравматичний стрес [29]. Маслоу припускає, що люди з депресією намагаються задовольнити нижчі ієрархічні потреби любові/приналежності та поваги. Як наслідок, це впливає на мотивацію. Отже, ієрархію Маслоу слід враховувати при лікуванні депресії для підвищення мотивації [27]. Інший представник гуманістичної психології Карл Роджерс вважає повноцінно функціонуючою особистістю таку, яка усвідомлює свої таємні почуття та прагнення. Така людина розуміє свої емоції і довіряє своїй інтуїції та імпульсам. Досягнення здорового функціонування вимагає безумовного позитивного ставлення та самореалізації. Безумовне позитивне ставлення стосується категоричної толерантності, любові чи поваги [30]. Головна відмінність безумовної любові від безумовної позитивної поваги полягає в тому, що остання не вимагає справжніх почуттів ніжності та прихильності. Натомість він вимагає від людини поступливості та доброзичливості, навіть якщо інша сторона зробила спірні вчинки. Роджерс стверджував, що люди повинні максимально розкрити свій потенціал. Це явище називається самоактуалізацією. Це передбачає досягнення найвищої точки психологічного розвитку, досягнення та задоволення. Люди мають властиві ресурси, щоб зрозуміти себе та змінити своє сприйняття, ставлення та поведінку. Однак ці ресурси можна використовувати за наявності

клімату, який уможлиблює психологічне ставлення [31]. Тому повнофункціональні особистості завжди прагнуть до самореалізації. Здорова функціонуюча людина не ставить умов щодо своєї цінності, може вільно висловлювати свої почуття та сприйнятлива до життєвого досвіду. Іншими словами, вони прийняли «екзистенціальне життя», максимізуючи кожен мить і можливість. В результаті вони досягають внутрішньої свободи, сприймають творчість, піднесення, змагання. Люди, що функціонують здорово, мають особливі риси, які допомагають їм усвідомлювати свої емоції та приймати свої вимоги до особистісного зростання. Ці атрибути включають сприйнятливність до нового досвіду, відсутність захисної позиції, здатність точно тлумачити досвід, володіння категоричною самоповагою та здатність дружно жити з іншими людьми. Вони повинні бути гнучкими і здатними пристосовуватися до різних ситуацій. Крім того, вони повинні приймати конструктивні відгуки та бути готовими вносити необхідні зміни. Бути відкритим до досвіду означає сприйняття негативних і позитивних емоцій. Здатність працювати через негативні зустрічі та вчитися на них сприяє здоровому функціонуванню. Навпаки, звернення до механізму захисту його є згубним і може призвести до дисфункції. Інші характеристики включають досвід життя, творчість і наповнене життя. Життя на основі досвіду означає інтуїтивне усвідомлення різних подій, які відбуваються. Це передбачає цінування сьогодення, не зациклюючись на минулому чи передбаченні майбутнього. Творчість означає прийняття ризику для вивчення нового досвіду та можливостей, тоді як жити повноцінним життям означає бути щасливим і задоволеним. Людина завжди повинна довіряти своєму чуттю і здатності приймати правильні рішення. Дисфункція виникає, коли погане самосприйняття або зовнішні обмеження витісняють процес оцінки. Зміни та зростання відбуваються в міру самореалізації особистості за Роджерсом відбуваються, якщо людина перебуває в стані конгруентності, що означає, що ідеальне Я людини відповідає її реальному Я-образу [31]. Початковий погляд автора на людську природу полягав у тому, що люди — унікальні істоти з різними

способами дій, почуттів і мислення. Тому кожну людину потрібно розглядати як окрему людину та поводитися з нею відповідно до її переконань і поглядів. Ця теорія перенаправила мислення на концепції інноваційності та потреби в самореалізації, які стосуються всіх людей. Особистісно-орієнтований підхід до терапії, описаний Карлом Роджерсом, відповідає цим цінностям. Самооцінка особистісних рис автора виявляє такі якості, як самосвідомість, емпатія, гнучкість і хороші комунікативні навички. За словами Карла Роджерса, терапевти повинні бути конгруентними, емпатійними та не засуджувати [32].

Е. Фромм «Психічне здоров'я в божевільному світі» пропагує цінність позитивної свободи особистості, запропонував образ «людини з продуктивним характером». На думку Е. Фромма така людина вільна і незалежна від зовнішнього контролю, керується розумом і тому здатна досягнути сутність явищ; сприймає себе як втілення власних сил і як «творця», здатна бачити людей такими, якими вони є, здатна любити; здатна творити силою уяви, їй властива екзистенційність потреб, які є джерелом активності [27]. Е. Фромм виділяв п'ять соціальних типів характеру, що представляють собою взаємодію екзистенційних потреб і соціального контексту у якому живуть люди. Е. Фромм розділив їх на два великі класи: непродуктивні (нездорові) і продуктивні (здорові) типи. Категорію продуктивних представляє тип ідеального психічного здоров'я в розумінні Е. Фромма. Цей тип – незалежний, чесний, спокійний, люблячий, творчий і здійснює соціально-корисні вчинки [27].

Основними потребами людини, які характеризують її сутність, є:

1. потреба в спорідненості з іншими живими істотами;
2. потреба трансцендентності, підняття над простим існуванням;
3. потреба вкоріненості, зв'язку між поколіннями та всередині них;
4. потреба в само ідентифікації;
5. потреба в рамці орієнтації та відданості.

Психічне здоров'я, за Е. Фроммом певною мірою залежить від індивідуальних факторів (наприклад, відсутність пухлин мозку, функціональні сім'ї, «здорові» когнітивні структури), але в основному це питання того, що суспільство робить можливим. Психічне здоров'я не можна визначити як пристосування індивіда до суспільства, скоріше його слід визначити в термінах пристосування суспільства до потреб людини: психічне здоров'я характеризується здатністю любити і творити, появою кровозмішних зв'язків із кланом і землею, почуттям ідентичності, заснованим на досвіді себе як суб'єкта своєї влади, розумінням реальності всередині та ззовні нас самих, тобто шляхом розвитку об'єктивності та розуму [33], [34]. Чи є якісь підстави вважати, що «нормальне» функціонування сучасних суспільств водночас божевільне та створює умови для поганого психічного здоров'я. Досвід психічного розладу для людей може бути надзвичайно болісним, навіть спричиняючи смерть. «Божевілля» для них — це не соціальна конструкція, воно переживається всередині них самих як індивідів, це цілком реально. Цей факт треба визнати. Емпірично існує відповідність між традиційними уявленнями про локалізацію божевілля в індивідах і індивідуальним досвідом цього. Однак справа в тому, що нам потрібно вийти за межі цієї концепції божевілля, щоб зіткнутися з проблемою соціального божевілля — «патології нормальності» Фромма. Можливо, люди намагаються зберегти здоровий глузд у божевільних суспільствах, а «нормальне» функціонування суспільства насправді є патологічним. Таке філософське тлумачення психічного здоров'я Е. Фроммом розширює межі «норми» та «патології» та дозволяє поглянути на проблему психічного здоров'я під іншим ракурсом.

Дещо інший підхід до проблеми психічного здоров'я запропонував австрійський психіатр Віктор Франкл, відомий представник екзистенціальної психології. У своїй праці «Людина у пошуках сенсу» говорить про те, що люди мотивуються чимось, що називається «воля до сенсу», тобто бажання знайти сенс життя. Він стверджував, що життя може мати сенс навіть у найжахливіших

обставинах і що мотивація до життя походить від знаходження цього сенсу. У його пошуку людину спрямовує совість, яка для Франкла тотожна «внутрішньому голосу», що направляє людину по шляху до досягнення здоров'я [35]. Щоб сповнити життя сенсом, отже зробити його усвідомленим, людині потрібно виявляти відповідальність, творчість у роботі, уміння переживати, – зазначає Франкл. Психотерапія, яка запропонована Віктором Франклом має назву – логотерапія, вона базується на передумові, що основною мотиваційною силою людини є пошук сенсу життя. Франкл описує її як «Третю віденську школу психотерапії» разом з ідеями з психоаналізу Фрейда та індивідуальною психологією Адлера.

Наступним напрямом психологічної науки є гештальтизм. Відносно трактування психічного здоров'я у такому напрямі як гештальтизм, варто відзначити, що для представників цього напрямку психології запорукою психічного здоров'я особистості є надбання людиною необхідних їй гештальтів, які включали б усі грані функціонування мозку. Гештальтпсихологія як науковий напрям виникла завдяки М. Вертгеймеру, В. Келеру та К. Коффці як спроба теоретично обґрунтувати деякі феномени зорового сприйняття. Замість пошуку елементів свідомості цей напрям зробив наголос на її цілісності. Керуючись принципом холізму, Вертгеймер і його послідовники виявили випадки, коли сприйняття ґрунтувалося на баченні речей як завершеного цілого, а не як окремих компонентів. Гештальти мають свої закони і характеристики. Єдиною психічною реальністю гештальтпсихологи вважали факти свідомості. Гештальтисти застосовували у дослідженнях феноменологічний метод – варіант інтроспективного методу, який не вимагає від людини розщеплювати свій досвід на елементи, а навпаки, заохочує до проникнення в реальність душевного життя якомога повніше (тут має допомогти позиція «наївного» спостерігача, не обтяженого попередніми досвідом про ідеальну модель реальності). Гештальтпсихологія знайшла продовження в сучасному напрямі психотерапії (гештальттерапія), автор якого Ф. Перлз, який застосував

феномени цілісності. Гештальтпсихологія, на противагу трактуванню свідомості як «споруди з цегли (відчуттів) і цементу (асоціацій)», стверджувала пріоритет цілісної структури, загальної організації, від якої залежать її окремі компоненти. Думка про те, що ціле не зводиться до його складових, дуже давня. На неї можна було натрапити також у працях деяких психологів-експериментаторів. Зокрема, йшлося, що одну мелодію, яку грають по-різному, людина сприймає як ту саму, у супереч тому, що відчуття при цьому абсолютно інші. Отже, її звуковий образ є особливою цілісністю. Важливими є факти, що стосуються цілісності сприйняття, неможливості звести його до відчуттів. Гештальт-терапія зосереджена на підвищенні обізнаності, свободи та самоспрямування людини. Фокусується на теперішньому моменті, а не на минулому досвіді. Гештальт-терапія заснована на ідеї про те, що на людей впливає сучасне оточення, базується на 5 основних принципах: подібності, продовження, закритості, близькості, фігури/основі та симетрії, а також порядок (також відомий як *prägnanz*).

Наступним підходом є біхевіоризм. Біхевіоризм — це підхід в психології, заснований на положенні про те, що поведінку можна науково досліджувати без звернення до внутрішніх психічних станів. Це форма матеріалізму, яка заперечує будь-яке незалежне значення для розуму. Його значення для психологічного лікування було глибоким, що зробило його одним із стовпів фармакологічної терапії. Одне з припущень біхевіористської думки полягає в тому, що свобода волі є ілюзорною, і що будь-яка поведінка визначається поєднанням сил, які складаються з генетичних факторів і середовища через асоціацію або підкріплення [36]. Стосовно підходів біхевіористів: деякі біхевіористи просто стверджують, що спостереження за поведінкою є найкращим або найзручнішим способом дослідження психологічних і психічних процесів. Інші вважають, що це фактично єдиний спосіб дослідження таких процесів, тоді як треті стверджують, що сама поведінка є єдиним відповідним предметом психології, і що загальні психологічні терміни не мають референтів і/або стосуються лише поведінки. Ті, хто

дотримується цієї точки зору, іноді називають свою сферу дослідження аналізом поведінки або наукою про поведінку, а не психологією.

Біхевіористські принципи можуть бути корисними в клінічних умовах, оскільки спостерігати за поведінкою легше, ніж аналізувати емоції. Багато фахівців із психічного здоров'я використовують підходи, засновані на біхевіористських ідеях. Наприклад, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) намагається змінити поведінку, звертаючись до нездорових або неточних думок. Замість того, щоб обговорювати минуле чи нескінченно аналізувати емоції, клієнти, які покладаються на КПТ, виявляють нездорові моделі мислення, отримують розуміння зв'язків між думками та поведінкою, а потім виконують завдання, спрямовані на зміну їхніх думок і, отже, поведінки. Наприклад, автори надають письмові та відеоілюстровані інструкції щодо використання КПТ у пацієнтів із шизофренією, біполярним розладом та важкою депресією. Важливою вважаємо думку описану в останньому розділі цієї праці, де акцент робиться на профілактиці психічного здоров'я. Автори рекомендують допомагати хворим визначити тригери рецидиву та спільно працювати над розробкою планів запобігання рецидиву. Крім того, описуються ситуації, коли участь сім'ї у процесі психотерапії може бути корисною у терапевтичному процесі, наприклад, у розпізнаванні симптомів. Нарешті, автори заохочують лікарів-клініцистів та психологів допомагати пацієнтам з пошуком сенсу життя протягом тривалого часу лікування. У книзі чітко та практично представлено КПТ стратегії подолання найбільш важких і стійких симптомів [15]. Тож, як бачимо методики, які використовуються у біхевіористському підході працюють у лікуванні та профілактиці (збереженні) психічного здоров'я. Відносно ж психосоматичного здоров'я – діапазон станів, для яких когнітивно-поведінкова терапія буде ефективним втручанням розширюється. На думку автора статті присвяченій методу КПТ у лікуванні психосоматичних розладів [15] Роба Ботвелла, цей метод буде ефективним у лікуванні таких розладів як іпохондрія, хронічна втома і атиповий біль у грудях. Також зростає тенденція до використання стратегій

на основі КПТ для допомоги пацієнтам із хронічними медичними проблемами, такими як рак, діабет та хронічний біль.

В основі базової когнітивної моделі лежить припущення, що індивідуальна реакція –відношення до події визначається не тим яка є сама подія, а тим як ця подія сприймається людиною. Простіше кажучи, те, що ми думаємо впливає на те, як ми відчуваємося та поведимося. Основною моделлю КПТ є модель, де терапевт і пацієнт працюють разом. Психолог використовує сократівський стиль запитань і під час терапії спирається на низку когнітивних та поведінкових технік.

Застосування КПТ до психосоматичних проблем. Техніка когнітивно-поведінкової терапії є простою (не примітивною, а простою у розумінні та використанні), її легко розуміють як психологи, медичні працівники, так і клієнти або ж пацієнти медичних установ. В її основі лежить науковий принцип, а результат можливо проконтролювати за допомогою спеціальних досліджень. Метод використовує неявне заохочення пацієнта взяти на себе відповідальність за свій стан. Фізичні симптоми є невід'ємною частиною моделі таким чином, це не допускає розкол розуму і тіла. І когнітивні, і поведінкові фактори можуть відігравати підтримуючу роль при психосоматичних проблемах. Глибоко вбудовані дисфункціональні переконання часто зберігаються, незважаючи на інформацію або переживання, які суперечать переконанням. Важливим є фокус переміщення уваги клієнта – як тільки особа була попереджена про потенційну загрозу, вона буде шукати способи впоратися з загрозою. Когнітивна модель, яка застосовується для профілактики психічного здоров'я, при психосоматичних розладах досить проста, вона має широке застосування і доводить свою ефективність при консультуванні клієнтів, а також метод КПТ застосовується у медичних закладах, однак це не панацея від усіх випадків. Когнітивна модель не є ефективною для клієнтів, що не мотивовані керувати своїми власними симптоми та які мають давні, складні та вкорінені проблеми [15].

У вітчизняній психологічній науці психічне здоров'я достатньо часто поставало предметом наукового дослідження і найбільш ґрунтовно розкрито у межах проблем загальної психології та психології здоров'я як окремого напрямку; медичної психології С. Максименко, К. Максименко [20], Є. Потапчук [23], Н. Світлична [34], можливості математичного моделювання психологічних процесів та копінг стратегії поведінки людини у стресових ситуаціях, як основа психологічного здоров'я у наукових доробках Л. Пріснякової [36], [37], психічне здоров'я з медичної (психіатрія) точки зору вивчає І. Спіріна [40], педагогічної та вікової психології С.Тітаренко [38], М. Андрос [3], Л. Деркач – вплив характерологічних особливостей особистості на її рівень психологічного благополуччя, на наш погляд це є одним із ключових складових психічного здоров'я особистості [11], І. Галецька [9], В. Барко [4], П. Волошин [8] розглядають проблематику психологічного здоров'я як національної безпеки. О. Корольчук [16] досліджує проблему психічного здоров'я у довоєнний час в умовах ведення АТО (2016 рік). Науковці намагалися розкрити сутність понять «психічне здоров'я» і «психічно здорова особистість», вивчити наслідки негативних впливів на психічне здоров'я та розробити відповідні заходи з його розвитку, збереження і охорони. Досліджуючи проблему прогнозування розвитку психічного здоров'я особистості С.Д. Максименко визначає психічно здорову особистість як цілісну особистість, що перебуває в постійному русі-становленні, при цьому цілісність науковець розглядає не лише як атрибут особистості, а і як систему її єдності з соціальним оточенням, з одного боку, та з біолого-генетичними власними особливостями – з іншого [20]. На думку дослідника, психічне здоров'я – аспект здоров'я взагалі, який підкреслює стан душевного комфорту, відсутність патологічних психічних проявів та здатності до ефективної діяльності і саморегуляції у відповідності до власних (відрефлексованих) цілей і інтересів людини [20]. І. В. Шаронова, розглядаючи стан проблеми психічного здоров'я в сучасних умовах життєдіяльності, говорить про психічне здоров'я як відносно стійкий стан особистості, який дає можливість

людині усвідомлено, враховуючи свої фізичні й психічні можливості, а також навколишні природні та соціальні умови, задовольняти індивідуальні, біологічні та соціальні потреби на основі нормального функціонування психофізичних систем, що забезпечують досягнення емоційного благополуччя [40]. Авторський колектив у складі І. Я. Коцана, Г. В. Ложкіна, М. І. Мушкевича, у своїй праці «Психологія здоров'я людини» [17], трактує психічне здоров'я як повноцінний розвиток і злагоджена робота всіх психічних функцій. Вважаючи, що це –внутрішній стан людини, який забезпечує адекватну дійсності регуляцію поведінки. Ярмолицька С. також зауважує на тому, що психічне здоров'я людини характеризується відсутністю виражених нервово-психічних розладів, певним резервом сил, що уможлиблює подолання несподіваних стресів або важкої ситуації, а також стійкою рівновагою між організмом і навколишнім середовищем [42]. У роботі [43] автори розділяють погляди щодо визначення психічного здоров'я як стану внутрішнього комфорту, повноцінної психологічної діяльності людини, яка виражається в бадьорому настрої, хорошому самопочутті, її активності». На наш погляд наведене визначення звужує поняття психічного здоров'я та зводять його лише до психічних процесів.

Фомич М. визначає психічне здоров'я як основу повноцінного розвитку особистості, що підкреслює відсутність у суб'єкта психічних захворювань та вбирає у себе основні прояви якостей людини як організатора і розпорядника власного життя [39]. На нашу думку, наведене визначення недостатньо відповідає певним категоріям населення, зокрема вимушеним переселенцям внаслідок воєнних дій.

Особливості суспільно-політичної обстановки в державі, військові дії у нашій країні обумовили розгляд проблеми психічного здоров'я у розрізі національної безпеки. Автори звертають увагу, що психічне здоров'я є важливою складовою національної безпеки, а його збереження має бути пріоритетним напрямком науки та державної політики [44].

Провідні фахівці у сфері психології та психіатрії акцентують увагу, що психічне здоров'я – це динамічний стан внутрішньої рівноваги, який дозволяє індивідам використовувати свої здібності в гармонії з універсальними цінностями суспільства (повага і турбота про себе та інших живих істот; визнання взаємозв'язку між людьми; повага до навколишнього середовища; повага до своєї і чужої свободи) [45]. Науковці зазначають, що використана ними концепція «динамічного стану внутрішньої рівноваги» покликана відображати той факт, що різні періоди життя вимагають змін у досягнутій рівновазі: підліткові кризи, шлюб, становлення батьками або вихід на пенсію – це хороші приклади життєвих епох, що потребують активного пошуку нової психічної рівноваги. Ця концепція також включає і визнає реальність того, що психічно здорові люди можуть відчувати відповідні людські емоції – включаючи, наприклад, страх, гнів, смуток і горе – при цьому володіючи достатньою стійкістю для своєчасного відновлення динамічного стану внутрішньої рівноваги [45].

Отже, аналіз літературних джерел показав, що на сьогодні поняття «психічне здоров'я» не має загальноприйнятого уніфікованого визначення та розглядається науковцями з різних позицій. Проте безперечним та важливим є те, що дослідження щодо розуміння сутності психічного стану особистості продовжуються внаслідок актуальності даної психологічної категорії.

1.3. Підходи до дослідження психічного здоров'я

Сьогодні не існує єдиного «правильного» підходу до дослідження психічного здоров'я. У науковій літературі виявляється плюралізм дослідних позицій стосовно трактування суті цього феномену, що відображується у декількох теоріях психічного здоров'я. Тож, проведемо огляд основних серед них.

Соціогенетичний підхід (або соціально-орієнтований), сформований Е. Еріксоном, орієнтований на комплексний аналіз психічного здоров'я

особистості, враховуючи взаємозв'язок фізичних, психологічних та соціальних чинників. Еріксон акцентував увагу на інтеграції цих аспектів у процесі розвитку особистості. Поділяючи фрейдистське бачення про ключову роль біологічних імпульсів, він також підкреслював важливість дослідження психологічного здоров'я у контексті індивідуальних морфологічних та фізіологічних особливостей людини [46]. Представниками даного підходу є Т. Лукман, П. Бергер, П. Д. Тищенко, З. Фрейд К. Хорні, Е. Фромм.

Психічне здоров'я тут постає як категорія суспільна та культурна; характеристики детерміновані специфічними соціальними умовами, культурним контекстом, національним способом життя. Головною ідеєю цього підходу є те, що цивілізація та культура має вплив на психічне здоров'я людини; а феномен психічного здоров'я де термінується культурно-історичними умовами. У даному підході головний акцент робиться не на понятті здоров'я та чинниках оздоровлення, а на поняттях соціально обумовлених механізмів патогенного впливу (вивчення патологій, те, що не прийнятно у конкретному суспільстві).

Системний підхід (комплексний). Авторами даного підходу є М. Мюррей, В. Еванс вони розглядають феномен психічного здоров'я розглядає як цілісне утворення, яке складається із підсистем -психофізичної, морально-вольової, соціальної. Взаємодіючі підсистеми утворюють нові властивості психічного здоров'я як єдиної цілісної системи. За визначенням Пошукало І. Л. [46] – це – сукупність підсистем різного рівня, що перебувають у відносинах ієрархії. Як і в багатьох високоорганізованих системах, в особистісному здоров'ї формується механізм зворотного зв'язку – реакція системи на вплив навколишнього середовища. Особистісному здоров'ю властиві як позитивний, так і негативний гомеостатичні зворотні зв'язки, що зводять зовнішній вплив до нуля. Механізм зворотного зв'язку робить систему більш стійкою, надійною та ефективною. Також він підвищує її внутрішню організованість. Саме наявність механізму зворотного зв'язку надає змогу говорити, що система доцільна. За типом взаємодії з

навколишнім середовищем особистісне здоров'я є відкритою системою, яка залежить від обміну речовиною, енергією та інформацією з навколишнім середовищем [46]. Серед переваг даного підходу є комплексне вивчення феномену психічного здоров'я.

Крос-культурний науковий підхід до розуміння сутності феномену психічного здоров'я особистості. Виявляє культурну своєрідність, яка характеризує психологічне здоров'я в контексті різних культурно-історичних умов М. Яхода [47] На сучасному етапі вченими доведений факт обумовленості стану здоров'я соціокультурними умовами середовища. «Нині здоров'я і хвороба все частіше розглядаються не як «натуральні», природні феномени (тобто стану організму і психіки), але і як досить складні артефакти, обумовлені як сучасними культурними дискурсами (концепціями, картинами світу, знаннями), так і, не меншою мірою, соціальними інститутами і технологіями».

Феноменологічний підхід, авторами якого є В. Дідьтей Л. Бінсвангер Р. Ленг, на вирішальне місце виставляє суб'єктивні переживання людини. Проблеми здоров'я і хвороби представниками цього підходу розглядаються як фундаментальні характеристики, прояви індивідуального, неповторного способу буття в світі. Феноменологічний опис заснований на базі глибинного розуміння і емпатії. Представник феноменологічного підходу Ролло Мей вважав, що людина живе сьогоднішнім, для неї найактуальніше те, що відбувається тут і зараз. У цій єдиній реальності людина формує сама себе і відповідає за те, ким вона врешті-решт стає. Він вважав, що здорова особистість кидає виклик власній долі, цінує й оберігає свою свободу і живе повним життям, чесним стосовно себе та інших. Єдність людини та її феноменологічного світу увібрав термін «буття-в-світі». При науковому застосуванні даного підходу виникають певні труднощі щодо формалізації і верифікації отриманих даних.

Наступний підхід – еволюціоністський підхід, представниками якого були К. Лоренц, В. И. Вернадський, В. П. Казначєєв, Е. А. Спіркін. Здоров'я

розглядається як фундаментальна проблема пристосування людства до навколишнього середовища. Різні аспекти духовного життя вивчаються в масштабах популяції, оскільки досягається вже не як окремий індивід, а людство як еволюційний вид, невіддільний від органічної єдності життя. Основним критерієм здоров'я стає продуктивність людини. Здійснений теоретико-методологічний аналіз означеного підходу призводить до висновку про те, що психічне здоров'я людства забезпечується шляхом збереження психічного здоров'я окремих індивідумів. Тобто, людство постає як еволюціонуючий вид.

Нормоцентричний підхід до феномену психічного здоров'я (К. Ясперс, Б. С. Братусь) розглядає здоров'я, як сукупність середньостатистичних норм сприйняття, мислення, емоційного реагування і поведінки у поєднанні з нормальними показниками соматичного стану індивіда. Здоров'я і норма при такому підході ототожнюються, вони розглядаються як синоніми. Нормоцентричний підхід отримав особливий розвиток у межах психології. Увага вчених зосереджувалася на розгляді здоров'я, в тому числі і професійного, через аномалії людської природи, у цей період поняття «норма» і «патологія» стали центральними у описі проблем здоров'я і здоров'я збереження людини. Цей підхід є зрозумілим до застосування у психологічній науці через існування категорій норма та патологія. Однак є логічна пастка, через те що норма ототожнюється зі здоров'ям, що не у всіх випадках так.

В акмеологічному підході (А. А. Бодалєв) здоров'я постає основною і необхідною умовою актуалізації вищих можливостей людської природи. З акмеологічної точки зору здорова особистість – зріла особистість. Ця наймасштабніша категорія окресленого підходу передбачає розвиток морально-етичних якостей, гуманістичної спрямованості людини, нормативності її поведінки і відносин у сфері збереження власного здоров'я. У даному підході повністю здоровими особистостями є зрілі особистості, тож постає питання: чи є здоровими ті особи, які не є зрілими? На думку автора даного підходу зрілість визначається

такими категоріями як відповідальність за власне здоров'я, турбота про інших людей, соціальна активність, а не лише високі професійні досягнення та ефективна самореалізація.

Холістичний підхід, авторами якого є Г. Олпорт, К. Роджерс, К. Г. Юнг, С. Гроф, розглядають здоров'я як цілісність; тут важлива, як і у попередньому підході, зрілість особи, а також синтез фундаментальних суперечностей людського існування. Здоров'я як системна якість, що визначає людське буття в його цілісності.

Аксіологічний підхід (А. Маслоу, А. Кемпінські) визначає здоров'я як універсальну цінність, що співвідноситься з ціннісними орієнтаціями особи і займає положення в їх ієрархії. Здоров'я взаємозв'язане з основними (базовими) цінностями, властивими людині.

Дискурсивний (диспозитивний) підхід (В. М. Розін, М. Фуко) розглядає здоров'я як продукт певного дискурсу, що має власну внутрішню логіку конструювання. Вплив цивілізації на здоров'я; виявлення культурної своєрідності, що характеризує явище здоров'я в контексті культурно-історичних умов, що розрізняються.

Теологічний підхід до розуміння проблеми психологічного здоров'я особистості розуміє суть здоров'я, як цілісність людини в єдності і гармонії її духовного і тілесного устрою. Спочатку таким був перший чоловік і прабатько людського роду Адам. Підсумком гріхопадіння і наступного спотворення людської природи, порушення ієрархії складових її структур люди втратили і повноту здоров'я. Помилкові життєві орієнтири, спотворене розуміння щастя і благополуччя, пристрасні прив'язаності і плотські зловживання, шкідливі звички, вчинені негідні вчинки, розлади і ворожнеча спричинили зниження життєвих сил, тілесні і душевні недуги. У світлі теоцентричного підходу хвороба є не тільки маркером гріха, скільки повчальним досвідом або випробуванням на благо: вона пробуджує в людині усвідомлення гріховності і прагнення до зцілення. Господь

допускає хвороби, тому що вони приміряють людей. Відновлення в людині повноти здоров'я. Святе Письмо відносить до есхатологічної перспективи – життя будучого віку. У зв'язку з цим мета історії і окремого людського буття схожі – порятунок людини поєднання її з Богом. Підсумовуючи, зазначимо, що богословська антропологія є методологічною платформою для реалізації теоцентричного підходу до проблеми психологічного здоров'я людини.

1.4. Взаємозв'язок психічного та фізичного здоров'я

Існує тісний зв'язок між психічним і фізичним здоров'ям, але мало відомо про шляхи переходу від одного до іншого. Психосоматика намагається виявити проблему, яка виникла у психіці людини та має прояв на її тілі та віднайти причини появи тілесних симптомів. Етимологія терміну «психосоматичний» означає розум або «психіка» і тіло або «сома». Іншими словами, психосоматичний розлад — це хвороба, що охоплює як розум, так і тіло. Вважається, що деякі фізичні захворювання особливо схильні до загострення психічними факторами, такими як тривога та стрес. Поточний психічний стан людини може вплинути на те, наскільки важким є фізичне захворювання в будь-який конкретний момент.

Психосоматичні захворювання можна розділити на три основні форми: до першої належать ті, хто має як психічне, так і медичне захворювання; ці захворювання ускладнюють симптоми та лікування одне одного. Друга форма включає тих, хто відчуває психіатричну проблему, яка є прямим наслідком захворювання або його лікування; депресія внаслідок раку та його лікування, наприклад. Третя форма психосоматичних захворювань — «соматоформні» розлади. Соматоформні розлади – це психічні розлади, які проявляються через фізичні проблеми. Це означає, що фізичні симптоми, які відчувають люди, пов'язані з психологічними факторами, а не з медичною причиною.

Соматоформні розлади можуть включати наступне: розлад соматизації – розлад, при якому людина відчуває фізичні скарги, такі як діарея, головні болі, передчасна еякуляція, або ті, які не мають фізичної причини. Конверсійний розлад: розлад, при якому людина відчуває неврологічні симптоми, що впливають на її рухи та відчуття, які, здається, не мають фізичної причини. Симптоми можуть включати сліпоту, судоми або параліч. Дистрофічний розлад тіла: одержимість або заклопотаність уявним чи незначним недоліком, таким як зморшки, маленькі груди або розмір чи форма іншої частини тіла людини. Дистрофічний розлад тіла викликає сильну тривогу та може вплинути на здатність людини функціонувати як зазвичай у повсякденному житті. Іпохондрія: фіксація або одержимість страхом мати серйозну форму захворювання. Люди з іпохондрією неправильно сприймають звичайні функції організму або незначні симптоми як серйозні або навіть небезпечні для життя.

Певною мірою більшість захворювань справді є психосоматичними; вони залучають тіло та розум людини. У кожної фізичної хвороби є психічний аспект. Те, як людина реагує на хворобу та справляється з нею, залежить від людини. Висип при псоріазі; наприклад, може не надто турбувати деяких людей. Проте висипання, що покривають ті самі частини тіла в іншій людині, може спричинити її пригніченість і погіршення стану. Можливі фізичні наслідки психічного захворювання. Наприклад; деякі люди з психічними захворюваннями можуть не піклуватися про себе, не харчуватися належним чином або піклуватися про себе, що може спричинити фізичні проблеми. Біль у грудях, наприклад, може бути спричинений стресом, але фізичного захворювання не виявлено. Загальновідомо, що розум може викликати фізичні симптоми. Коли людина хвилюється або боїться; наприклад, вони можуть розвинути: тремор, нудота, пітливість, сухість у роті, головні болі, біль у грудях, серцебиття, пошвидшення пульсу, збільшення частоти дихання.

Фізичні симптоми викликані підвищеною активністю нервових імпульсів, що надсилаються від мозку людини до різних частин тіла, а також викидом адреналіну в кров людини, коли вона тривожна. Точний спосіб у який розум людини може викликати певні додаткові симптоми, залишається неясним. Достовірно невідомо, як розум людини може впливати на реальні фізичні захворювання. Це може бути пов'язано з нервовими імпульсами, що надходять до тіла людини, що до кінця не вивчено. Є певні докази того, що мозок може мати здатність впливати на певні клітини імунної системи, які беруть участь у різних фізичних захворюваннях.

Точна причина соматоформних розладів до кінця не вивчена. Вважається, що соматоформні розлади є «сімейними», тобто генетична схильність може відігравати певну роль. Соматоформні розлади також можуть бути викликані сильними емоціями, такими як тривога, травма, горе, депресія, стрес, почуття провини або гніву. Люди, які відчувають соматоформні розлади, як правило, не визнають ролі цих емоцій у їхніх фізичних симптомах. Вони не є; однак, навмисно викликаючи фізичні симптоми або вигадуючи свої фізичні проблеми. Їх фізичні симптоми реальні, але спричинені психологічними факторами. Наразі не існує «ліків» від соматоформних розладів. Лікування зосереджується на встановленні послідовних і підтримувальних стосунків між людиною та її лікарем. Направлення до психіатра може допомогти людині з соматоформними розладами впоратися зі своїми симптомами. Незважаючи на те, що лікування може бути важким, ті, хто відчуває соматоформні розлади, можуть жити добре, навіть якщо вони продовжують відчувати симптоми.

Соматоформні розлади є основними формами психосоматичних захворювань. Фізичні симптоми соматоформних розладів надто реальні, вони мають психологічні корені, а не фізичні причини. Симптоми часто нагадують симптоми медичної хвороби. Люди, які відчувають соматоформні розлади, можуть пройти комплексне тестування та медичне обстеження, щоб з'ясувати причину

симптомів, які вони відчують. До соматоформних розладів відносяться: іпохондрія, конверсійний розлад, розлад соматизації, дисморфічний розлад тіла.

Розлади можуть спричиняти труднощі в повсякденному житті людини, включаючи академічні, соціальні та професійні проблеми. Люди, які відчують дисморфічний розлад тіла, можуть бути одержимі тим, що насправді є незначними недоліками у своїй зовнішності, або можуть сприймати недоліки там, де їх насправді немає. Загальні проблеми включають втрату волосся, форму та розмір таких особливостей тіла, як ніс, груди чи очі, а також зморшки та збільшення ваги. Симптоми та пов'язана з ними поведінка дисморфічного розладу тіла можуть включати наступне: уникнення дзеркал, депресія і тривога, уникати появи на публіці, відхід від соціальних ситуацій, постійна перевірка зовнішнього вигляду в дзеркалі, бажання запевнити інших щодо зовнішнього вигляду людини.

Симптоми конверсійного розладу зазвичай виглядають як неврологічні проблеми і можуть включати подвійне зір або сліпоту, втрату чутливості, труднощі з ковтанням, а також порушення координації або рівноваги. Симптоми, які може відчувати людина з розладом конверсії, також включають судоми, проблеми із затримкою сечі, нездатність говорити, параліч або слабкість.

Симптоми іпохондрії. Іпохондрія – це стан думки, що звичайні функції організму або незначні симптоми є серйозним захворюванням. Людина з іпохондрією може інтерпретувати головний біль як пухлину головного мозку, або біль у м'язах як ознаку загрозливого паралічу. Загальні симптоми іпохондрії можуть включати: тривогу, депресію, повторні візити до лікаря до встановлення діагнозу, відчуття, що лікар зробив помилку, не встановивши причину симптомів, постійно шукати запевнення від членів родини та друзів щодо симптомів, які вони відчують.

Симптоми розладу соматизації. Розлад соматизації характеризується фізичними симптомами без фізичної причини. Розлад соматизації може мати деякі

інші симптоми. Ці симптоми можуть включати наступне: біль, втома, нудота, діарея, блювання, головний біль, запор, біль у животі.

Люди, які відчувають соматоформні розлади, схильні до ризику суїцидальних думок і дій. Люди з соматоформними розладами також схильні до ризику розвитку великої депресії.

Важливим для нас видалось проаналізувати дослідження прямих та непрямих впливів минулого психічного здоров'я на теперішнє фізичне здоров'я та навпаки – минулого фізичного здоров'я на теперішнє психічне здоров'я, використовуючи вибір способу життя та соціальний капітал у як «джерело формування нормальності» (далі у тексті підрозділу ми більш детально дамо пояснення цьому терміну). За основу взяті результати Англійського лонгітюдного дослідження старіння організму, проведеного у період з 2002 по 2012 [48]. Психічне здоров'я тут вимірювалося за Шкалою депресії Центру епідеміологічних досліджень, а фізичне здоров'я – за повсякденною діяльністю (активністю). Результати, отримані у ході дослідження свідчать про те, що є значні прямі та непрямі впливи на обидві форми здоров'я [48]. Прямий/непрямий вплив на психічне здоров'я з боку тіла; прямий/непрямий вплив з боку тіла на психічне здоров'я. Тож, спираючись на психологічні дослідження, варто зазначити наступне: фізичне та психічне здоров'я можуть впливати одне на одного через роботу. Погіршення фізичного (або психічного) здоров'я може означати втрату заробітної плати або продуктивності, зменшуючи доступ до здоровішої їжі та навколишнього середовища. Цей ефект доходу негативно впливає на психічне (або фізичне) здоров'я. Подібні негативні наслідки для здоров'я також можуть бути спричинені недосипанням або стресом на роботі, пов'язаним із психічним (або фізичним) станом здоров'я. По-друге, психічне здоров'я може впливати на процес прийняття рішень особами, погіршуючи їхню здатність отримати доступ до інформації про своє здоров'я, про профілактику та про якість постачальників медичних послуг, і таким чином впливати на їх фізичне здоров'я. По-третє, фізичне та психічне здоров'я пов'язане

з вибором способу життя, таким як фізична активність, куріння, вживання алкоголю та дієта. Декілька досліджень виявили, що фізична активність негативно пов'язана з депресією/тривожними розладами та поганим станом здоров'я. Систематичні огляди знаходять переконливі докази позитивного впливу фізичних вправ на психічне та фізичне здоров'я людей. Імовірно, має місце зворотній причинно-наслідковий зв'язок, оскільки люди з кращим фізичним і психічним здоров'ям також частіше займаються фізичними вправами. Систематичний огляд відмови від куріння та психічного здоров'я знаходить загальні докази зниження депресії, тривоги та стресу після втручання з припиненням куріння. Ймовірно, має місце зворотній причинно-наслідковий зв'язок, оскільки рівень куріння вдвічі вищий серед дорослих із депресією або тривожними розладами. Було виявлено, що помірне споживання алкоголю позитивно впливає як на психічне, так і на фізичне здоров'я. Надмірне вживання алкоголю та утримання негативно впливають на стан здоров'я та передбачають погіршення фізичного та психічного здоров'я. Вибір дієти є ще одним важливим фактором способу життя у функції здоров'я. Низькоякісна дієта пов'язана з вищим ризиком смертності виявили сильний і позитивний зв'язок збільшення споживання фруктів із підвищенням добробуту та щастя. Нарешті, соціальні взаємодії є критично важливими факторами здоров'я. Виявлений сильний позитивний зв'язок між соціальною взаємодією та психічним здоров'ям. Було виявлено, що самотність і соціальна ізоляція пов'язані з підвищеним ризиком смертності, враховуючи вихідне психічне та фізичне здоров'я систематичний огляд показує постійний вплив соціальних відносин на зниження ризику смертності. У літературі також були встановлені зворотні причинно-наслідкові шляхи, коли фізичні вади та слабке психічне здоров'я спричиняють більшу ізоляцію.

Повертаємось для значного для нашого дослідження терміну соціальний капітал – об'ємне поняття, яке включає у себе усі форми комунікації людини, починаючи від сім'ї, робота, друзів до більш далекого спілкування сусіди, далекі

родичі, знайомі, жителі одного міста, жителі однієї країни (суспільство). Цінності суспільства. Соціальний капітал може мати позитивну дію на людину – ментальне збагачення та негативну дію – соціальна ізоляція, самотність і відчуження. Це сильні фактори ризику для покращення/ погіршення здоров'я та становлять високий ризик для здоров'я як для літнього населення, так і для інших вікових груп. На думку авторів дослідження подібного факту можна уникнути, що позбавить людину від тягара душевних, а як наслідок фізичних хвороб. На наш погляд, це системна робота, яка та системна відповідальність.

Відносно ж практики терапії соматоформних розладів, які складають більшість психосоматичних захворювань, може бути складним завданням. Після виключення фізичних причин симптомів у людини, зазвичай зосереджується на встановленні довірливих і підтримувальних стосунків між людиною та її психоаналітиком. Рекомендовано регулярні огляди як одна з найважливіших частин лікування. Психолог також може направити людину до психіатра для допомоги в лікуванні розладу, де буде запропонована дієва психотерапія; зокрема когнітивно-поведінкова терапія (про методи КПТ для покращення психічного здоров'я описали вище), може бути ефективною для полегшення деяких основних психологічних факторів, що викликають фізичні симптоми людини. Навчання здоровому управлінню стресом за допомогою методів управління стресом може бути частиною терапії людини. Якщо можна ідентифікувати певний психічний розлад, наприклад депресію, важливий комплексний підхід, де пропонується співпраця психолога та психіатра. Симптоми соматоформного розладу можуть тривати, незважаючи на спроби когнітивно-поведінкової терапії. Коли це трапляється, лікування може бути спрямоване на надання симптоматичного полегшення та допомогу людям жити своїм життям. Ліки можуть бути призначені для полегшення таких симптомів, як втома, головний біль або проблеми з травленням. Щоб покращити розлад людини, намагаючись контролювати її соматоформні симптоми, можна включати деякі інші речі. Ці речі включають в себе практикування методів

управління стресом, дотримання регулярних планових оглядів і дотримання плану лікування, розробленого людиною та її лікарем.

Висновки до розділу 1

На сьогодні серед учених теоретиків та практиків із різних сфер, які вивчають проблематику психічного здоров'я є однаковість у тому, що психічне здоров'я це не виключно позитивні емоції, почуття та позитивне функціонування. Переживання позитивних або негативних почуттів повинно бути адекватною реакцією на зовнішні події та подразники.

Всесвітня організація охорони здоров'я виділяє три ключові компоненти психічного здоров'я: 1) емоційне благополуччя; 2) психологічне благополуччя; 3) соціальне благополуччя (соціальний добробут).

Визначення світовою науковою спільнотою всеосяжного сучасного наукового визначення психічного здоров'я, яке було б максимально універсальним для усіх культур немає, при цьому є однаковість щодо того, що психічне здоров'я це не просто відсутність психічних захворювань.

Психічне здоров'я – це динамічний стан внутрішньої рівноваги, який дозволяє індивідам використовувати свої здібності в гармонії з універсальними цінностями суспільства. Важливою умовою психічного здоров'я є відсутність стигматизації та соціального відчуження.

Аналіз соціальних моделей стигматизації, дискримінації та відчуження, які перешкоджають соціальній участі наступні:

ОСОБИСТІСТЬ		СОЦІУМ
ЗДОРОВА ОСОБИСТІСТЬ		ЗДОРОВЕ СУСПІЛЬСТВО (+,+);
НЕЗДОРОВА ОСОБИСТІСТЬ		ЗДОРОВЕ СУСПІЛЬСТВО (-, +);
НЕЗДОРОВА ОСОБИСТІСТЬ		НЕЗДОРОВЕ СУСПІЛЬСТВО (-, -);
ЗДОРОВА ОСОБИСТІСТЬ		НЕЗДОРОВЕ СУСПІЛЬСТВО (+,-).

Виходячи із залежностей та зв'язку між людиною та суспільством, у якому вона проживає, формується модель позитивного/негативного взаємного впливу та відповідно умов для покращення/погіршення психічного здоров'я. У цьому контексті вкрай важливим постає питання визначення норми та патологічних станів, які будуть відправною точкою для позначення меж нормальності та психічного здоров'я. Дослідники психічного здоров'я особистості, починаючи від Зігмунда Фрейда і закінчуючи сучасними трактуваннями та підходами до психічного здоров'я, вбачали у ньому різне, тому поняття норма та патологія були різними та із часом змінювались. Так, З. Фрейд психічне здоров'я трактував через патологічні зміни, відповідно відсутність патологічних змін є умовою психічного здоров'я. Для К. Г. Юнга страждання від психічного розладу було частиною самоцілення. Тіло та розум таким чином намагаються вирішити певну проблему. В період хвороби людина більшою мірою здатна до саморефлексії. А. Адлер у своїй концепції психічного здоров'я робить акцент на те як людина інтегрується у соціальний контекст. Тобто, людина розвивається виключно у суспільстві. Холізм (єдність душі та тіла) вказує на доцільність когнітивно-поведінкової терапії у лікуванні та профілактиці психічного здоров'я. Представники гуманістичного напрямку психології (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл) концепцію психічного здоров'я вбачають у здатності людей до самовдосконалення, а дисфункція полягає у незадоволенні потреб від найнижчих до найвищих (за Маслоу); дещо інший термін підібраний Роджерсом – самоактуалізація, де здатність та прагнення до неї людиною є ознакою психічного здоров'я, тоді як дисфункцією є погане самосприйняття та зовнішні обмеження. Психічно здоровою людиною, за Роджерсом є та, у якої співпадають Я-ідеальне та Я-реальне. Для психічно здорової людини притаманні такі категорії: самосвідомість, емпатія, гнучкість, комунікативні навички. Е. Фромм психічне здоров'я трактує через взаємодію особистості із соціальним контекстом та екзистенційними потребами. Формується два типи людини продуктивний та непродуктивний, що є синонімами до слова

здоровий та нездоровий. Його філософський підхід розширює межі розуміння норми та патології. В. Франкл у психічному здоров'ї вбачав пошук та, головне, знаходженні сенсу життя людиною, що робить її психічно здоровою; тоді як втрата сенсу життя призводить до втрати здоров'я.

Гештальтизм сповідує принцип холізму як єдності усіх елементів свідомості. Ф. Перлз трактує психічне здоров'я через феномен цілісності сприйняття.

Біхевіоризм базується на аналізі поведінки та використовує когнітивно-поведінкову терапію як метод зміни поведінки через звернення до нездорових або неточних думок. Широко використовується в клінічній практиці. Як і у попередніх дослідників (Франкл, Фромм) у процесі терапії ведеться пошук сенсу життя; також використовується сократівський стиль запитань. У когнітивно-поведінковому підході діє принцип взаємовпливу психіки та тіла.

Щодо вивчення феномену психічного здоров'я на теренах нашої держави, перелік буде значним та, нажаль неповним, через формальні межі дослідницької праці. Тож, С. Д. Максименко психічно здоровою особою вбачає таку, яка є цілісною та перебуває у русі-становленні (процес перманентного розвитку особистості). Колектив авторів: І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич, в книзі «Психологія здоров'я людини», трактують психічне здоров'я як повноцінний розвиток і злагоджена робота всіх психічних функцій.

Узагальненою картиною сучасних підходів до психічного здоров'я є: соціогенетичний (як комплексне дослідження психічного здоров'я; психічне здоров'я як категорія суспільна та культурна; вивчає патологію культур), системний (здоров'я складається з ієрархічно побудованих підсистем різного рівня; діє механізм зворотного зв'язку з боку зовнішнього середовища); крос-культурний (визначає культурну специфіку, що характеризує психічне здоров'я в залежності від культурних та історичних умов існування людини); феноменологічний (суб'єктивні переживання людини – основа психічного здоров'я. Патологічні стани – прояви суб'єктивного, виняткового способу життя в світі). Даний підхід важко

застосовувати у медичній практиці та науковому обґрунтуванні через нечітку формальну структуру, де поняття норма та патологія буде виключно персоніфікованим. При цьому, індивідуальний підхід має більшу деталізацію порівняно із іншими підходами до психічного здоров'я; еволюціоністський (психічне здоров'я постає ґрунтовною проблемою адаптації людства до оточуючого світу); нормоцентричний (психічне здоров'я це певні середньостатистичні норми перцепції, мислення, реагування та діяльності, а також з нормальні показники соматичного стану людини); акмеологічний (психічне здоров'я це головна необхідна умова актуалізації людського потенціалу. Зріла особистість є здоровою особистістю); холістичний (здоров'я як цілісність); аксіологічний (психічне здоров'я як універсальна цінність); дискурсивний (вивчає вплив цивілізації на психічне здоров'я людини; здоров'я у за різних культурних та історичних умов); теологічний (психічне здоров'я це цілісність особи у єднанні та гармонії духовного і тілесного укладу).

Бачимо, що більшість підходів складовими психічного здоров'я вбачають дві складові: психіку та тіло. Як правило проблеми у психіці людини мають прояви на її тілі (та навпаки). А соматоформні розлади є основною формою психосоматичних розладів, тобто тих розладів, які формуються у психіці людини (стан психічного здоров'я) та мають прояв на її тілі, при цьому симптоми реальні. Важливим є прямий та непрямий вплив минулого людини на її теперішній психічний стан та соматичні прояви хвороби. Соціальна складова (соціальний капітал, соціальне благополуччя, соціальний контекст) є невід'ємною складовою психічного здоров'я як окремої особистості так і суспільства в цілому із існуючими у ньому нормами та цінностями.

РОЗДІЛ 2

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНОГО СТАНУ ЗОВНІШНІХ ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

2.1. Критерії психічного здоров'я особистості

Психічне здоров'я є важливим аспектом загального благополуччя людини, що визначає її здатність адаптуватися до змін, встановлювати міжособистісні контакти, ефективно справлятися зі стресом та жити повноцінним життям. Особливої уваги це набуває в контексті зовнішньо переміщених осіб, які зазнають значного емоційного, соціального та психологічного тиску внаслідок втрати дому, розлуки з близькими та адаптації до нових умов життя.

Розглянемо питання щодо критеріїв психічного здоров'я, які виступають основою для оцінки стану людей, що перебувають у складних життєвих обставинах. Розуміння критеріїв дозволяє визначити, як соціальні, психологічні та культурні чинники впливають на адаптацію зовнішньо переміщених осіб.

До основних критеріїв психічного здоров'я (ВООЗ) відносяться наступні:

- усвідомлення і відчуття безперервності, постійності й ідентичності власного фізичного і психічного «Я»;
- почуття сталості та ідентичності переживань в однотипних ситуаціях;
- критичність до себе, власної психічної діяльності та її результатів;
- відповідність психічних реакцій (адекватність) силі і частоті середовищних впливів, соціальним обставинам і ситуаціям;
- здатність до управління власною поведінкою відповідно до соціальних норм, правил, законів;
- здатність планувати власну життєдіяльність і реалізовувати її;
- здатність змінювати спосіб поведінки залежно від зміни життєвих ситуацій і обставин [49].

Отже, цей підхід акцентує увагу на гармонійному функціонуванні людини в її соціальному, професійному та емоційному житті.

У монографії Марі Яходи «Current concepts of positive mental health» [47] щодо досліджень психічного здоров'я розкривається важливе питання стосовно підходів загального розуміння психічного здоров'я. Марі Яхода зазначає, що психічне здоров'я можна визначити одним із двох способів, а саме як відносно постійну й довготривалу функцію особистості, що призводить до передбачуваних відмінностей у поведінці та почуттях залежно від стресів і напруги ситуацій, у яких перебуває людина або як миттєву функцію особистості та ситуації. Актуальність цього розрізнення автор ілюструє прикладом щодо фізичного здоров'я, коли сильна людина з сильною застудою відповідно до першого підходу розглядається як здорова, а за другим підходом є хворою. Тому значна частина плутанини в області психічного здоров'я виникає через нездатність встановити, чи йдеться про психічне здоров'я як про постійну властивість людини, чи як про тимчасову характеристику функціонування.

Марі Яхода виділяє наступні критерії психічного здоров'я:

1. Ставлення до себе. Психічно здорове ставлення до себе характеризується самосприйняттям (людина навчилася жити з собою, приймаючи як свої обмеження, так і можливості), самовпевненістю (думка, що в цілому людина є «хорошою», здатною і сильною) або самостійністю (незалежність від інших).
2. Розвиток, зростання та самоактуалізація. Ця група критеріїв, на відміну від першої, характеризує не самосприйняттям, а те, що людина робить із собою протягом певного періоду часу.
3. Інтеграція як категорія передбачає баланс психічних сил в індивідуумі, об'єднувальний погляд на життя та стійкість до стресу.
4. Автономія виділяє ступінь незалежності індивіда від соціальних впливів як один із найбільш показових аспектів стану його психічного здоров'я.
5. Адекватність сприйняття реальності особистістю.

6. Здатність до опанування навколишнього середовища, яка характеризується наступними показниками: здатність любити, адекватність у коханні, роботі та грі (досягнення гармонії та ефективності в різних сферах життя, адекватність у міжособистісних відносинах, ефективність у задоволенні ситуативних вимог, здатність до адаптації та пристосування як вміння змінюватися і реагувати на нові умови і ситуації, ефективність у вирішенні проблем [47].

Марі Яхода пропонує багатовимірний підхід до оцінки психічного здоров'я, який охоплює як внутрішні характеристики особистості, так і її здатність ефективно взаємодіяти із зовнішнім середовищем. Ці критерії є основою для розуміння гармонійного розвитку людини та її адаптації до соціального і психологічного контексту. Критерії Марі Яходи демонструють, що психічне здоров'я – це не лише відсутність розладів, а й наявність позитивних характеристик, які дозволяють людині жити повноцінним життям. Цей підхід є актуальним у сучасному суспільстві, оскільки він акцентує увагу на розвитку особистості, гнучкості мислення та ефективній адаптації до змінних умов.

Відповідно до підходу ВООЗ, ризики для психічного здоров'я та захисні чинники проявляються в різних масштабах внаслідок впливу місцевих та глобальних загроз. Місцеві загрози підвищують ризик для психічного здоров'я для окремих людей, родин та громад, у той час як глобальні загрози підвищують ризик для психічного здоров'я для населення в цілому та включають економічні спади, спалахи захворювань, надзвичайні гуманітарні ситуації та вимушене переміщення людей [50]. Як доречно зазначає Карамушка Л. М. [50], що у контексті ризиків та загроз найбільшим негативним чинником, що негативно впливає не тільки на психічне здоров'я, а й на загрозу життя людей і прояви насильства щодо них, є війна.

Основні когнітивні та соціальні навички, здатність розпізнавати, виражати та модулювати свої емоції, а також співчувати іншим; гнучкість і здатність справлятися з несприятливими життєвими подіями та виконувати соціальні ролі; і

гармонійний взаємозв'язок між тілом і розумом представляють важливі компоненти психічного здоров'я, які, в різному ступені, сприяють стану внутрішньої рівноваги [45]. Головними критеріями його є адаптивність психічної діяльності, поведінки, адекватних віку та впливу, властивостям середовища; насамперед стосується механізмів, структури психічних процесів та станів, здатності саморегуляції та регуляції власної діяльності, координації діяльності згідно з існуючими нормативами, а також функціональної ресурсності [16].

Теорія Рационально-емоційної поведінкової терапії (РЕПТ) в контексті психічного здоров'я базується на ідеї, що психічне здоров'я залежить від того, як людина інтерпретує події, а не від самих подій. Відповідно до цього РЕПТ встановлює наступні критерії психологічного здоров'я:

1. Дотримання власних інтересів. Розумні та емоційно здорові люди зазвичай надають перевагу своїм особистим інтересам та ставлять їх трошки вище, ніж інтереси інших людей. Вони можуть жертвувати собою до певної міри ради тих, кого вони цінують, але ніколи не повністю віддаються цьому.

2. Соціальний інтерес. Соціальний інтерес раціональний і зазвичай є особистим інтересом, оскільки більшість людей обирають життя та відпочинок в соціальних групах чи суспільстві. Якщо вони не дотримуються моралі, не поважають права інших і не сприяють соціальному виживанню, їм важко створити світ, в якому їм би було комфортно та щасливо.

3. Саморегуляція. Здорові люди зазвичай беруть на себе відповідальність за своє життя та в той же час воліють співпрацювати з іншими. Вони не потребують суттєвої допомоги та підтримки і не вимагають її від інших, хоча вони можуть цінувати це.

4. Висока терпимість до фрустрації. Рациональні люди надають собі і іншим право на помилки. Навіть якщо їм сильно не подобається своя власна поведінка чи поведінка інших людей, вони не схильні осуджувати себе та інших, а лише оцінюють неприпустимі та нестерпні вчинки.

5. Гнучкість. Здорові та зрілі люди мають гнучке мислення, готові змінюватися, не фанатичні та плюралістичні у своїх поглядах на інших людей. Вони не встановлюють жорстких і незмінних правил для себе чи інших.

6. Прийняття невизначеності. Здорові чоловіки та жінки схильні визнавати та приймати ідею, що ми живемо в світі ймовірностей та випадковостей, де не існує і, можливо, ніколи не буде абсолютної визначеності

7. Відданість творчим заняттям. Більшість людей почуваються здоровішими і щасливішими, коли вони повністю поглинені чимось зовнішнім по відношенню до себе і мають принаймні один сильний творчий інтерес або заняття, яке вважають настільки важливим, що організують навколо нього значну частину свого життя

8. Наукове мислення. Менш тривожні індивіди мають тенденцію до більш об'єктивного, реалістичного та наукового мислення, ніж тривожніші. Вони можуть глибоко відчувати і діяти відповідно до почуттів, але можуть регулювати свої емоції та дії, рефлексуючи їх та оцінюючи їх наслідки, у термінах того, якою мірою вони сприяють досягненню короткострокових та довготривалих цілей.

9. Прийняття себе. Здорові люди зазвичай радіють тому, що вони живі, і приймають себе лише тому, що живуть і можуть цим насолоджуватися. Вони не оцінюють свою внутрішню значимість за зовнішні досягнення чи за те, що про них думають інші. Вони щиро обирають безумовне прийняття себе (БПС) і намагаються не оцінювати себе — свою загальність чи своє буття. Вони прагнуть насолоджуватися, а не самостверджуватися.

10. Ризикованість. Емоційно здорові люди схильні приймати ризики і намагатися робити те, що вони хочуть, навіть якщо існує велика ймовірність невдачі. Вони сміливі, але не безрозсудні.

11. Відкладений гедонізм. Добре пристосовані люди зазвичай прагнуть і до насолоди миті, і до тих радощів життя, які обіцяє майбутнє; вони рідко зачиняють очі на майбутні втрати на користь миттєвих надбань. Вони гедоністичні, тобто прагнуть до щастя і уникають болю, але дозволяють собі усвідомлювати, що ще

доведеться прожити якийсь час і тому слід думати не тільки про сьогодні, а й про завтрашній день і не дозволяти миттєвим насолодам оволодіти собою.

12. Антіутопізм. Здорові люди приймають як факт, що утопія недосяжна і що їм ніколи не вдасться отримати все, що вони хочуть, або позбутися всього, що причиняє біль. Вони не намагаються нереалістично боротися за загальне щастя, досконалість і радість чи за повне відсутність тривоги, депресії, самобичування і жорстокості.

13. Відповідальність за свої емоційні розлади. Здорові особистості беруть на себе значну частину відповідальності за свої емоційні проблеми, а не звинувачують, захищаючись, інших чи соціальні умови в власних самозруйнівних думках, почуттях і діях [52].

РЕПТ пропонує чіткі критерії психологічного здоров'я, які базуються на розвитку раціонального мислення, прийнятті себе та світу, адаптації до змін і відповідальності за власне життя. Це робить теорію ефективним інструментом у роботі з емоційними розладами та загальним покращенням якості життя.

У роботі І. Д. Спіріної [40] виділено три основні групи чинників, під впливом яких формується стан психічного здоров'я людини, а саме біологічні, психологічні та соціальні фактори.

Біологічні фактори – це фактори, зокрема біохімічні процеси в мозку та генетичні взаємодії, які мають доведену роль щодо впливу на психічне здоров'я, що підтверджено дослідженнями останніх десятиліть завдяки розвитку нейронаук [40]. До інших важливих біологічних чинників належать пошкодження мозку внаслідок травм або гіпоксії, інфекції, залежність від психоактивних речовин, а також гормональні та метаболічні порушення, які впливають на людину протягом усього життя — від перинатального періоду до старості [40].

Психологічні фактори мають критичне значення для підтримання психічного благополуччя та формування ризиків психічних розладів. Найбільший вплив ці чинники мають у дитинстві та підлітковому віці, адже відсутність турботи,

емоційної підтримки чи належної уваги до дитини негативно позначається на її самооцінці та формуванні особистості. Значущі психологічні події, такі як втрата батьків чи проживання в умовах катастроф або військових конфліктів, можуть спричинити серйозні травми та залишити тривалий слід у психіці [40].

Взаємозв'язок соціального середовища та психічного здоров'я є надзвичайно сильним. Серед ключових факторів - економічні труднощі, безробіття, відсутність житла, соціальна ізоляція. Недостатня підтримка вразливих груп населення, участь у збройних конфліктах, а також вплив природних катастроф і техногенних аварій збільшують ризик психічних порушень. До цього переліку можна додати расову та гендерну дискримінацію, труднощі адаптації через еміграцію чи вимушене переселення, розлучення, психологічно важкі умови праці тощо [40].

Традиційний поділ на три групи факторів (біологічні, психологічні, соціальні) є корисним для базового розуміння, проте для більш глибокого розуміння психічного здоров'я доцільно доповнити їх наступними групами факторів, зокрема екологічні, технологічні та індивідуальні.

Екологічні фактори негативно впливають мозкову діяльність та психічне здоров'я внаслідок забруднення довкілля, токсинів, поганої якості повітря, води та їжі. А також життєве середовище, зокрема міське чи сільське, рівень шуму, доступність зелених зон можуть суттєво впливати на рівень стресу та відповідно психічного здоров'я.

Технологічні фактори включають інформаційні потоки, зокрема надлишок інформації або постійний доступ до новин може спричиняти стрес і тривожність (особливо під час криз чи воєнних дій). Також постійне використання соціальних мереж, відеоігор чи інших цифрових технологій може викликати порушення сну, соціальну ізоляцію або емоційне виснаження.

Серед індивідуальних факторів можна виділити наступні аспекти:

- здоровий спосіб життя, тобто раціональне харчування, фізична активність і достатній сон, є базовими елементами для підтримання

- рівень саморегуляції, тобто здатність контролювати власні емоції, думки й поведінку, що значною мірою визначає стійкість до психічних розладів;
- рівень тривожності як особистісної, так і ситуативної;
- особистісні особливості, зокрема риси характеру, темперамент, рівень емоційного інтелекту, особистісний тип (наприклад, інтроверт чи екстраверт) також впливають на стійкість до стресу;
- вік та стать особистості.

Таким чином, ці фактори, поєднуючись, формують складну систему взаємодій, яка визначає психічний стан людини та її здатність справлятися з життєвими викликами.

У професійній літературі розрізняють п'ять ступенів стану психічного здоров'я:

1. Ідеальна норма - це поведінка, яка підтримується культуральною групою, оскільки вона є бажаною або оптимальною, тобто соціально запропонованим зразком.

2. Середньостатистична норма - стан психолого-психіатричних характеристик, що відображають норму для певної популяції (з урахуванням статі, віку, соціального стану, екологічних особливостей регіону проживання).

3. Конституціональна норма означає, що кожний конституціональний тип схильний до певного типу психологічного реагування і до певного кола психічних і поведінкових розладів.

4. Акцентуація - варіант психічної норми, який характеризується особливою виразністю або загостренням деяких рис характеру, що визначає специфіку уразливості людини до певних психічних і поведінкових розладів, наприклад, до залежної поведінки.

5. Передхвороба - це стан, при якому вже є деякі симптоми психічних і поведінкових розладів (зазвичай невротичного рівня), але соціальна адаптація збережена [49].

Психічне здоров'я може бути класифіковане за різними критеріями, які допомагають краще зрозуміти його стан та визначити підходи до його підтримки та покращення (табл.2.1)

Таблиця 2.1

Класифікація психічного здоров'я

Види	Характеристика
1	2
За рівнем психологічного благополуччя	
Високий рівень	Людина відчуває загальне задоволення життям, здатна ефективно справлятися зі стресами, має позитивний настрій та здорові міжособистісні стосунки
Середній рівень	Людина має деякі труднощі або проблеми, але здатна функціонувати в основних сферах життя. Можуть виникати періодичні стреси або емоційні проблеми, але вони не є серйозними
Низький рівень	Значні проблеми, включаючи стрес, тривогу, депресію або інші психічні розлади, які суттєво впливають на здатність функціонувати в повсякденному житті. Необхідна професійна допомога
За наявністю або відсутністю психічних розладів	
Нормальне психічне здоров'я/ відсутність психічних розладів	Відсутність значних психічних розладів або порушень. Особа здатна ефективно справлятися зі стресами і викликами повсякденного життя
Психотичні розлади	Шизофренія, шизоафективний розлад
Розлади харчової поведінки	Анорексія, булімія, компульсивне переїдання
Розлади особистості	Антисоціальний, нарцисичний, прикордонний (бордерлайн) розлади особистості
Когнітивні розлади	Деменція, хвороба Альцгеймера
Соматоформні розлади	Іпохондрія, соматизаційний розлад
Розлади, пов'язані з вживанням речовин	Залежність від алкоголю, наркотиків, інших речовин
За віковими групами	
Дитячі та підліткові психічні розлади	Включають порушення розвитку, поведінкові розлади, тривожні розлади, депресію в дитячому віці
Дорослі психічні розлади	Включають широкий спектр розладів, таких як депресія, тривога, біполярний розлад, шизофренія
Геріатричні психічні розлади	Включають деменцію, хворобу Альцгеймера, депресію у літніх людей, психотичні розлади, пов'язані з віком
За тривалістю проявів	
Гострі психічні розлади	Розлади з швидким початком і короткочасними симптомами. Наприклад, гостра стресова реакція
Хронічні психічні розлади	Розлади з тривалими симптомами, які можуть зберігатися роками. Наприклад, шизофренія, біполярний розлад

Продовження табл. 2.1

1	2
За ступенем важкості	
Легкі психічні розлади	Симптоми незначні і не сильно впливають на повсякденне життя. Наприклад, легка форма тривожного розладу
Помірні психічні розлади	Симптоми більш виражені і можуть впливати на повсякденне життя, але людина все ще здатна функціонувати. Наприклад, депресія середнього ступеня.
Важкі психічні розлади	Симптоми суттєво впливають на здатність людини функціонувати у повсякденному житті. Наприклад, важка депресія, шизофренія

Таким чином, критерії психічного здоров'я, які зустрічаються у різних підходах, включають:

- емоційну стабільність (відсутність надмірної тривожності, депресії);
- соціальну адаптацію (здатність взаємодіяти з іншими);
- когнітивну гнучкість (здатність вирішувати проблеми, творчість);
- здатність до самореалізації та життєвої мети;
- відсутність психічних розладів.

Попри різноманітність підходів, усі автори акцентують увагу на необхідності гармонійного поєднання внутрішнього та зовнішнього життя людини, розвитку відповідальності, стійкості до стресу та прагнення до позитивних змін. Кожен із підходів акцентує увагу на різних аспектах, що дозволяє більш глибоко розуміти багатовимірну модель психічного здоров'я.

2.2. Соціально-психологічні особливості вимушеного переміщення

Воєнні дії, зокрема вторгнення в Україну, призвели до суттєвих негативних наслідків у багатьох сферах життя людей та країни в цілому, зокрема соціальній, економічній, політичній та психологічній. Значна частина мирного населення була змушена залишити свої домівки через бойові дії, що призвело до чисельних випадків вимушеного переміщення як в межах України, так і за кордон. Цей процес

має значний вплив на психічне здоров'я людей, оскільки переміщені особи стикаються з втратами, травматичними переживаннями та складними адаптаційними процесами.

У дослідженнях науковця Р. Папондополус узагальнено процес вимушеного переміщення з точки зору «втрати дому», зокрема виділено шість ланок, а саме:

1. Досвід вимушеної втрати відчуття дому під час перебування в просторі, який людина вважає домом.
2. «Зовнішнє» переміщення, коли людина неохоче покидає домашній простір, відчуваючи, що він перестав бути безпечним.
3. Прагнення знайти новий домашній простір, здобути нове відчуття дому, безпечнішого й придатнішого для життя проти дому, який довелося покинути.
4. Виявлення нового місця, що має властивості придатного для життя, безпечного нового дому.
5. Спроби облаштуватися на новому місці, щоб можна було почуватися там як удома.
6. Болісне намагання осмислити всі зазначені вище ланки цього потужного й послідовного процесу, а також пошук способів обмеження впливу всіх пов'язаних із ним подій і переживань [53].

Наведені ланки процесу вимушеного переміщення з точки зору «втрати дому» доцільно відображають етапи переживання втрати дому та вимушеного переміщення. Проте, на наш погляд, зазначені ланки мають деякі обмеження, зокрема, вони зорієнтовані переважно на фізичний аспект втрати та менш уваги приділяють соціально-емоційним аспектам (розрив з близькими, втрата соціальних зв'язків, культурних традицій, національної ідентичності тощо). Адже відчуття дому - це не лише фізичний простір, але й емоційна прив'язаність, відчуття безпеки, стабільності та ідентичності. Коли людина відчуває втрату дому навіть у тому просторі, який формально є її домом, це може спричинити глибокий емоційний

дискомфорт та екзистенційну кризу. Втрата відчуття дому, навіть у звичному просторі, є серйозним викликом для психічного здоров'я кожної людини.

У зв'язки з цим, пропонуємо розширити погляд на процес вимушеного переміщення, запропонований Р. Паподопулусом, з точки зору не лише «втрати дому», а також врахувати невід'ємні соціально-емоційні аспекти цього болісного процесу. Отже, процес вимушеного переміщення з точки зору травматичного досвіду доцільно описати наступними етапами:

1. Втрата дому та безпеки в рідному просторі. На цьому етапі людина усвідомлює, що її дім більше не є безпечним, а знайомий простір втрачає свої звичні емоційні властивості. Відбувається усвідомлення зміни середовища як емоційно, так і фізично. Відчуття незахищеності поширюється не лише на фізичний простір, а й на спільноту, зв'язки та звичний спосіб життя. Додатковими аспектами виступають руйнування соціальних зв'язків і втрати стабільності взаємодії з оточенням.

2. Розрив з домом і фізичне переміщення. Включає як фізичне відокремлення з рідного простору, так і переживання розриву з емоційними, соціальними та культурними зв'язками, а також відчуття втрати колективної підтримки, руйнування спільних ритуалів і традицій, які формували частину ідентичності.

3. Втрата соціальних зв'язків і ідентичності. Етап, коли людина усвідомлює розрив зі спільнотою, друзями чи родиною, втрачає звичну підтримку та частину своєї соціальної ролі.

4. Пошук безпечного та стабільного нового простору. Цей етап передбачає прагнення знайти місце, яке відповідає базовим потребам у захисті, стабільності та комфорті. Пошук нового дому включає спробу створити нові соціальні зв'язки, які замінять втрачені. Важливими постають питання щодо культурної адаптації, збереження власної ідентичності та інтеграції в нове середовище. Відбувається емоційне переосмислення поняття дому.

5. Виявлення нового місця, придатного для життя. Етап, на якому людина знаходить нове місце, яке потенційно може стати домом і задовольнити потреби у

безпеці й адаптації. Виявлення нового місця, яке відповідає потребам безпеки, стабільності та якості життя, є важливим кроком на шляху до відновлення почуття дому. На цьому етапі людина переходить від пошуку до конкретного вибору, оцінюючи нове середовище через призму своїх емоційних, соціальних і практичних потреб.

6. Формування відчуття дому в новому середовищі. На цьому етапі відбуваються спроби адаптації до нового простору: створення нових традицій, звичок і соціальних зв'язків, що формують відчуття дому. Важливою частиною є спроба інтеграції в нове середовище при збереженні власної ідентичності. А також можливе відновлення соціальних ролей (наприклад, професійна діяльність, навчання, дружба тощо).

7. Ностальгія, рефлексія та осмислення втрат. На цьому етапі людина проходить через період гострої ностальгії за старим життям, спогадами про дім і близьких, рефлексію щодо втрат, але й відкриває можливість для переосмислення та інтеграції минулого у нове життя.

8. Інтеграція минулого досвіду в нову реальність. Цей етап характеризується прагненням інтегрувати досвід втрати дому, травматичні переживання та здобутий під час переміщення досвід у нову систему життєвих смислів. Людина намагається прийняти минуле як частину свого життя, яке, попри біль, стає основою для подальшого зростання та адаптації.

9. Відновлення ідентичності та життєвої рівноваги. Завершальний етап, коли людина прагне осмислити свій досвід, обмежити негативний вплив травматичних подій і створити нову життєву рівновагу. На цьому етапі людина відновлює своє відчуття себе, адаптуючи ідентичність до нових умов життя. Це процес переосмислення того, хто вона є, і як минулий досвід впливає на її сучасність і майбутнє. Людина починає формувати нові стосунки, цінності та способи життя, які відповідають її поточним реаліям. Соціально-емоційні та психологічні особливості процесу вимушеного переміщення та їх вплив на психічне здоров'я особистості систематизовані в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Соціально-емоційні та психологічні особливості процесу вимушеного переміщення з точки зору
травматичного досвіду

Соціально-емоційні та психологічні особливості	Вплив на психічне здоров'я
1	2
1. Втрата дому та безпеки в рідному просторі	
1. Шок і заперечення (усвідомлення, що дім більше не є безпечним місцем, викликає первинний емоційний шок. Людина може відмовлятися приймати реальність). 2. Тривога та страх (постійне відчуття небезпеки активує тривожність. Страх за життя, майно, близьких стає домінуючим емоційним станом). 3. Безпорадність 4. Гнів і несправедливість (злість на обставини, які змушують залишити дім, або на конкретні причини загрози, а саме війна, переслідування тощо). 5. Втрата ідентичності (оскільки дім часто є частиною нашого «Я», його втрата може призводити до екзистенційної кризи). 6. Скорбота (втрата почуття безпеки асоціюється з втратою стабільності, що спричиняє глибокий емоційний біль)	Втрата базового почуття безпеки, яке є фундаментальним для психічного здоров'я. Початок травматизації (страх і втрата безпеки можуть запустити процес психологічної травми). Дестабілізація (руйнується відчуття контролю над життям, людина стає емоційно вразливою). Підвищена вразливість до ПТСР (тривала небезпека та стрес можуть закріпити патологічні реакції)
2. Розрив з домом і фізичне переміщення	
1. Почуття втрати та скорбота (людина переживає втрату місця, яке було частиною її ідентичності. Відчувається горе, схоже до того, що виникає при втраті близької людини). 2. Почуття провини (можлива поява «провини вцілілого» за залишення рідного дому, особливо якщо інші люди (сім'я, друзі) залишилися у небезпечних умовах). 3. Розгубленість та тривожність (людина може почуватися дезорієнтованою через раптовість і примусовість дій. Тривога за майбутнє часто посилюється невизначеністю щодо наступного кроку) 4. Гнів і безсилля (людина може відчувати злість на обставини, які змусили її залишити дім. Зростає відчуття безпорадності, оскільки зміни є неконтрольованими)	Втрата відчуття контролю над життям і вимушеність дій створюють сильне емоційне навантаження. Порушення почуття контролю може призвести до хронічної тривоги та страхів

Продовження табл. 2.2

1	2
3. Втрата соціальних зв'язків і ідентичності	
1. Самотність і відчуження (розрив із родиною, друзями та суспільством, у якому людина жила, викликає глибоке почуття ізоляції).	Руйнування ідентичності (людина може втратити відчуття приналежності)
2. Відчай і розгубленість (нездатність спиратися на звичну систему підтримки посилює тривогу).	до певної спільноти, що створює кризу ідентичності). Депресивні стани (відсутність підтримки збільшує ризик депресії)
3. Ностальгія (спогади про втрачені зв'язки викликають сум і смуток).	
4. Пошук безпечного та стабільного нового простору	
1. Надія (прагнення знайти безпечне місце приносить позитивні очікування). 2. Тривожність (невизначеність у пошуках нового простору для життя викликає страх перед майбутнім). 3. Втома (процес пошуку може бути виснажливим, особливо в умовах невизначеності)	Початок адаптації (людина поступово налаштовується на зміни, але може відчувати опір новим умовам). Постійний стрес (невпевненість у пошуках безпечного місця може продовжувати психологічне навантаження)
5. Виявлення нового місця, придатного для життя	
1. Полегшення й радість (знайти місце, яке здається придатним для життя, часто стає моментом радості, навіть якщо це лише початок нового етапу). 2. Сумніви та тривога (людина може вагатися, чи це місце стане її новим домом). 3. Ностальгія за минулим (спогади про втрачений дім все ще викликають смуток)	Перехідний стан (людина перебуває між минулим і майбутнім, поступово приймаючи нову реальність). Зниження тривожності (з'являється стабільність, що сприяє психологічному відновленню).
6. Формування відчуття дому в новому середовищі	
1. Оптимізм (з'являється віра у можливість побудови нового життя) 2. Невпевненість (виклик адаптації до нового середовища). 3. Сум і ностальгія (попри нові можливості, людина може сумувати за тим, що залишила позаду, навіть якщо попередній дім не був ідеальним). 4. Пошук балансу (людина намагається поєднати елементи минулого досвіду з новими умовами, створюючи баланс між своїм минулим і теперішнім).	Емоційна стабільність частково повертається, однак можливі сплески тривожності або ностальгії за попереднім життям

Продовження табл. 2.2

1	2
7. Ностальгія, рефлексія та осмислення втрат	
1. Сум і скорбота за минулим (втрата попереднього дому та соціального кола все ще болісно переживається). 2. Примирення (прагнення знайти баланс між пам'яттю про старий дім і прийняттям реальності нового життя). 3. «Провина вцілілого». 4. Емоційні аспекти пошуку ідентичності	Ностальгія може сприяти як емоційному зціленню, так і розвитку меланхолійного стану, якщо людина занадто концентрується на втратах
8. Інтеграція минулого досвіду в нову реальність	
1. Примирення з минулим (людина починає приймати події свого життя такими, якими вони були, і зменшує свою емоційну прив'язаність до негативних аспектів минулого, що приносить відчуття полегшення та внутрішнього спокою). 2. Надія на майбутнє. 3. Подяка за здобутий досвід (людина може почати сприймати навіть важкі події як джерело важливих уроків та розвитку. Це сприяє формуванню стійкості до життєвих викликів).	Об'єднання життєвого досвіду зміцнює ідентичність. Зниження тривожності, адже людина почувається більш впевнено у майбутньому.
9. Відновлення ідентичності та життєвої рівноваги	
1. Відчуття завершеності (людина може почати відчувати, що її життя знову набуває цілісності, що супроводжується задоволенням і внутрішнім спокоєм). 2. Зміцнення впевненості (повернення почуття контролю над власним життям, що підкріплюється здатністю вирішувати поточні життєві завдання) 3. Задоволення від досягнень. 4. Сум за минулим із прийняттям (спогади про втрачений дім стають менш болісними, але залишаються важливою частиною ідентичності)	Втрачені частини ідентичності компенсуються новими елементами. Людина використовує отриманий досвід для побудови нового, стійкішого життя.

Наведені етапи демонструють, як вимушене переміщення впливає на психічне здоров'я, а також висвітлюють динаміку емоційного та психологічного відновлення.

2.3. Особливості психічного стану зовнішніх переміщених осіб

Аналіз наукових вітчизняних та зарубіжних досліджень показав, що одним із значущих наслідків війни є загрозливий вплив на психічне здоров'я людей під час та після війни.

За даними Управління Верховного комісара ООН у справах біженців кількість переселенців з України, які були офіційно зафіксовані в Європі, станом на 30 вересня 2022 року досягла 4 млн. 183,84 тис. осіб [54]. Як зазначається в [54], однією з найбільших криз переміщення людей у світі внаслідок війни є вимушене залишення власних будинків. Окрім того, спостерігається негативна тенденція до погіршення ситуації з вимушено переміщеними особами. Зокрема, станом на 24 вересня 2024 року кількість переселенців з України, які були офіційно зафіксовані в Європі, складає 6 млн 165 тис. осіб, що на 32% більше, порівняно з даними за 2022 рік [55].

На думку вітчизняних науковців [56] з психологічного аспекту вимушена міграція через війну є кризовим періодом у житті людини, який порушує базову потребу людини в безпеці, руйнуючи її стабільне уявлення про світ. Це спричиняє глибокі зміни у внутрішній структурі особистості біженців, зокрема в цінностях, моделях поведінки, мотивації, життєвих цілях тощо та відповідно призводить до важких тривалих наслідків, таких як підвищення тривожності, депресивних станів, втрати віри в себе, перспективи майбутнього.

Велика кількість досліджень свідчить про високий рівень психосоціальних проблем серед дітей та підлітків, жінок, які були вимушено переміщеними особами. Зокрема, одне із таких досліджень серед вимушено переміщених осіб з Палестини,

проведене Програмою психічного здоров'я Гази серед дітей віком 10-19 років, показало, що 32,7 % страждали від симптомів ПТСР, які потребували психологічного втручання, 49,2 % - від симптомів ПТСР середнього ступеня тяжкості, 15,6 % - від симптомів ПТСР легкого ступеня, і лише 2,5 % не мали жодних симптомів [57].

Кореляція між дистресом матері та психічним здоров'ям дитини була вивчена в дослідженні, проведеному в Бейруті [58], в результаті якого було виявлено, що рівень сприйняття негативного впливу подій, пов'язаних з війною, тісно пов'язаний з більш високим рівнем депресивної симптоматики серед матерів. Рівень депресивної симптоматики у матері виявився найкращим предиктором захворюваності її дитини. У дослідженні, проведеному серед 224 ліванських дітей (10-16 років), кількість травматичного досвіду, пов'язаного з війною, позитивно корелювала з симптомами ПТСР, причому різні типи воєнних травм по-різному пов'язані з симптомами [59].

У дослідженні [60] систематично розглянуто наукові роботи, які оцінюють психічні розлади у вимушено переміщених осіб, які тривалий час перебувають у нових країнах через війну. У результаті огляду було виявлено 29 досліджень, присвячених довгостроковому психічному здоров'ю, що охоплювали загалом 16 010 біженців, постраждалих від війни та визначено:

- загалом виявлено високий рівень поширеності депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших тривожних розладів серед вимушено переміщених осіб, які перебувають у нових країнах понад 5 років (рівень поширеності зазвичай перевищує 20%);
- виявлено низку спільних та унікальних факторів ризику психічних розладів. Зокрема, більший ступінь пережитих травматичних подій та стрес після виїзду виявилися найпоширенішими факторами, пов'язаними з підвищеним рівнем психічних розладів. Крім того, несприятлива соціально-економічна ситуація після міграції (безробіття, низький дохід, погане володіння мовою

країни перебування, відсутність соціальної підтримки) була особливо пов'язана з депресією, тоді як жіноча стать асоціювалася з невизначеною тривожністю, але не з ПТСР. Інші соціально-демографічні характеристики вибірки виявилися слабкими предикторами довгострокового психічного здоров'я.

- рівні поширеності психічних розладів варіювали залежно від країни походження біженців та країни їх переселення. Наприклад, біженці з колишньої Югославії та Камбоджі мали найвищі рівні депресії, ПТСР і невизначеної тривожності, тоді як біженці з В'єтнаму, Близького Сходу та країн Субсахарської Африки мали нижчі рівні.
- дослідження також показали, що рівень депресії зменшується з часом після переселення. Наприклад, два довгострокові дослідження біженців із Південно-Східної Азії в Північній Америці показали значне зниження рівня депресії протягом 10 років переселення.
- характеристики демографії біженців, такі як стать, були менш послідовно пов'язані з психічними розладами. Жінки частіше мали депресію та тривожність порівняно з чоловіками, але ризик ПТСР був однаково високим у обох статей, що відрізняється від загальної популяції, де жінки частіше страждають на ПТСР. Це може пояснюватися тим, що під час війни чоловіки й жінки можуть переживати подібні травматичні події [60].

Отже, результати даного лонгітюдного дослідження [60] вказують на те, що ризик серйозних психічних розладів серед біженців, які постраждали від війни, значно вищий, ніж у загальній популяції, навіть через кілька років після переселення. У більшості досліджень рівні поширеності психічних розладів у біженців виявилися значно вищими, ніж у загального населення, не постраждалого від війни. Наприклад, у порівнянні із загальною західною дорослою популяцією, висновки якісніших досліджень свідчать, що ймовірність депресії серед біженців може бути до 14 разів вищою, а ймовірність ПТСР — до 15 разів вищою [60].

Розглянемо особливості психічного стану переміщених осіб, зокрема зовнішніх вимушених українців, базуючись на результатах наукових досліджень.

У дослідженні в рамках благодійного проекту «Соціально-психологічна підтримка українців, що перебувають в Німеччині внаслідок війни», проведеного протягом квітня-червня 2022 року, взяли участь 158 учасників [56]. Автори дослідження проаналізували стан респондентів на початку війни під час перебування в Україні та після переїзду до Німеччини. Порівняльні показники негативних переживань респондентів наведені в табл. 2.3 [56].

Таблиця 2.3

Порівняння показників психічного стану українців в Німеччині на початку війни, під час перебування в Україні, та після переїзду за кордон

Показники психічного стану українців в Німеччині на початку війни, під час перебування в Україні (у % від загальної кількості опитаних)	Показники психічного стану українців в Німеччині після переїзду за кордон (у % від загальної кількості опитаних)
тривога (86,7 %)	невизначеність (73,6 %)
страх (85,3 %)	бажання повернутися до дому (63,2 %)
паніка (60,2 %)	невпевненість в собі (58,6 %)
невизначеність (55,4 %)	тривога (55,2 %)
безпорадність (42,2 %)	безпорадність (51,7 %)
відчай (41 %)	депресія (47,1 %)
апатія (33,7 %)	відчай (44,8 %)
депресія (32,5 %)	«неприйняття» іншої країни (34,5 %)
гнів (31,3 %)	апатія (35,6 %)
панічні атаки (19,3 %)	страх (29,9 %)
істерика (18,1 %)	гнів (26,4 %)
	паніка (23 %)
	істерика (19,5 %)
	панічні атаки (13,8 %) та інші

Автори дослідження також зазначають, що українці, які перебувають у Німеччині, після переїзду за кордон також відчують негативні емоції, не дивлячись на те, що знаходяться в безпеці, але розподіл психічних станів змінився

з тривоги, страху, паніки на невизначеність, бажання повернутись додому, невпевненість в собі [56].

Педоренко В. М., досліджуючи особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни, а саме Німеччині, зазначає про характерність високої тривожності, агресивності, регідності та фрустрації, а також відчуття високої емоційної напруги, роздратованості, передчуття поганого, нестриманість [61]. Окрім того, автором встановлені такі емоційні стани, які згодом можуть викликати синдром «біженця», зокрема високі показники почуття провини, сорому і страху [61].

У своєму дослідженні щодо емоційно-психологічної характеристики українців, які покинули Україну внаслідок російської військової агресії, Брацюнь О. П. [62] виділяє такі особливості емоційної сфери респондентів як тривожність і депресивні переживання, які сприяли виникненню порушення режиму дня, харчування, поведінки, зловживання алкоголем та потребували психотерапевтичної допомоги.

У дослідженні «Українська діаспора та тимчасово переміщені особи за кордоном після повномасштабного вторгнення», проведеного за підтримки Національного демократичного інституту з 11 червня по 29 липня 2023 року, зазначається про непростий психологічний стан переважної більшості отримувачів тимчасового притулку, що ускладнює як їх інтеграцію в новій країні, так і прийняття рішення стосовно повернення додому [63]. У зазначеному дослідженні взяли участь 388 респондентів, які переїхали в Італію, Францію або Німеччину після 24 лютого 2022 року. Переважна більшість респондентів за час перебування за межами України серед негативних переживань найчастіше відчували розгубленість (47,4%), тривогу (44,3%), ностальгію (42,8%), безпорадність (41,0%) [63].

Окрім того, за результатами наведеного дослідження встановлено, що кожен четвертий опитаний втратив сенс життя і помітний відсоток (13,9%) респондентів перебували в тяжкому депресивному стані («бажання заснути й більше ніколи не

просинатися»), а також більшість тимчасових переселенців скаржилися на неврологічні розлади, найбільш поширеними з яких були депресія (54,1%), відчуття хронічної втоми (54,1%), часте безсоння (51,0%), сльозливість (46,1%), проблеми з пам'яттю та концентрацією уваги (43,8%) [6].

Як зазначено у [63], половина опитаних не відчуває потреби в отриманні психологічної допомоги, а кожному десятому респонденту звернення до психолога не дало того результату, на який вони сподівались.

Окрім того, у результатах дослідження зазначено, що у переважної більшості опитаних відсутнє бачення свого майбутнього, адже лише 12,4 % респондентів планують своє життя на рік або більше (рис. 1.1) [63].



Рис. 2.1 – Результати опитування щодо планування подальшого життя [63]

Це дає підґрунтя зробити висновки щодо відсутності упевненості в майбутньому та відповідно негативного психічного стану респондентів.

У роботі [56] Креденцер О. запропоновано модель «Травматична тріада українців, що перебувають в Німеччині внаслідок війни» (рис. 1.2).

Зазначену модель доречно застосовувати в процесі дослідження психологічного стану та психічного здоров'я усіх зовнішніх вимушених переселенців у будь-яку країну світу, адже вона достатньо повно систематизує групи факторів, які травматизують вказану категорії людей.



Рис. 2.2 - Травматична триада українців, що перебувають в Німеччині внаслідок війни [56]

Результати емпіричного дослідження Ю. Б. Максименко та О. В. Морозова Йоханнессен щодо психологічних особливостей особистісних змін переселенців в Норвегії показали зокрема суттєво низький рівень емпатії, невпевненість, інтолерантність до невизначеності, занижений рівень оптимізму та адаптивності [64]. У той же час у наведеному дослідженні зазначається, що завдяки життєстійкості й автономності особистості спостерігаються проявлення кмітливості, сміливості через вивчення мови, традицій, культури Норвегії, пошук шляхів відновлення працездатності та перезавантаження професійної кар'єри.

У дослідженні [56] проведено аналіз суб'єктивного благополуччя вимушено переміщених українців за такими показниками, як психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та благополуччя, стосунки та суб'єктивне благополуччя. За результатами опитування дослідниками виявлено, що у 82,3% респондентів встановлено низький рівень психологічного благополуччя і лише у 1,3% опитуваних – високий рівень зазначеного показника. Окрім того, майже у половини респондентів встановлено, що показники фізичного здоров'я та благополуччя, а також стосунки відповідають низьким рівням. Відповідно загальний рівень

суб'єктивного благополуччя опитаних українців, які вимушено знаходяться в Німеччині внаслідок війни, розподілився наступним чином:

- 16,5% опитаних мають високий рівень;
- 20,3% опитаних мають середній рівень;
- 63,3 % опитаних мають низький рівень [56].

Таким чином, результати дослідження свідчать про наявність проблем стосовно рівня суб'єктивного благополуччя вимушено переміщених українців в Німеччині.

У монографії Т. Іванець «Синдром втрати дому у вимушених мігрантів: слідами маріупольської трагедії» [65] проведено дослідження, яке базується на результатах опитування студентів, викладачів та співробітників Маріупольського державного університету у березні 2024 р., та порівняльному аналізі отриманих результатів з результатами інших досліджень серед вимушених мігрантів з Сирії та країн колишньої Югославії. Результати дослідження Т. Іванець показали, що окрім синдрому втрати дому у вимушених мігрантів виявлено наступні психоемоційні стани:

- 35,5% респондентів – високий рівень стресу;
- 14,5 % респондентів – сильна депресія;
- 25,3 % респондентів - сильна тривога;
- 34,6 % респондентів - ПТСР (поширеність вища серед українців, які знаходяться за кордоном) [65].

Таким чином, численні дослідження психічного стану та здоров'я вимушено переміщених осіб, у тому числі й українців, які покинули свої домівки через війну, доводять, що зазначена категорія осіб зазнала значного впливу воєнної травматизації. Переживання бойових дій, втрати близьких, руйнування житла та невизначеність майбутнього є ключовими факторами, які впливають на психічне здоров'я переселенців.

Серед вимушених переселенців фіксується висока поширеність таких психічних розладів, як депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні стани та емоційне виснаження.

Висновки до розділу 2

У цьому розділі проаналізовані критерії психічного здоров'я. Зокрема, найбільш ґрунтовними на нашу думку виступають критерії, запропоновані Марі Яходою, яка виділила наступні: ставлення до себе; розвиток, зростання та самоактуалізація; інтеграція; автономія; адекватність сприйняття реальності особистістю та здатність до опанування навколишнього середовища. Зазначені критерії є основою для розуміння гармонійного розвитку людини та її адаптації до соціально-психологічних змін зовнішньо переміщених осіб. Отже, критерії Марі Ягоди свідчать, що психічне здоров'я полягає не лише у відсутності патологій, але й у наявності позитивних рис, які сприяють повноцінному життю. Такий підхід набуває актуальності у сучасному світі, оскільки акцентує увагу на особистісному зростанні, гнучкості мислення та здатності до адаптації в умовах постійних змін.

Нами проаналізовані чинники, під впливом яких формується стан психічного здоров'я людини. Аналіз літературних джерел дозволив розширити існуючі класифікації та додати до існуючих біологічних, психологічних та соціальних факторів такі, як екологічні, технологічні та індивідуальні. Отже, сукупність зазначених чинників разом утворюють складну мережу взаємозв'язків, що впливає на психічний стан людини та її здатність долати життєві труднощі.

Розглянуті п'ять ступенів стану психічного здоров'я, зокрема ідеальна норма, середньостатистична норма; конституціональна норма, акцентуація та передхвороба.

Отже, критерії психічного здоров'я, які визначаються в різних підходах, охоплюють емоційну рівновагу як відсутність надмірної тривожності та

депресивних станів; здатність до соціальної адаптації як ефективна взаємодія з іншими людьми; когнітивну пластичність як уміння вирішувати проблеми й проявляти творчий підхід; прагнення до самореалізації та визначення життєвої мети та відсутність ознак психічних захворювань.

Попри різноманітність трактувань, всі підходи наголошують на важливості гармонійного балансу між внутрішнім світом людини та її зовнішнім середовищем, а також на розвитку таких якостей, як відповідальність, стійкість до стресу та здатність до позитивних змін.

У цьому розділі також приділено увагу процесу вимушеного переміщення, який безпосередньо пов'язаний з зовнішніми переміщеними особами. Нами запропоновано розширити погляд на процес вимушеного переміщення, запропонований Р. Паподопулусом, з точки зору не лише «втрати дому», а також врахувати невід'ємні соціально-емоційні аспекти цього болісного процесу. Тому процес вимушеного переміщення з точки зору травматичного досвіду запропоновано описати наступними етапами:

1. Втрата дому та безпеки в рідному просторі.
2. Розрив з домом і фізичне переміщення.
3. Втрата соціальних зв'язків і ідентичності.
4. Пошук безпечного та стабільного нового простору.
5. Виявлення нового місця, придатного для життя.
6. Формування відчуття дому в новому середовищі.
7. Ностальгія, рефлексія та осмислення втрат.
8. Інтеграція минулого досвіду в нову реальність.
9. Відновлення ідентичності та життєвої рівноваги

Окрім того, нами узагальнено соціально-емоційні та психологічні особливості процесу вимушеного переміщення та їх вплив на психічне здоров'я особистості систематизовані.

Розглянуті наукові вітчизняні та зарубіжні дослідження. Виявлено, що одним із значущих наслідків війни є загрозливий вплив на психічне здоров'я людей під час та після війни. Численні дослідження психічного здоров'я вимушено переміщених осіб, зокрема українців, які змушені були залишити свої домівки через війну, свідчать про значний вплив воєнної травматизації на цю категорію населення. Пережиті бойові дії, втрати рідних, знищення житла та невизначеність щодо майбутнього виступають основними факторами, що негативно позначаються на їхньому психічному стані. Досвід людей, які пережили військовий досвід показав, що серед них спостерігається висока поширеність таких розладів, як депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні стани та емоційне виснаження.

РОЗДІЛ 3

ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ТА АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗОВНІШНІХ ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

3.1. Методики емпіричного дослідження

Метою даного дослідження є визначення механізмів трансформації психічного здоров'я у сучасних умовах.

Основними завданнями емпіричного дослідження є:

- аналіз та визначення факторів, які впливають на стан психічного здоров'я зовнішніх переміщених осіб;
- підбір методик дослідження;
- вивчення рівня тривожності респондентів;
- оцінка показників за обраними методиками;
- аналіз зібраних даних;
- встановлення взаємозв'язку між показниками, отриманими в результаті проведення емпіричного дослідження.

Гіпотеза дослідження: трансформація показників психічного здоров'я відбувається в залежності від віку, статі та сімейного становища особистості.

Для досягнення поставлених завдань використовувалися методики дослідження, які дозволили оцінити трансформацію особливостей психічного здоров'я респондентів. Вибір цих методик обумовлений їх надійністю, валідністю та поширеністю в психологічних дослідженнях. У дослідженні були застосовані 9 методик (Додатки А, Б, В, Д, Ж, З, К, Л, М), назви та показники яких наведені в табл. 3.1.

Обробка даних здійснювалася за допомогою програмного забезпечення Excel, яке дозволяє точно та надійно інтерпретувати результати.

Таблиця 3.1

Методики та показники, використані для проведення емпіричного дослідження

Методика	Показники
1. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Спілбергера – Ханіна	особистісна тривожність
	ситуативна тривожність
2. Діагностика п'яти факторів особистості	нейротизм
	екстраверсія
	відкритість досвіду
	схильність до згоди
	добросовісність
3. Методика визначення толерантності до невизначеності	загальний показник
	новизна
	складність
	нерозв'язність
4. Шкала психологічного благополуччя (Ріфф)	позитивні відносини з оточуючими
	автономія
	управління навколишнім середовищем (компетентність)
	особистісне зростання
	наявність цілей в житті
	самоприйняття
5. Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»	психологічне благополуччя
	фізичне здоров'я та благополуччя
	стосунки
	суб'єктивне благополуччя
6. Я-концепція	коефіцієнт самооцінки за «позитивними» рисами (СО+)
	коефіцієнт самооцінки за «негативними» рисами (СО-)
7. Методика дослідження копінг-поведінки в стресових ситуаціях	копінг, зорієнтований на вирішення завдання
	копінг, спрямований на емоції
	копінг, що має за мету уникнення
8. Опитувальник для вимірювання локус-контролю здоров'я	шкала «внутрішнього локусу контролю»
	шкала «контролю «могутніми» іншими»
	шкала «контролю випадку»
9. Методика М. Рокича «Ціннісні орієнтації»	термінальні цінності
	ціннісні орієнтації

Для забезпечення етичності дослідження було дотримано основні етичні принципи. Опитування проводилося на добровільній й анонімній основі. Усі респонденти дали згоду на участь у опитуванні, а також мали право на добровільну відмову від участі на будь-якому етапі. Усі дані використовувалися виключно для дослідницьких цілей і були знеособлені під час обробки.

Паспорти обраних методик для проведення емпіричного дослідження наведені в таблицях 3.2-3.10.

Таблиця 3.2

Паспорт Шкали оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіної [66-68]

Параметри паспорту	Опис
1. Назва методики	State-Trait-Anxiety-Inventory (STAI) Charles D. Spielberger, Richard L. Gorsuch, and Robert E. Lushene
2. Рік створення	1964
3. Спрямованість	Оцінка рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності
4. Опис	Шкала складається з двох частин по 20 завдань в кожній. Перша шкала (STAI:X-1) призначена для визначення того, як людина відчуває себе зараз в даний момент (діагностика актуального стану). Друга шкала (STAI:X-2) призначена для з'ясування того, як суб'єкт відчуває себе звичайно (діагностика тривожності як властивість особистості)
5. Віковий діапазон	Дорослі, починаючи з 17 років
6. Психометричні характеристики	Стабільність шкал оцінювалася на вибірках старшокласників і студентів як чоловічої, так і жіночої статі, на інтервалах між тестами від однієї години до 104 днів. Для шкали «Тривожність як риса особистості» коефіцієнти коливалися від 0.65 до 0.86, в той час як для шкали «Тривожність як стан» діапазон був від 0.16 до 0.62. Стабільність шкал оцінювалася на вибірках старшокласників і студентів на інтервалах між тестами від однієї години до 104 днів. Для шкали «Тривожність як риса особистості» коефіцієнти коливалися від 0.65 до 0.86, в той час як для шкали «Тривожність як стан» діапазон був від 0.16 до 0.62. Такий низький рівень стабільності для шкали «Тривожність як стан» є очікуваним, оскільки відповіді на питання цієї шкали вважаються відображенням впливу будь-яких тимчасових ситуативних факторів, які існують у момент тестування

Таблиця 3.3

Паспорт методики «Локатор великої п'ятірки» [66, 69]

Параметри паспорту	Опис
1. Назва методики	The Big Five Locator, Локатор великої п'ятірки Дж. Ховард, П. Медіна, Ж. Ховард
2. Рік створення	1996
3. Спрямованість	Оцінити індивідуальні особистісні особливості, які визначають поведінку, мотивацію та міжособистісну взаємодію шляхом проведення експрес-діагностики п'яти великих факторів особистості (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, схильність до згоди, добросовісність)
4. Опис	Методика складається з 25 завдань. Кожне завдання представляє собою числову біполярну 5-бальну шкалу, полюса якої задані протилежними за сенсом особистими характеристиками
5. Віковий діапазон	18+
6. Психометричні характеристики	Надійність ретестова для українськомовної форми по факторам: нейротизм – 0,80, екстраверсії – 0,87, відкритості досвіду – 0,67, схильності до згоди – 0,77, добросовісності – 0,87. Всі показники задовольняють існуючим психометричним вимогам

Таблиця 3.4

Паспорт методики визначення толерантності до невизначеності [70-71]

Параметри паспорту	Опис
1. Назва методики	Методика визначення толерантності до невизначеності (С.Баднер)
2. Рік створення	1962
3. Спрямованість	Діагностика толерантності до невизначеності, яка відображає здатність людини ефективно функціонувати в умовах невизначеності, неоднозначності чи змін
4. Опис	Опитувальник складається з 16 питань, на які треба дати відповідь за заданою шкалою: абсолютно не згоден, не згоден, скоріше не згоден, важко відповісти, скоріше згоден, згоден, абсолютно згоден. Підрахунок суми балів здійснюється як для визначення загального показника, так і за окремими субшкалами: новизною, складністю та нерозв'язністю, дозволяє виявити основне джерело інтолерантності до невизначеності
5. Віковий діапазон	18+
6. Психометричні характеристики	Коефіцієнт надійності за внутрішньою узгодженістю за показником альфа-Кронбаха складає 0,49. Показник ретестової надійності тестів складає 0,85

Таблиця 3.5

Паспорт Опитувальника «Шкала психологічного благополуччя» [72]

Параметри паспорту	Опис
1. Назва методики	Опитувальник «Шкала психологічного благополуччя» The scales of psychological well-being (К. Ріфф)
2. Рік створення	1995
3. Спрямованість	Діагностика психологічного благополуччя
4. Опис	Опитувальник складається з 84 тверджень за шкалами: самоприйняття (ступінь прийняття людиною себе, задоволення рівнем індивідуального розвитку, особистісних особливостей); позитивні відносини з оточуючими; автономія; управління навколишнім середовищем (компетентність); наявність цілей в житті; особистісне зростання
5. Віковий діапазон	18+
6. Психометричні характеристики	Методика пройшла стандартні психометричні процедури перевірки надійності і валідності, внутрішня узгодженість для кожної шкали, при цьому значення коефіцієнта альфи коливалися від 0,83 до 0,91

Таблиця 3.6

Паспорт Модифікованої шкали суб'єктивного благополуччя БіБіСі [73]

Параметри паспорту	Опис
1. Назва методики	Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman)
2. Рік створення	2013
3. Спрямованість	Вимірювання суб'єктивного благополуччя людини, яке включає психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та благополуччя, а також стосунки
4. Опис	Загальний показник суб'єктивного благополуччя рахується як сумарний бал по всіх пунктах методики. Мінімальний показник суб'єктивного благополуччя дорівнює 24 балам, максимальний показник дорівнює 120 балам. Показники по субшкалах розраховуються як сумарні бали по відповідних пунктах методики. Отримані показники порівнюються з нормативними.
5. Віковий діапазон	18+

Таблиця 3.7

Паспорт Q-сортування В. Стефенсона [74]

Параметри паспорту	Опис
1. Назва методики	Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона
2. Рік створення	1953
3. Спрямованість	Дослідження уявлення про своє «Я» та про оточуючих людей, можна використовувати на різних стадіях психотерапії для констатації змін в психічних станах
4. Опис	Тестованому пропонується набір карточок, які містять твердження або назви властивостей особистості. Їх необхідно розподілити за групами від «найбільш характерних» до «найменш характерних» для нього. Аналогічне сортування виконується відносно інших людей, до себе та іншим людям в різних ситуаціях. Можна отримати відомості відносно уявлення про себе в аспектах «ідеального Я», «реального Я», «соціального Я»
5. Віковий діапазон	З підліткового віку

Таблиця 3.8

Паспорт методики Копінг-поведінка в стресових ситуаціях [73, 75]

Параметри паспорту	Опис
1. Назва методики	Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (Н. Ендлер, Дж. Паркер (The coping inventory for stressful situations (CISS) (N. Endler, J. Parker)
2. Рік створення	1990
3. Спрямованість	Визначення основних стратегій копіngu, які люди використовують для подолання стресових ситуацій
4. Опис	Методика містить 48 питань та дає можливість дослідити такі копінг стратегії, які є важливими для подолання стресу: копінг, орієнтований на вирішення завдань; копінг, орієнтований на емоції; стратегія уникнення
5. Віковий діапазон	18+

Таблиця 3.9

Паспорт Опитувальника для вимірювання локус контролю здоров'я [73, 76, 77]

Параметри паспорту	Опис
1. Назва методики	Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (К.А. Wallston, B.S. Wallstone, R. DeVellis)
2. Рік створення	1978
3. Спрямованість	Дослідження уявлення про своє «Я» та про оточуючих людей, можна використовувати на різних стадіях психотерапії для констатації змін в психічних станах

4. Опис	Опитувальник складається з 18 питань, які поєднані у три шкали: шкала «внутрішнього локусу контролю» (відображає ступінь відчуття респондентами контролю над своїм здоров'ям); шкала «контролю «могутніми» іншими» (показує ступінь впевненості опитуваного в тому, що за його здоров'я несуть відповідальність «могутні інші», наприклад, лікарі, родичі тощо); шкала «контролю випадку» (вимірює, наскільки опитуваний переконаний в тому, що здоров'я залежить від випадку, везіння або долі).
5. Віковий діапазон	18+

Таблиця 3.10

Паспорт Методики М. Рокича «Ціннісні орієнтації» [78]

Параметри паспорту	Опис
1. Назва методики	Методика М. Рокича «Ціннісні орієнтації» («Value Survey»)
2. Рік створення	1973
3. Спрямованість	Діагностика ціннісних орієнтацій
4. Опис	Опитувальник складається з двох частин: діагностика термінальних цінностей та ціннісних орієнтацій. Кожен блок складається з 18 тверджень, які потрібно ранжувати за пріоритетом
5. Віковий діапазон	18+

3.2. Полігон дослідження та характеристика учасників емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження проводилося протягом червня-липня 2024 року серед зовнішніх переміщених осіб. На момент проведення емпіричного дослідження респонденти знаходились в різних країнах світу (рис. 3.1).

У дослідженні взяли участь 111 українців, що перебувають закордоном у зв'язку з війною, як вимушено переміщені особи. Учасники емпіричного дослідження були розподілені за віком, статтю, сімейним станом та наявністю дітей (рис. 3.2). Так, серед респондентів були 19 осіб віком від 20 до 30 років, 66 осіб віком від 31 до 40 років, 21 особа віком від 41 до 50 років та 5 осіб віком від 51 до 60 років.

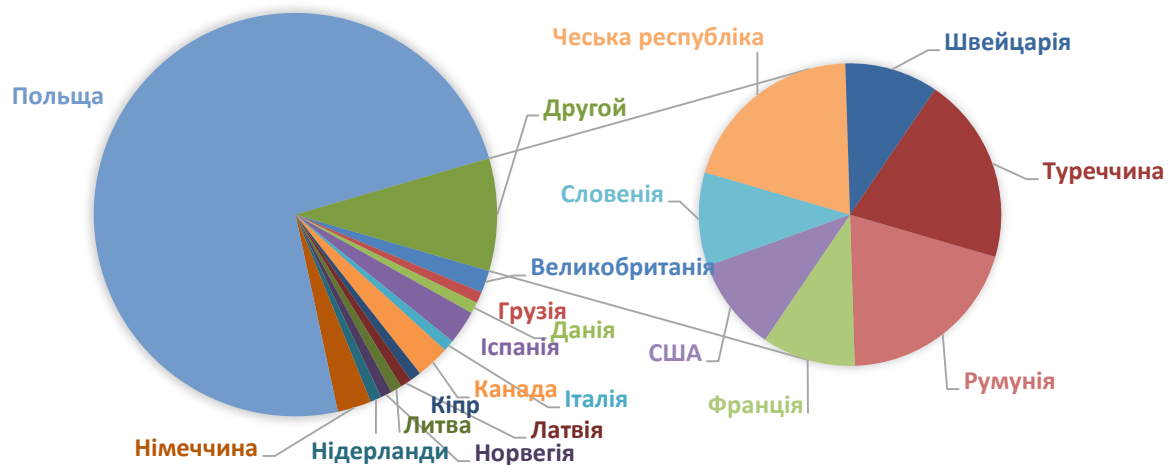


Рис. 3.1 - Країни, в яких знаходились респонденти, на момент проведення дослідження

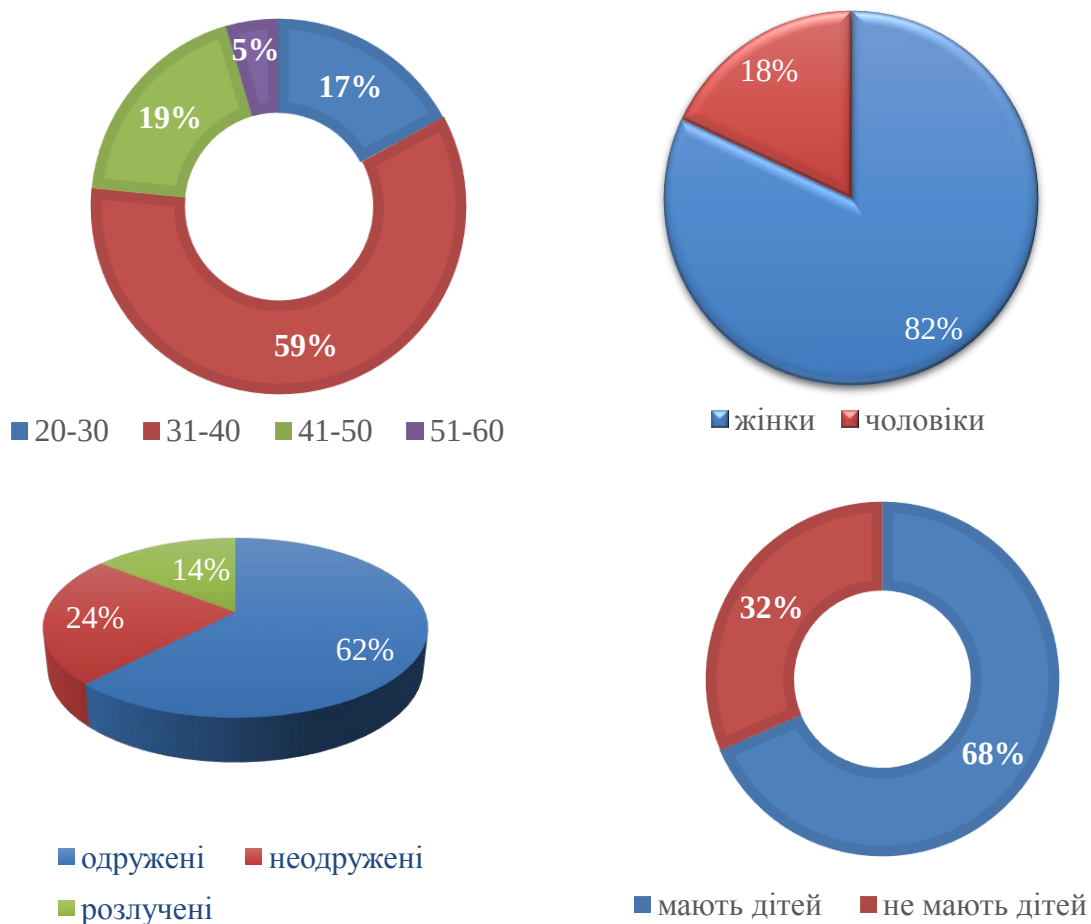


Рис. 3.2 - Розподіл учасників емпіричного дослідження за віком, статтю, сімейним станом та наявністю дітей

Отже, найбільшу групу у дослідженні склали учасники віком від 31 до 40 років, а найменшу – від 51 до 60 років. Серед учасників дослідження були як жінки (91 осіб), так і чоловіки (20 осіб). Найбільшу групу учасників за сімейним станом складають одружені (69 осіб), найменшу відповідно розлучені респонденти (16 осіб), неодружені респонденти складають відповідно 26 осіб. Окрім того, розглядаючи особливості психічного здоров'я, доцільно врахувати наявність дітей у респондентів, адже виїжджаючи з України жінки з дітьми можуть мати відмінні особливості психічного стану. Зокрема, 76 осіб мають дітей та 35 осіб не мають дітей.

Таким чином, нами наведено розподіл учасників емпіричного дослідження за віком, статтю, сімейним станом та наявністю дітей, а також виділено найбільші та найменші групи учасників за наведеними ознаками.

3.3. Результати емпіричного дослідження

3.3.1. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна була нами обрана як одна із найбільш інформативних методик щодо оцінки рівня реактивної/ситуативної та особистісної тривожності зовнішніх переміщених осіб. Діагностика проводилась за двома шкалами, перша з яких дозволила визначити як людина відчуває себе на момент проведення опитування, що дозволяє діагностувати її актуальних стан. А друга шкала дозволяє з'ясувати, як людина відчуває себе звичайно, тобто діагностувати її тривожність як невід'ємну властивість особистості.

Нами проведено діагностику рівня тривожності зовнішніх переміщених осіб, зокрема ситуативної та особистісної (рис. 3.3).

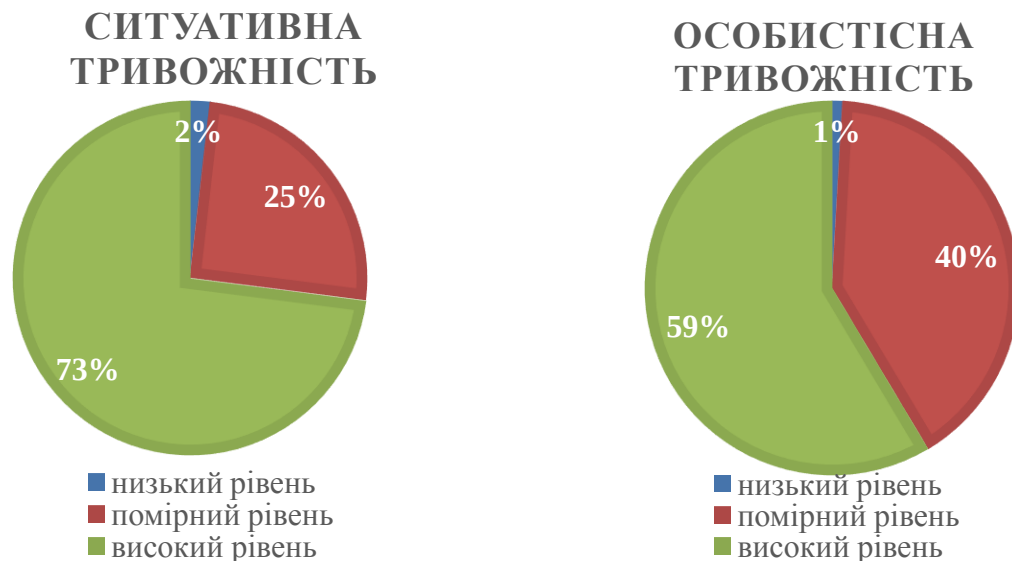


Рис. 3.3 – Результати оцінки рівнів особистісної та ситуативної тривожності учасників емпіричного дослідження

Так, лише 2% із опитаних респондентів мають низький рівень ситуативної тривожності, що свідчить про їхню здатність ефективно адаптуватися до стресових умов або їх відсутність. Чверть респондентів (25 %) мають помірний рівень ситуативної тривожності, що є більш збалансованим, але також може вказувати на потенційну вразливість у стресових ситуаціях. Більшість респондентів (73%) мають високий рівень ситуативної тривожності, що свідчить про їхню підвищену емоційну реактивність на стресові ситуації. Це може бути індикатором нестабільності психічного здоров'я, оскільки постійна ситуативна тривожність часто асоціюється з перевантаженням нервової системи, підвищеним ризиком розвитку тривожних розладів та зниженням здатності до адаптації. Також це цілком узгоджується з тими умовами, в яких опинились зовнішні переміщені особи внаслідок війни.

Аналогічна ситуація спостерігається із рівнем особистісної тривожності, а саме лише 1% респондентів мають низький рівень, що вказує на виняткову стійкість до стресу серед цієї групи. Помірний та високий рівні особистісної тривожності зовнішніх переміщених осіб знаходиться майже на однаковому рівні – 40% та 59% відповідно, що свідчить про суттєву емоційну напруженість респондентів. Це може

бути наслідком постійного впливу стресових факторів, таких як невизначеність майбутнього, адаптація до нових умов життя та соціальна ізоляція тощо.

Для перевірки гіпотези щодо трансформації показників психічного здоров'я в залежності від певних ознак респонденти були поділені за віком, статтю, за сімейним станом та за наявністю/відсутністю дітей. Результати аналізу наведені у відповідних таблицях 3.11 – 3.14.

Таблиця 3.11

Результати діагностики тривожності зовнішніх переміщених осіб в залежності від віку

Середні значення показників	Віковий діапазон				Δ1	Δ2	Δ3	Δ4
	20-30 років	31-40 років	41-50 років	51-60 років				
	19 осіб	66 осіб	21 особа	5 осіб				
Ситуативна тривожність (СТ)	48.9	52.0	54.8	57.2	3.1	2.8	2.4	8.3
Особистісна тривожність (ОТ)	45.8	46.4	51.0	48.2	0.6	4.6	-2.8	2.4

Середній рівень ситуативної тривожності зростає разом із збільшенням віку респондентів. Це може бути пов'язане з накопиченням життєвих обов'язків та зростанням відповідальності. У старшому віці додаються також переживання, пов'язані зі станом здоров'я, фінансовою стабільністю та соціальною підтримкою, що підвищує рівень ситуативної тривожності.

При цьому значення показника ситуативної тривожності в кожній віковій категорії знаходиться на високому рівні, як і рівні особистісної тривожності. Проте динаміка особистісної тривожності респондентів за віком є нестабільною, а саме спостерігається її зростання від 20 до 50 років і спад від 51 до 60 років. Це може вказувати на те, що тривожність є залежною від певних життєвих періодів. Зростання особистісної тривожності до 50 років може бути зумовлене періодом активного трудового життя, сімейними обов'язками та накопиченням соціальних

очікувань. Зниження після 51 року може свідчити про досягнення більшої стабільності та емоційного досвіду, а також про зниження тиску від соціальних обов'язків.

Таблиця 3.12

Результати діагностики тривожності зовнішніх переміщених осіб в залежності від статі

Середні значення показників	Стать		Δ1
	жінки	чоловіки	
	91 особа	20 осіб	
Ситуативна тривожність (СТ)	52.6	50.6	-2.0
Особистісна тривожність (ОТ)	48.2	43.1	-5.1

Рівень як ситуативної, так і особистісної тривожності у жінок вищий, ніж у чоловіків. Це вказує на те, що жінки більш схильні до переживань, зумовлених як поточними обставинами, так і глибшими особистісними установками, зокрема більшою емоційною чутливістю. Високий рівень тривожності може підвищувати ризик розвитку депресивних станів, хронічної тривожності та стресових розладів у жінок. Окрім того, рівень ситуативної тривожності як у жінок, так і у чоловіків вищий, ніж рівень особистісної тривожності. Середнє значення особистісної тривожності у чоловіків знаходиться на помірному рівні, що може свідчити про прояви більшої стійкості у повсякденних ситуаціях. Проте їхній високий рівень ситуативної тривожності свідчить про те, що в екстремальних або нових умовах вони також відчувають значний стрес. Це може впливати на їхню здатність до адаптації у кризових ситуаціях і призводити до погіршення як психічного, так і фізичного здоров'я, особливо при тривалому впливі стресових чинників. При цьому середні рівні ситуативної тривожності у жінок та чоловіків, а також особистісної тривожності у жінок відповідають високому рівню. Загалом, висока ситуативна тривожність, яка перевищує особистісну, вказує на те, що поточне життєве

середовище є надзвичайно напруженим для обох статей, проте вплив на жінок є більш значущим через їхню підвищену особистісну тривожність.

Таблиця 3.13

Результати діагностики тривожності зовнішніх переміщених осіб в залежності від сімейного стану

Середні значення показників	Сімейний стан			$\Delta 1$	$\Delta 2$	$\Delta 3$
	одружені	неодружені	розлучені			
	69 осіб	26 осіб	16 осіб			
Ситуативна тривожність (СТ)	52.6	51.0	52.9	-1.6	1.9	0.3
Особистісна тривожність (ОТ)	47.6	45	49.3	-2.6	4.3	1.7

Найбільший рівень ситуативної та особистісної тривожності респондентів в залежності від їх сімейного стану належить розлученим особам, а найнижчий - неодруженим. Як і в попередніх висновках аналізу за іншими ознаками, значення показника ситуативної та особистісної тривожності респондентів за сімейним станом знаходиться на високому рівні, окрім особистісної тривожності неодружених осіб, який відповідає верхній межі помірного рівня. Високий рівень особистісної та ситуативної тривожності у розлучених респондентів пов'язаний із підвищеним ризиком психічних розладів, таких як депресія, тривожність і емоційне вигорання. Розлучення супроводжується емоційними потрясіннями, втратою стабільності та соціальної підтримки, що ускладнює адаптацію і може призводити до самотності та соціальної ізоляції, негативно впливаючи на психічне здоров'я. Хоча неодружені респонденти демонструють помірний рівень особистісної тривожності, їхній високий рівень ситуативної тривожності може означати, що вони схильні до переживань у непередбачуваних ситуаціях, навіть якщо вони мають більшу гнучкість у житті. Недостатній рівень соціальної підтримки, характерний для цієї групи, може знижувати їх здатність до емоційного відновлення після стресу, особливо в умовах нестабільного життєвого середовища, що з часом може

призводити до накопичення хронічного стресу та негативно впливати на психічне здоров'я.

Таблиця 3.14

Результати діагностики тривожності зовнішніх переміщених осіб в залежності від наявності дітей

Середні значення показників	Наявність дітей		$\Delta 1$
	є діти	немає дітей	
	76 осіб	35 осіб	
Ситуативна тривожність (СТ)	53.1	50.4	-2.7
Особистісна тривожність (ОТ)	50.4	46.5	-3.9

Респонденти з дітьми демонструють вищий рівень ситуативної та особистісної тривожності порівняно з тими, хто не має дітей. Вища тривожність зумовлена відповідальністю за благополуччя сім'ї, що підвищує ризик емоційного виснаження та тривожних розладів. Проте наявність дітей може мотивувати до пошуку ресурсів для подолання тривоги, але в умовах ситуативного стресу цього може бути недостатньо. Ситуативна тривожність залишається вищою за особистісну у всіх зовнішніх переміщених осіб, що відображає напруженість їхнього становища.

Графічне узагальнення наведених результатів представлено на рис. 3.4.

Загальний аналіз рівня тривожності показує, що більшість респондентів мають високі показники ситуативної та особистісної тривожності. Виняток складають чоловіки та розлучені, у яких особистісна тривожність знаходиться на помірному рівні. Для всіх категорій характерне перевищення ситуативної тривожності над особистісною, що відповідає напруженості ситуації зовнішнього переміщення внаслідок війни. Висока ситуативна тривожність свідчить про підвищену реакцію на поточні стресори, що може викликати психологічний тиск, порушення сну, втому, зниження мотивації та збільшення ризику депресії та психосоматичних розладів та, як наслідок, зниження психічного здоров'я.

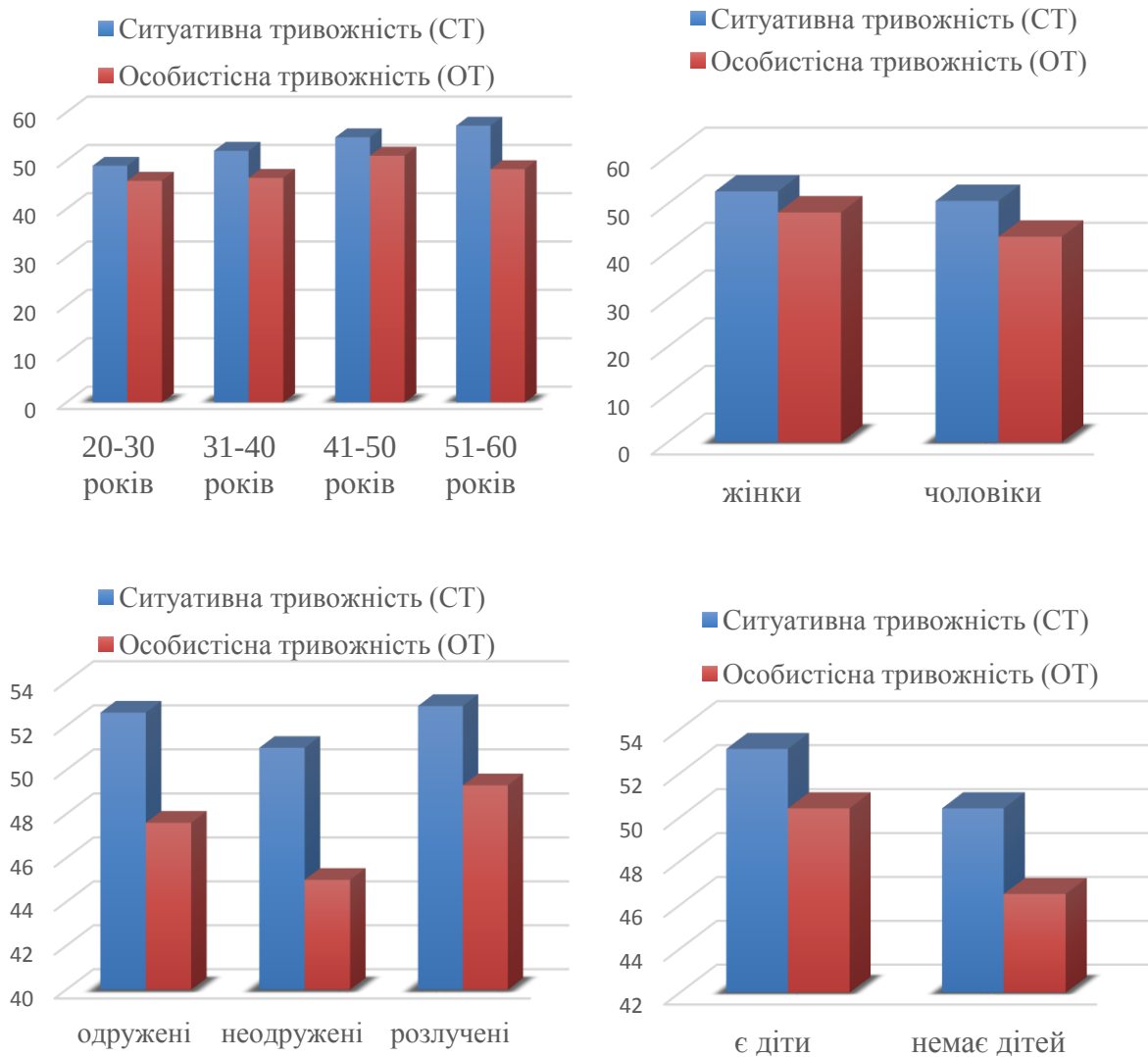


Рис. 3.4 - Результати діагностики тривожності зовнішніх переміщених осіб в залежності від статі, віку, сімейного стану та наявності дітей

Сімейний стан та наявність дітей значно впливають на рівень тривожності. Найвищий рівень мають розлучені та батьки з високою тривожністю, які перебувають у стані хронічного стресу. Забезпечення соціальної підтримки та розвиток навичок управління стресом є ключовими для збереження їх психічного здоров'я.

Таким чином, високий рівень ситуативної тривожності для всіх вікових категорій та обох статей свідчить про посилений вплив життєвих стресів,

характерний для переміщених осіб. Це підвищує важливість підтримки психічного здоров'я. Отже, рівень тривожності особистості є важливим показником при аналізі психічного здоров'я зовнішніх переміщених осіб, який впливає та певним чином взаємодіє з іншими аспектами психічного здоров'я особистості.

На нашу думку, на психічне здоров'я впливає не тільки тривожність, зокрема її ситуативне та особистісне значення, а й співвідношення особистісної та ситуативної тривожності особистості. Тому нами було визначено рівень співвідношення особистісної та ситуативної тривожності зовнішніх переміщених осіб:

$$K = \frac{OT}{CT} \quad (1)$$

де, K – коефіцієнт співвідношення особистісної та ситуативної тривожності

OT – особистісна тривожність

CT – ситуативна тривожність

Відповідно від отриманих результатів респондентів розподілено за трьома групами, а саме:

- група 1 включає респондентів, у яких рівень особистісної тривожності перевищує рівень ситуативної тривожності (далі - $K1=OT>CT$). Ця група включає 18 осіб;

- група 2 включає респондентів, у яких рівень особистісної тривожності дорівнює рівню ситуативної тривожності (далі - $K2=OT=CT$). Ця група включає 23 особи;

- група 3 включає респондентів, у яких рівень особистісної тривожності нижчий, ніж рівень ситуативної тривожності (далі - $K3=OT<CT$). Ця група включає 70 осіб (рис. 3.5).

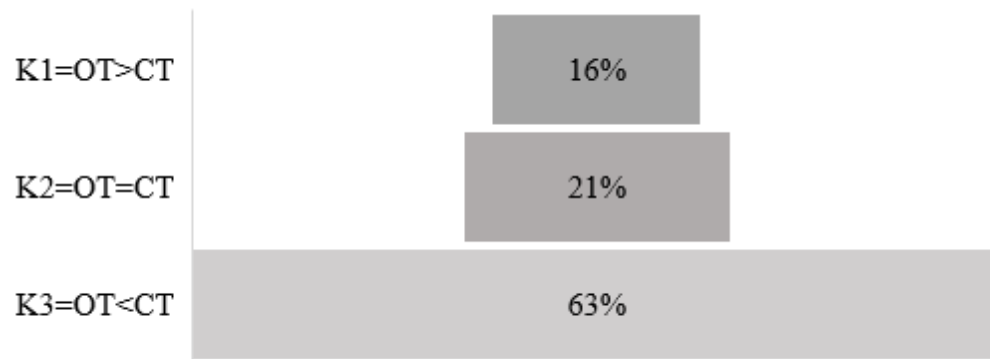


Рис. 3.5 - Розподіл респондентів за рівнем співвідношення особистісної та ситуативної тривожності

Таким чином, використання коефіцієнту співвідношення особистісної та ситуативної тривожності (K) дає можливість виявити специфіку впливу тривожності особистості на показники психічного здоров'я в залежності від значень $K1$, $K2$ та $K3$. Виходячи із зазначеного припущення щодо розподілу респондентів за рівнем співвідношення їх ситуативної та особистісної тривожності, ми будемо проводити подальший аналіз отриманих результатів.

3.3.2. The Big Five Locator, Локатор великої п'ятірки Дж. Ховард, П.Медіна, Ж. Ховард (в адаптації Л. Ф. Бурлачука та Д. К. Корольова)

Зазначена методика була обрана нами з метою проведення експрес-діагностики п'яти великих факторів особистості, а саме нейротизму, як рівня емоційної стабільності, схильність до негативних емоцій, екстраверсії, як рівня соціальності, енергійності та прагнення до взаємодії з іншими, відкритості до досвіду, як здатності до інновацій, інтерес до нових ідей, уяви та культурних переживань, схильності до згоди, як тенденції бути дружелюбним, співчутливим і довірливим, добросовісності, як ступеня організованості, самодисципліни та відповідальності.

Розглянемо загальну динаміку факторів особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки» (рис. 3.6).

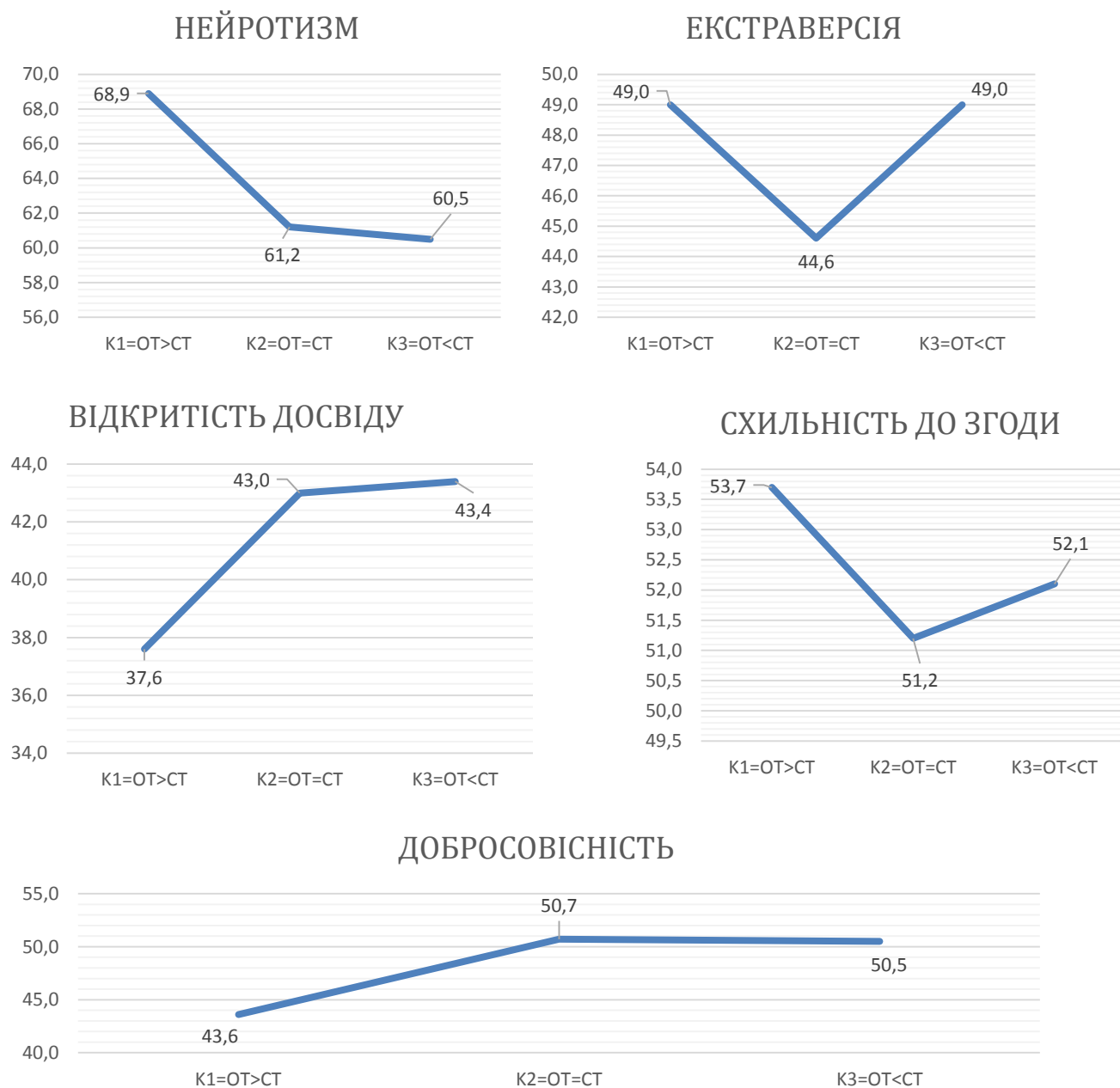


Рис. 3.6 - Загальна динаміка показників факторів особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки»

Респонденти групи 1 із домінуванням особистісної тривожності мають найвищі рівні нейротизму та схильності до згоди, що роблять цих людей

вразливими до хронічного стресу, що збільшує ризик розвитку тривожних розладів, депресії та психосоматичних захворювань. Найнижчі рівні добросовісності та відкритості до досвіду можуть ускладнювати для них управління стресом і пошук ефективних способів подолання труднощів, а отже низька адаптивність і емоційна нестабільність знижують здатність відновлюватися після пережитого стресу. Загалом, такі особливості створюють ризик тривалого психоемоційного напруження та призводять до зниження загального рівня психічного здоров'я.

Респонденти групи 2 з балансом між особистісною та ситуативною тривожністю мають високий рівень добросовісності і низьку схильність до згоди, що може свідчити про їх здатність встановлювати чіткі межі, самостійно ухвалювати рішення і зосереджуватися на довготривалих цілях. Це може позитивно впливати на їхній рівень психічного здоров'я, оскільки вони, ймовірно, краще структурують свій час і досягають особистих цілей. Водночас низький рівень екстраверсії може обмежувати їхню соціальну підтримку, яка є важливим захисним фактором для психічного здоров'я. Це може створювати ризик почуття ізоляції, яке може підсилюватися у стресових ситуаціях. Загалом, їхні особливості свідчать про емоційну стабільність і контроль, що позитивно впливає на психічне здоров'я, але низька потреба в соціальній підтримці може за певних умов підвищувати ризик емоційного виснаження.

Респонденти групи 3 з домінуючою ситуативною тривожністю мають найнижчий рівень нейротизму, що сприяє їх емоційній стійкості й підвищеній здатності адаптуватися до тимчасового стресу, а також знижує ризик розвитку психічних розладів, таких як тривога чи депресія. Вони мають хорошу здатність до саморегуляції та стресостійкості, що є захисними факторами для психічного здоров'я. Висока відкритість до досвіду сприяє гнучкості мислення і готовності приймати нові можливості, що позитивно впливає на психічне здоров'я.

Отже, група з високим рівнем ситуативної тривожності, але стабільною особистісною основою, має найбільш сприятливий профіль для підтримки

психічного здоров'я. Натомість підвищена особистісна тривожність, особливо в поєднанні з високим нейротизмом, підвищує ризики хронічного стресу та пов'язаних з ним розладів, що підкреслює важливість підтримки емоційної стійкості та розвитку навичок стрес-менеджменту для поліпшення психічного здоров'я.

За результатами аналізу можна зробити висновки, що співвідношення особистісною та ситуативної тривожності впливає на показники особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки». Виявлені особливості респондентів із різними рівнями особистісної та ситуативної тривожності мають важливе значення стосовно впливу на їхнє психічне здоров'я, оскільки вони визначають рівень їх емоційної стійкості, схильність до стресу і здатність адаптуватися до нових обставин.

Розглянемо трансформацію факторів особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки» за кожною із груп з урахуванням особливостей за віком, статтю, сімейного стану та наявністю дітей (табл. 3.15, рис. 3.7)

Таблиця 3.15

Результати діагностики факторів особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки» групи 1

Показники	K1=OT>CT									
	20-30	31-40	41-50	Жінки	Чоловіки	Одружені/ Заміжні	Неодружені/ Незаміжні	Розлучений/ Розлучена	мають дітей	не мають дітей
нейротизм	78.0	63.0	71.0	70.0	-	69	69	67	67.0	72.0
екстраверсія	58.0	53.0	30.0	49.0	-	49	53	41	47.0	52.0
відкритість досвіду	42.0	39.0	30.0	38.0	-	41	30	35	38.0	37.0
схильність до згоди	64.0	53.0	42.0	54.0	-	55	54	49	51.0	58.0
добросовісність	39.0	46.0	44.0	43.0	-	42	50	42	43.0	44.0

За результатами попереднього аналізу було встановлено, що респонденти групи 1 мають найвищі показники нейротизму. Факторний аналіз дозволяє зробити висновок, що на це впливає найвищий рівень цього показника у респондентів віком від 20 до 30 років. Найнижчий рівень нейротизму за віковими категоріями має група респондентів віком від 31 до 40 років. А отже зазначена група демонструє стабільність, яка може бути пов'язана із досягненням певного життєвого балансу. З віком від 41 до 50 років рівень нейротизму зростає, але максимального рівня не досягає. Рівень нейротизму у жінок в цій групі досягає майже максимального значення за показником серед усіх респондентів незалежно від групи.

Це підтверджує тенденцію до більш емоційного реагування жінок на стресові фактори в умовах підвищеного рівня особистісної тривожності порівняно з ситуативною. Одружені/заміжні та неодружені/незаміжні респонденти мають однаковий рівень нейротизму, що свідчить про відсутність суттєвого впливу сімейного статусу на нейротизм у цій групі. Рівень нейротизму у респондентів, які мають дітей нижчий, ніж у тих, хто дітей не має. Це дозволяє припустити, що наявність дітей стабілізує емоційний стан, надаючи сенсу та структурованості життю.

Отже, найвищий рівень нейротизму спостерігається у молоді (20-30 років) та осіб, які не мають дітей, що майже і є зазначена вікова категорія. Гендерні та сімейні особливості мають певний вплив, але головними факторами підвищеного нейротизму є молодий вік і відсутність стабілізуючих факторів, таких як діти чи досвід.

Рівень екстраверсії найвищий серед молодих людей, які компенсують тривожність соціальною активністю. З віком екстраверсія знижується, а отже домінують інтровертивні риси, ймовірно, через зниження потреби у зовнішній соціальній активності.

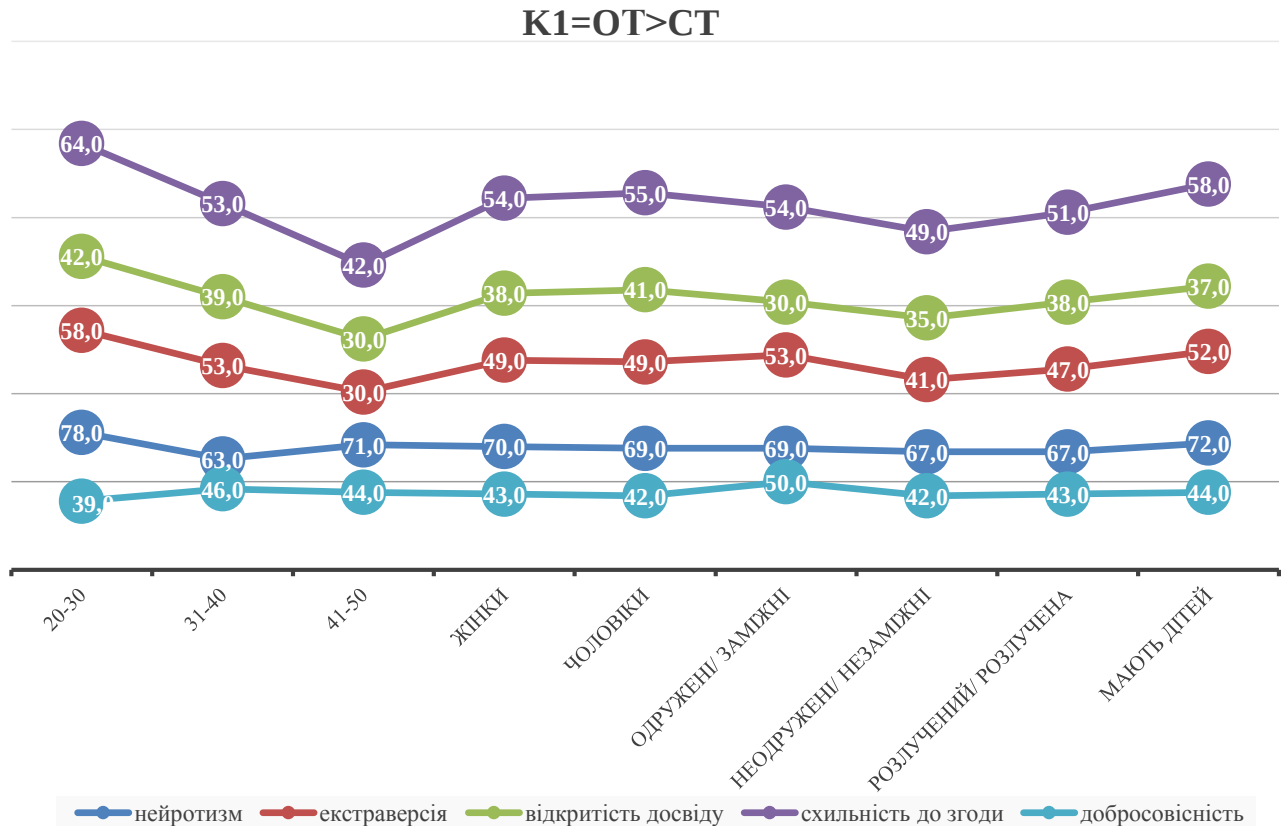


Рис. 3.7 - Динаміка показників факторів особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки» групи 1

Рівень екстраверсії у жінок становить 49.0, що є середнім значенням в цій групі. Одружені респонденти, а також респонденти з дітьми також демонструють помірну соціальну активність, ймовірно через сфокусованість на сімейних обов'язках. Вищий рівень екстраверсії спостерігається у неодружених людей, які можуть бути більш соціально активними, компенсуючи особистісну тривожність зовнішньою взаємодією. Розлучені респонденти мають значно нижчий рівень екстраверсії. Відсутність дітей може дозволяти цій групі більше зосереджуватися на зовнішніх контактах і соціальній активності, про що свідчить вищий рівень даного показника. Таким чином, найвищий рівень екстраверсії характерний для молодших респондентів (20-30 років) і тих, хто не має дітей чи не перебуває у шлюбі. Ці особи, ймовірно, використовують соціальну активність як механізм

подолання внутрішньої тривожності. Зниження екстраверсії у старших вікових групах, розлучених та осіб із дітьми може бути пов'язане із пріоритетом внутрішньої стабільності та меншим залученням до активного соціального життя.

Проаналізуємо результати показника «відкритість до досвіду» залежно від факторів. Відкритість до досвіду найвища серед молоді (20-30 років) та одружених респондентів. Гендерні, сімейні та батьківські ролі впливають помірно, але загальна тенденція свідчить про те, що рівень відкритості до досвіду зменшується зі збільшенням життєвих обов'язків і вікових змін.

Найвищий рівень показника «схильність до згоди» мають респонденти віком від 20 до 31 років та особи, які не мають дітей. У старшій віковій групі та серед розлучених цей показник знижується через більшу впевненість у власних переконаннях.

Розглянемо результати показника «добросовісність». Найнижчий рівень добросовісності спостерігається у віковій групі від 20 до 30 років, з віком від 31 до 40 років добросовісність зростає, що може свідчити про більшу відповідальність та орієнтованість на досягнення цілей, які стають актуальними у цьому періоді життя. А з подальшим збільшенням віку спостерігаємо незначне зниження рівня даного показника, але разом із тим він залишається високим, що свідчить про стабільність і відповідальність, набуту з досвідом. Рівень добросовісності жінок має середнє значення. Добросовісність у респондентів, які не мають дітей трохи вища, ніж у осіб з дітьми, що може бути пов'язано із більшою здатністю зосереджуватися на власних зобов'язаннях і цілях. Таким чином, добросовісність найвища у респондентів середнього віку (31-40 років) та одружених осіб. Сімейний стан та наявність дітей стимулюють зростання добросовісності, проте особистісна тривожність у групі розлучених та неодружених може знижувати цей показник.

Проаналізуємо результати факторів особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки» в групі 2 (табл. 3.16, рис. 3.8).

Таблиця 3.16

Результати діагностики факторів особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки» групи 2

Показники	K2=OT=CT								
	31-40	41-50	Жінки	Чоловіки	Одружені/ Заміжні	Неодружені/ Незаміжні	Розлучений/ Розлучена	мають дітей	не мають дітей
нейротизм	64.0	54.0	62.0	57.0	62.0	57.0	61.0	61.0	61.0
екстраверсія	43.0	49.0	46.0	39.0	47.0	35.0	41.0	47.0	36.0
відкритість досвіду	41.0	46.0	41.0	51.0	42.0	50.0	42.0	44.0	38.0
схильність до згоди	51.0	49.0	52.0	45.0	52.0	51.0	48.0	51.0	51.0
добросовісність	51.0	51.0	51.0	48.0	49.0	46.0	59.0	53.0	43.0

Аналіз показника «нейротизм» у групі, респонденти якої мають рівні значення особистісної та ситуативної тривожності, показав, що його рівень залишається помірним, порівняно з результатами попередньої групи, що свідчить про емоційну стабільність цієї групи, хоча між віковими, гендерними та соціальними групами спостерігаються варіації. Так, у респондентів віком 31-40 років нейротизм вищий, що може бути викликано стресами, пов'язаними із середнім віком. У групі 41-50 років показник знижується, що свідчить про поступове зростання емоційної стабільності з віком.

Жінки демонструють вищий рівень нейротизму, ніж чоловіки, що може бути обумовлено гендерними відмінностями у сприйнятті стресу та тривожності. Незалежно від сімейного стану або наявності дітей, показник нейротизму коливається в межах 61-62, що свідчить про рівномірний вплив тривожності на ці групи.

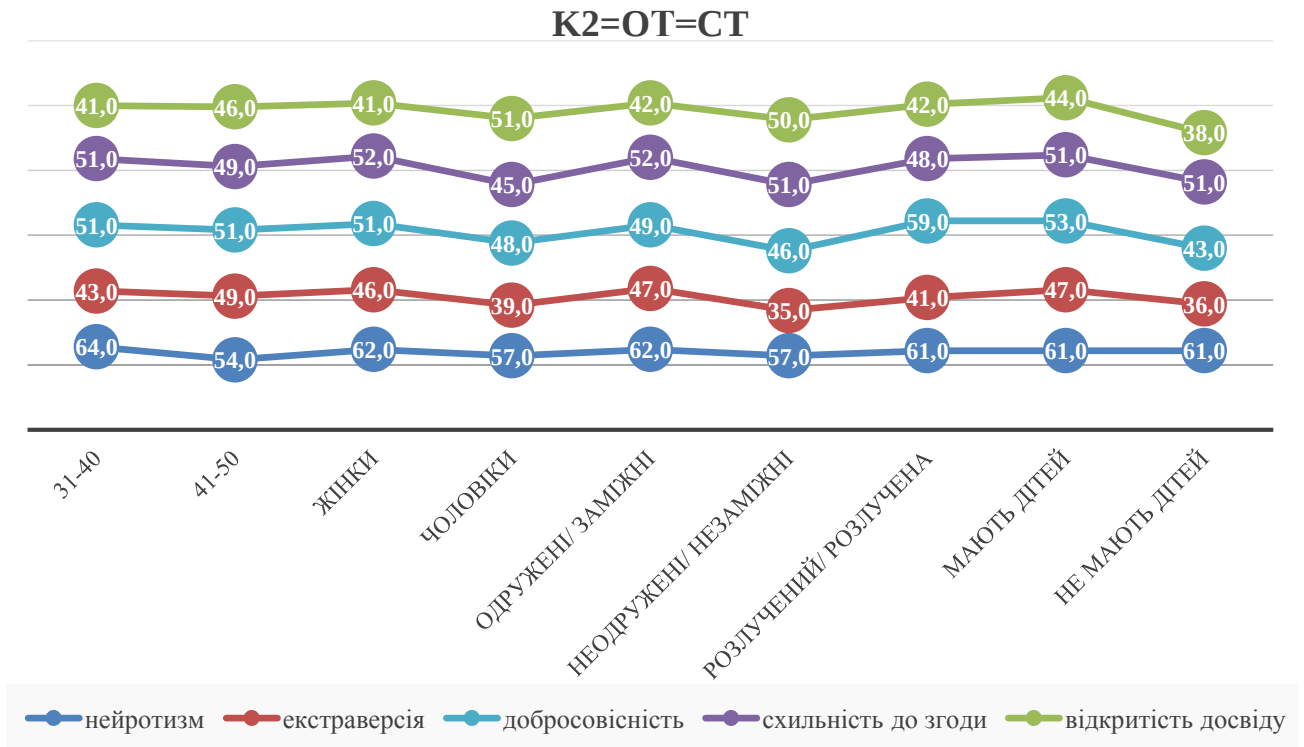


Рис. 3.8 - Динаміка показників факторів особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки» групи 2

Рівень екстраверсії є помірним або низьким у цій групі, що свідчить про стриману соціальну активність. У респондентів 31-40 років екстраверсія нижча, але з віком вона зростає, що може бути пов'язано з набуттям упевненості та адаптацією до соціальних ролей.

Жінки демонструють вищий рівень екстраверсії порівняно з чоловіками, що свідчить про більшу соціальну активність жінок у межах цієї групи. Найвищий рівень екстраверсії спостерігається у одружених і респондентів, які мають дітей. Неодружені/незаміжні і бездітні демонструють значно нижчий рівень цього показника, що може свідчити про меншу залученість у соціальні контакти.

Респонденти демонструють помірний рівень відкритості до нового, із деякими варіаціями між групами. У респондентів віком 41-50 років рівень відкритості дещо вищий, ніж у групі 31-40 років, що може свідчити про більшу

гнучкість у старшому віці. Чоловіки мають вищий рівень відкритості, ніж жінки, що може вказувати на більшу схильність до нових ідей серед чоловіків. Найвищий рівень відкритості спостерігається у неодружених/незаміжніх і тих, хто має дітей. Бездітні респонденти демонструють нижчий рівень відкритості, що може бути обумовлено більшою фокусованістю на стабільності.

Рівень схильності до згоди є стабільним у межах груп, що свідчить про орієнтацію на підтримку гармонії у стосунках. Так, у групі 31-40 років рівень схильності до згоди трохи вищий, ніж у групі 41-50 років, що може свідчити про більшу готовність до компромісів у молодшому віці. Жінки більш схильні до згоди порівняно з чоловіками, що може відображати їхнє прагнення до гармонійних взаємин. Показник схильності до згоди є майже однаковим серед усіх категорій, за винятком розлучених, що свідчить про певну втрату довіри після життєвих труднощів.

Рівень добросовісності коливається між помірним та високим, що вказує на відповідальність і дисциплінованість респондентів. Добросовісність однаково висока у респондентів віком 31-40 років та 41-50 років та складає 51 бал, що свідчить про стабільну відповідальність у цих групах. Жінки демонструють вищу добросовісність, ніж чоловіки, що може свідчити про більшу організованість жінок у цій групі. Найвищий рівень добросовісності у розлучених і тих, хто має дітей, що свідчить про відповідальність, пов'язану з життєвими обставинами. Бездітні демонструють найнижчий рівень, що може бути обумовлено меншою мотивацією до відповідального ставлення.

Отже, група респондентів із рівним рівнем особистісної та ситуативної тривожності демонструє емоційну стабільність, збалансовану соціальну активність і готовність до компромісів. Найбільш адаптивними є одружені респонденти, особливо ті, хто має дітей, адже вони демонструють високу добросовісність, помірну екстраверсію та схильність до згоди. Респонденти у віковій категорії від 31 до 40 років схильні до компромісів і відкриті до змін, але при цьому демонструють

вищий рівень нейротизму. Розлучені респонденти проявляють найвищу добросовісність і стабільний рівень нейротизму, але менш схильні до компромісів. Чоловіки більш відкриті до досвіду, але менш схильні до згоди та добросовісності, порівняно з жінками, які більш соціально активні та орієнтовані на гармонію у стосунках.

Проаналізуємо результати факторів особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки» в групі 3, респонденти якої мають менший рівень особистісної тривожності порівняно з ситуативною (табл. 3.17, рис. 3.9).

Таблиця 3.17

Результати діагностики факторів особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки» групи 3

Показники	K3=OT<CT										
	20-30	31-40	41-50	51-60	Жінки	Чоловіки	Одружені/ Заміжні	Неодружені/ Незаміжні	Розлучений/ Розлучена	мають дітей	не мають дітей
нейротизм	53.0	62.0	65.0	57.0	61.0	60.0	62.0	55.0	66.0	63.0	56.0
екстраверсія	48.0	51.0	43.0	49.0	49.0	47.0	48.0	51.0	48.0	48.0	50.0
відкритість досвіду	43.0	43.0	42.0	51.0	44.0	42.0	43.0	46.0	38.0	42.0	46.0
схильність до згоди	50.0	53.0	50.0	56.0	53.0	50.0	54.0	50.0	50.0	53.0	51.0
добросовісність	51.0	42.0	55.0	51.0	51.0	47.0	42.0	51.0	52.0	50.0	51.0

Результати діагностики дозволяють оцінити, як знижена особистісна тривожність порівняно з ситуативною впливає на основні особистісні характеристики. Рівень нейротизму змінюється протягом життя і значною мірою залежить від вікових викликів. Найнижчий нейротизм у групах 20-30 років та 51-60 років, що вказує на емоційну стабільність. Найвищий нейротизм у групі 41-50 років, яка стикається з піковим стресом через кар'єрні, сімейні та особистісні виклики. У

групі 31-40 років спостерігається тенденція до підвищення нейротизму, яка відображає напруженість середнього віку.

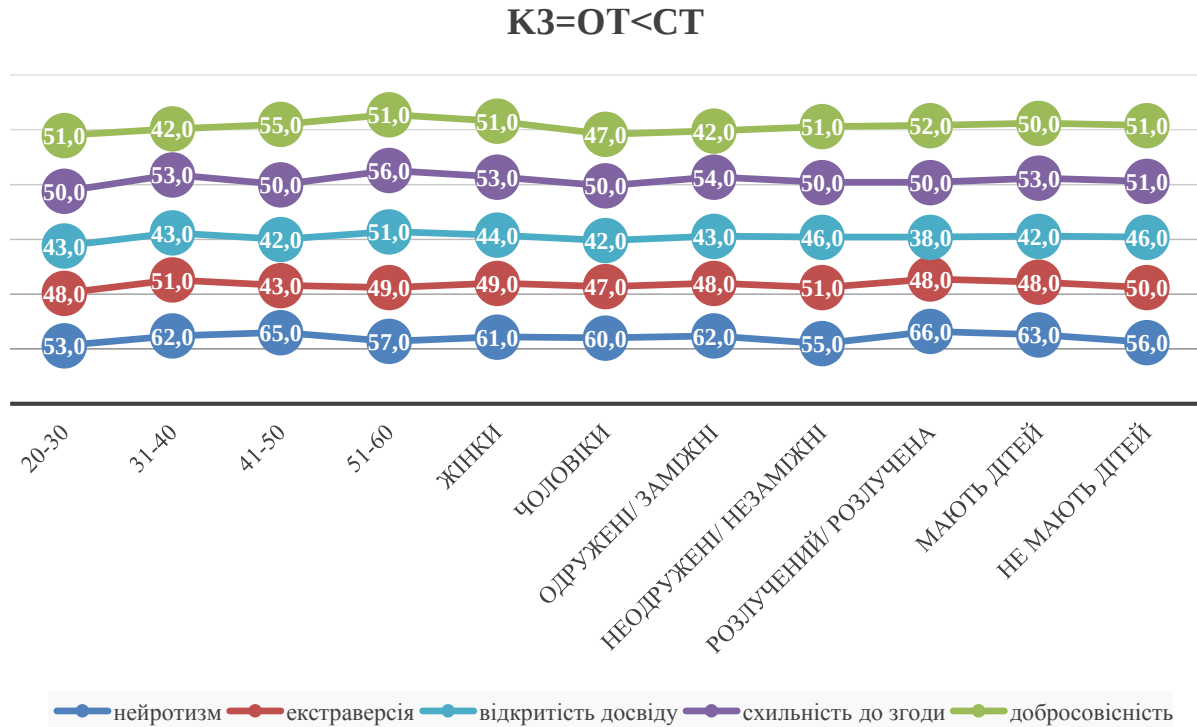


Рис. 3.9 - Результати діагностики факторів особистості зовнішніх переміщених осіб в залежності від статі, віку, сімейного стану та наявності дітей

Отже, результати свідчать, що вікові зміни впливають на рівень емоційної вразливості, і нейротизм досягає піку в періоди найбільших соціальних та особистісних змін. Жінки демонструють трохи вищий рівень нейротизму порівняно з чоловіками у цій групі, що може свідчити про їхню більшу емоційну реактивність. Найвищий рівень нейротизму у розлучених, що, ймовірно, відображає стрес після розриву стосунків. Респонденти без дітей демонструють нижчий нейротизм порівняно з тими, хто має дітей, що може свідчити про вплив відповідальності за сім'ю на емоційну сферу.

Найвищий рівень екстраверсії у віковій групі 31-40 років, що може вказувати на активну соціальну взаємодію та впевненість у середньому віці. У групі 41-50

років екстраверсія знижується, можливо, через стрес чи втрату соціальної активності. Жінки демонструють вищу екстраверсію порівняно з чоловіками, що свідчить про більшу орієнтацію на соціальні контакти. Респонденти без дітей демонструють трохи вищу екстраверсію порівняно з тими, хто має дітей, можливо, через більшу свободу для соціальної активності.

Найвищий рівень відкритості до досвіду у віковій групі 51-60 років, що може свідчити про бажання залишатися активними й цікавитися новим у старшому віці. У молодших вікових групах (20-50 років) рівень відкритості залишається стабільним, коливаючись від 42 до 43. Жінки демонструють трохи вищий рівень відкритості порівняно з чоловіками. Найнижча відкритість серед розлучених, що може свідчити про консервативність у відповідь на життєві труднощі. Респонденти без дітей демонструють вищу відкритість, можливо, через більшу гнучкість у виборі життєвих шляхів.

Найвищий рівень схильності до згоди у віковій групі 51-60 років, що може свідчити про прагнення до гармонійних стосунків. У молодших групах (20-50 років) схильність до згоди залишається стабільною, на рівні 50-53. Жінки демонструють вищу схильність до згоди порівняно з чоловіками, що може свідчити про їхнє бажання уникати конфліктів. Респонденти з дітьми демонструють трохи вищий рівень схильності до згоди порівняно з бездітними, можливо, через прагнення підтримувати гармонію в сім'ї.

Найвищий рівень добросовісності у віковій групі 41-50 років, що може свідчити про відповідальність, накопичену в цьому віці. Молодші групи (20-30 років) демонструють стабільну добросовісність, тоді як у групі 31-40 років вона знижується, можливо, через більший фокус на соціальній активності. Жінки мають вищу добросовісність порівняно з чоловіками. Найвищий рівень добросовісності у розлучених і тих, хто має дітей, що може відображати необхідність брати на себе відповідальність у складних життєвих обставинах.

Ці результати вказують на те, що ситуаційна тривожність може бути джерелом короткострокового стресу, але респонденти здатні ефективно адаптуватися до зовнішніх умов.

3.3.3. Методика визначення толерантності до невизначеності (тест С. Баднера)

Методика визначення толерантності до невизначеності (тест С. Баднера) спрямована на оцінку здатності індивіда справлятися з ситуаціями невизначеності, тобто на визначення його толерантності чи інтолерантності до невизначеності. Цей тест допомагає зрозуміти, наскільки людина психологічно стійка перед обставинами, які є незрозумілими, непередбачуваними або не мають чіткої структури.

Розглянемо трансформацію показників толерантності до невизначеності в залежності від віку, статі, сімейного стану та наявності дітей (табл. 3.18).

У групі 1 спостерігаємо, що найвищий рівень загального показника толерантності до невизначеності мають респонденти віком від 31 до 40 років, одружені та ті, хто не мають дітей. Респонденти віком від 31 до 40 років та респонденти без дітей найкраще реагують у ситуаціях нерозв'язності, одружені – у нових ситуаціях. Проте респонденти групи 1 віком від 20 до 30 років мають вищий за значенням показник толерантності до невизначеності за новизною, не дивлячись на домінуючий рівень особистісної тривожності. Найбільше значення показника толерантності до невизначеності в умовах складних ситуацій мають розлучені респонденти групи 1, а в умовах нерозв'язності – неодружені респонденти.

У групі 2 найвищий рівень загального показника толерантності до невизначеності мають неодружені респонденти та ті, хто мають дітей. При цьому в ситуаціях новизни найкраще реагують респонденти віком від 41 до 50 років та респонденти, які не мають дітей, в складних умовах – респонденти, які мають дітей,

та відповідно в умовах нерозв'язності – чоловіки, неодружені респонденти та ті, хто мають дітей.

Таблиця 3.18

Результати діагностики показників толерантності до невизначеності за групами та віковими особливостями, статтю, сімейним станом та наявністю дітей

K1=OT>CT											
Показники	20-30	31-40	41-50	51-60	Жінки	Чоловіки	Одружені/ Заміжні	Неодружені/ Незаміжні	Розлучений/ Розлучена	мають дітей	не мають дітей
загальний показник	75.8	76.0	65.3	-	73.0	-	75.3	71.3	70.3	72.8	75.0
новизна	19.4	17.1	12.5	-	16.5	-	18.4	14.3	14.0	16.9	16.3
складність	43.4	43.3	41.3	-	42.7	-	43.1	41.3	44.3	42.6	43.5
нерозв'язність	13.0	15.6	11.5	-	13.8	-	13.8	15.8	12.0	13.3	15.2
K2=OT=CT											
загальний показник		67.5	67.5		66.2	77.0	67.6	78.0	67.6	78.0	65.4
новизна		15.2	17.8		15.4	20.0	15.7	16.5	15.7	16.5	17.8
складність		38.5	37.2		37.3	43.0	38.4	47.5	38.4	47.5	34.2
нерозв'язність		13.9	12.5		13.4	14.0	13.5	14.0	13.5	14.0	13.4
K3=OT<CT											
загальний показник	71.0	70.0	71.2	71.0	70.5	69.9	70.5	71.8	68.0	69.8	71.7
новизна	16.0	16.6	16.5	17.0	16.6	15.9	16.1	17.5	15.8	16.2	17.1
складність	41.0	39.3	41.2	39.5	40.1	39.5	39.9	40.7	38.1	39.6	40.6
нерозв'язність	14.0	14.1	13.5	14.5	13.9	14.5	14.5	13.7	12.6	14.0	14.0

У групі 3 найвищий рівень загального показника толерантності до невизначеності належить респондентам, які мають дітей, аналогічно групі 1, тому можна зробити висновок, що домінування особистісної або ситуативної тривожності не впливає на респондентів, які мають дітей. В ситуаціях новизни найкраще реагують неодружені респонденти, в складних умовах – респонденти віком від 41 до 50 років, які мають дітей, та відповідно в умовах нерозв'язності – респонденти віком від 51 до 60 років та одружені респонденти.

Розглянемо динаміку показників Методики визначення толерантності до невизначеності, а саме новизни, складності, нерозв'язності та загального показника за групами співвідношення особистісної та ситуативної тривожності (рис. 3.10).



Рис. 3.10 - Динаміка показників Методики визначення толерантності до невизначеності

Аналіз отриманих результатів за показниками зазначеної методики показав, що за всіма показниками, окрім «нерозв'язності», спостерігається однака динаміка зміни показників між групами. Так, група 1 має найвищі рівні загального показника, новизни та складності серед усіх груп. Значення показника нерозв'язності у групах 1 та 3 знаходиться майже на одному рівні.

Незважаючи на домінуючий рівень тривожності, загальна толерантність до невизначеності у групі 1 знаходиться на середньому рівні, але ближче до його верхньої межі. Це свідчить про потенціал для адаптації, хоч і з труднощами.

У ситуаціях новизни нерозв'язності респонденти групи 1 демонструють помірну здатність сприймати нове, але високий рівень тривожності обмежує їхню відкритість. Респонденти групи 1 демонструють високий рівень здатності до роботи зі складними ситуаціями, попри підвищену особистісну тривожність.

У групі 2, у якій особистісна тривожність дорівнює ситуаційній, спостерігаємо, що всі показники нижче, ніж у групі 1, проте знаходяться на середньому рівні толерантності до невизначеності. Ця група демонструє середній рівень здатності працювати зі складними проблемами та адаптуватися до нових ситуацій, хоча певний рівень тривожності залишається.

У респондентів групи 3, у яких особистісна тривожність нижча за ситуативну спостерігаємо, що показники підвищились порівняно з групою 2, але не досягають рівня показників групи 1. Загальний рівень толерантності до невизначеності є середнім, із деяким відчуттям дискомфорту через ситуативну тривожність. Середній рівень за показником «новизна» свідчить про помірну готовність до нових умов із деяким емоційним напруженням, а рівень «нерозв'язності» визначає здатність працювати зі складними ситуаціями є достатньо високою, що демонструє адаптивність навіть за умов ситуативного стресу.

Отже, вік респондентів впливає на готовність до реакції в різних ситуаціях: молодші респонденти краще адаптуються до новизни, тоді як старші демонструють вищу стійкість у складних і нерозв'язних умовах. Сімейний стан модифікує сприйняття ситуацій невизначеності, а саме неодружені респонденти зазвичай краще реагують на нерозв'язність, а одружені респонденти з домінуючим рівнем особистісної тривожності - на нові виклики, що може бути пов'язано з відмінностями у пріоритетах і соціальній підтримці. Так, у групах 1 та 3 один із найвищих рівнів загального показника толерантності до невизначеності

притаманний респондентам, які мають дітей, що свідчить про стабілізуючий вплив батьківства на сприйняття невизначеності, незалежно від рівня тривожності. Таким чином, найбільш толерантними до невизначеності є респонденти середнього віку, які мають дітей, а ключовими детермінантами адаптації виступають досвід і особисті життєві обставини.

3.3.4. Опитувальник «Шкала психологічного благополуччя» The scales of psychological well-being (К. Ріфф)

До складу моделі Ріффа увійшло шість компонентів, а саме шкала «Самосприйняття», «Цілі в житті», «Особистісне зростання», «Управління середовищем», «Автономія» та «Позитивні відносини з тими, що оточують». Головним компонентом є «Особистісне зростання», яке може демонструвати позитивні чи негативні тенденції, здатність особистості до відновлення в новій ситуації, в нових умовах і в нових обставинах.

Графічне представлення результатів опитувальника «Шкала психологічного благополуччя» наведено на рис. 3.11.

В аналізі отриманих результатів акцент робився на співставленні загальних результатів по двох компонентах, а саме «Автономії» та «Особистісного зростання» (табл. 3.19). Розраховано показники компонентів без урахування вікових категорій, сімейного стану та наявності/відсутності дітей.

Таким чином, виявлено тенденцію особистісного зростання в нових умовах (політичних, соціальних, психологічних) у зовнішніх переміщених осіб. Тобто, чим нижче значення «Автономії», тим більше умов для «Особистісного зростання». І чим більше особа демонструє автономію, тим менше вона має потенціал для особистісного зростання. Що і є проявом стану психічного здоров'я переміщених осіб в ситуаціях «тут і зараз».

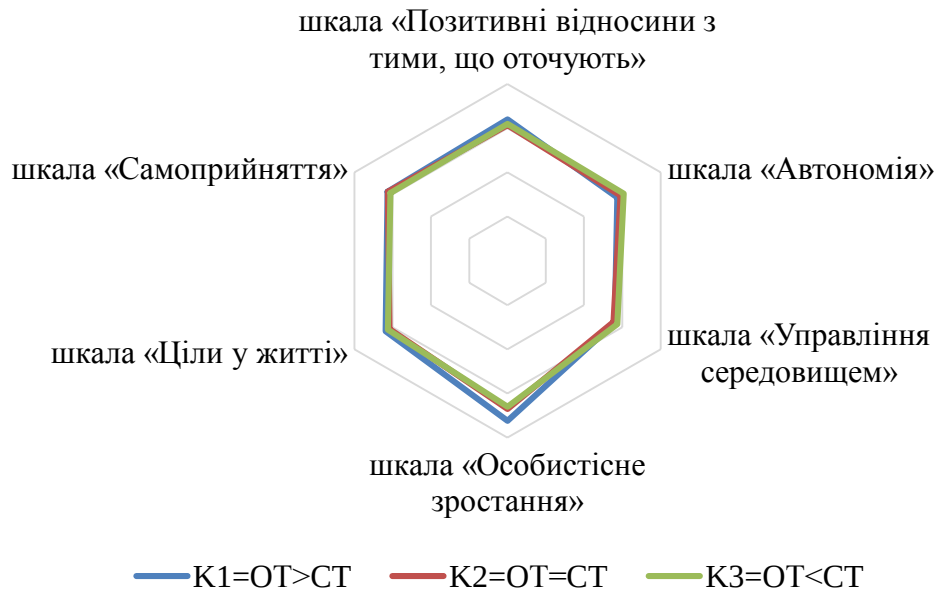


Рис. 3.11 - Результатів опитувальника «Шкала психологічного благополуччя» за групами респондентів

Таблиця 3.19

Співставлення показників «Автономія» та «Особистісне зростання» за групами респондентів

Показники	K1=OT>CT	K2=OT=CT	K3=OT<CT
шкала «Автономія»	57.4	59.0	60.8
шкала «Особистісне зростання»	72.4	67.0	66.0

Але, як вже було зазначено вище, вікові особливості, статеві, сімейний стан та наявність дітей вносять свої корективи в прояв психічного здоров'я. Аналіз результатів дозволяє виявити можливість керування середовищем та самосприйняттям, тобто певний зв'язок, а саме чим вищий показник «Управління середовищем», тим більше прояв тенденції до «Самоприйняття» (рис. 3.12).

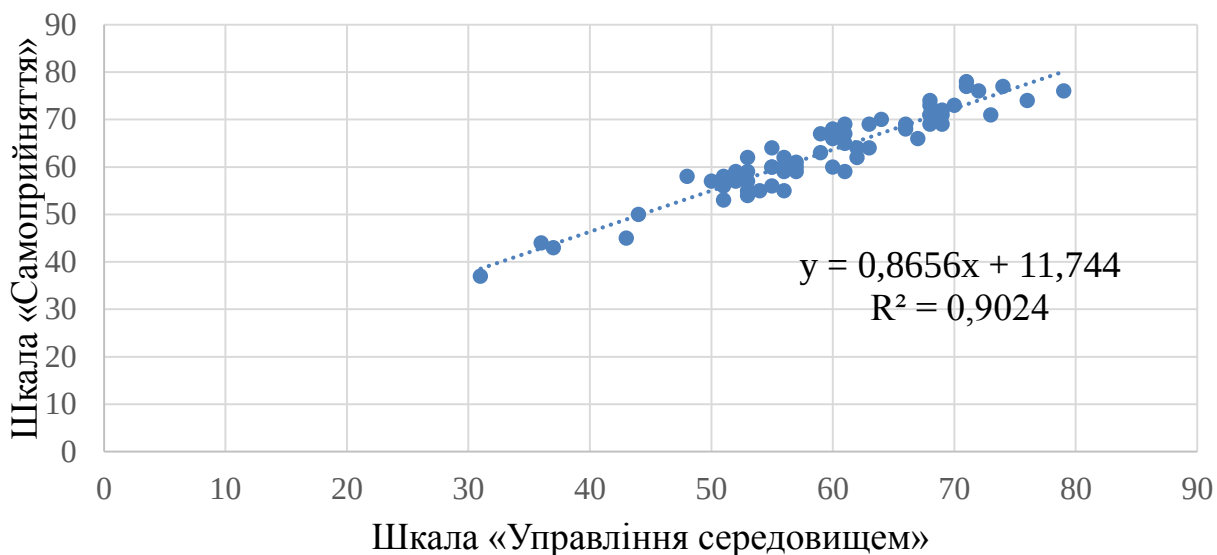


Рис. 3.12 – Кореляцій зв'язок між показниками «Управління середовищем» та «Самоприйняттям»

Таким чином, наведений взаємозв'язок демонструє, що здатність керувати середовищем тісно пов'язана з відчуттям контролю над власним життям і позитивним самосприйняттям. Це підтверджує те, що психічне здоров'я включає в себе як уміння адаптуватися до змін, так і сприймати себе компетентною і значущою особистістю.

Результати показників опитувальника «Шкала психологічного благополуччя» для трьох груп учасників емпіричного дослідження з урахуванням вікових особливостей, статі, сімейного стану та наявності дітей наведені в таблиці 3.20.

Аналіз наведених даних дозволяє інтегрувати результати дослідження з критеріями психічного здоров'я, виділеними Марі Яходою (ставлення до себе; розвиток, зростання та самоактуалізація; інтеграція; автономія; адекватність сприйняття реальності; здатність до опанування навколишнього середовища), підкреслюючи зв'язок між ключовими характеристиками, які є основою психологічного благополуччя.

Таблиця 3.20

Результати діагностики показників Опитувальника «Шкала психологічного благополуччя» за групами та віковими особливостями, статтю, сімейним станом та наявністю дітей

K1=OT>CT											
Показники	20-30	31-40	41-50	51-60	Жінки	Чоловіки	Одружені/ Заміжні	Неодружені	Розлучений	мають дітей	не мають дітей
шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	64.6	68.0	54.3	-	63.5	-	63.7	65.5	63	63.4	64.5
шкала «Автономія»	57.0	61.2	49.3	-	56.6	-	57.6	58.3	55.3	56.9	58.3
шкала «Управління середовищем»	49.2	58.8	58.5	-	55.2	-	55	54	62.7	58.7	50.8
шкала «Особистісне зростання»	74.6	74.3	65.5	-	72.1	-	70.5	73.3	78.3	71.1	75.2
шкала «Цілі у житті»	62.2	63.7	61.3	-	62.9	-	62	66	67	63.8	63.5
шкала «Самоприйняття»	58.0	66.6	59.5	-	61.7	-	61.5	64.3	64.7	64.0	59.8
K2=OT=CT											
шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	-	60.9	59.3	-	63.3	52.8	59.1	65.0	67.4	61.9	59.6
шкала «Автономія»	-	57.0	63.0	-	59.9	54.8	57.9	59.0	62.6	59.7	56.4
шкала «Управління середовищем»	-	54.3	59.5	-	55.8	53.8	56.0	52.5	54.8	56.2	52.6
шкала «Особистісне зростання»	-	65.4	70.5	-	67.2	66.0	66.5	63.5	69.8	68.0	63.2
шкала «Цілі у житті»	-	63.3	62.2	-	62.7	56.8	62.8	44.5	65.2	64.3	52.4
шкала «Самоприйняття»	-	62.4	67.2	-	63.9	55.3	63.4	56.5	61.6	62.6	61.8
K3=OT<CT											
шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	64.3	62.9	59.9	63.3	62.1	61.1	60.3	66.8	58.1	59.8	66.0
шкала «Автономія»	64.0	59.3	61.5	63.8	60.4	62.0	59.6	64.3	58.0	59.4	63.3
шкала «Управління середовищем»	58.5	56.4	59.5	57.8	58.1	54.7	55.6	61.9	55.4	55.7	60.5
шкала «Особистісне зростання»	68.1	65.5	64.3	69.3	67.2	61.6	63.5	70.5	67.4	64.0	69.7
шкала «Цілі у житті»	64.3	62.3	61.5	59.8	62.7	61.3	60.8	66.2	61.6	61.2	64.8
шкала «Самоприйняття»	65.8	60.1	60.9	58.5	61.3	61.1	59.3	66.2	58.8	59.7	64.2

Зв'язок між показниками «Управління середовищем» і «Самосприйняття» прямо відповідає критерію ставлення до себе. Вищий рівень самосприйняття у осіб із високими показниками управління середовищем відображає прийняття своїх можливостей і обмежень. Це підкреслює позитивне ставлення до себе, що є основою для адаптації в умовах невизначеності.

Взаємозв'язок між автономією та потенціалом для особистісного зростання свідчить про складні процеси розвитку. Знижений рівень автономії створює умови для активного розвитку і адаптації в нових умовах. Це підтверджує, що особистісне зростання відбувається під впливом ситуації, де є виклик, який стимулює самореалізацію і адаптацію.

Виявлення тенденції до підвищення рівня самосприйняття за умов ефективного управління середовищем також вказує на інтеграцію. Здатність знаходити внутрішній баланс і гармонійно адаптуватися до складних ситуацій свідчить про інтегровану особистість, яка здатна зберігати стійкість у стресових умовах. Результати демонструють, що автономія має складний вплив на особистісне зростання. Залежність від соціальних умов і зв'язків може обмежувати самостійність, але водночас створює передумови для активного розвитку в нових умовах. Це підтверджує важливість гнучкості автономії як індикатора психічного здоров'я.

Зв'язок між управлінням середовищем і самосприйняттям підкреслює здатність адекватно реагувати на зміни, що відповідає критерію реалістичного сприйняття ситуацій. Люди, які мають високий рівень самосприйняття, краще розуміють навколишнє середовище і свої можливості адаптації до нього.

Високий рівень «Управління середовищем» демонструє здатність ефективно адаптуватися до нових умов, включаючи вирішення проблем і гармонійне входження в нове середовище. Це узгоджується з критерієм здатності опанувати середовище, підкреслюючи ефективність у пристосуванні та міжособистісних стосунках. Додавання якісних і кількісних критеріїв до аналізу психічного здоров'я

дозволяє краще розкрити складні взаємозв'язки між автономією, самосприйняттям, управлінням середовищем і потенціалом до особистісного зростання.

Таким чином, аналіз результатів дозволив виявити кількісний зв'язок між показником психологічного благополуччя за методикою Ріффа та критеріями психічного здоров'я.

3.3.5. Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman))

Методика психологічного благополуччя спрямована на дослідження показників суб'єктивного благополуччя таких як, психологічне благополуччя, фізичне здоров'я та благополуччя та стосунки. Аналіз результатів психодіагностики по цій методиці відбувався в залежності від значень коефіцієнтів K1, K2, K3, тобто співвідношення між собою значень особистісної та ситуативної тривожності. Отримані результати, які приведені в табл. 3.21, свідчать, що відбуваються зміни в показниках за двома основними параметрами: суб'єктивне благополуччя та психологічне благополуччя. Незмінним залишається роль психологічного благополуччя в значеннях суб'єктивного благополуччя на рівні 50%. Графік залежності суб'єктивного благополуччя та психологічного благополуччя за трьома групами співвідношення особистісної та ситуативної тривожності наведено на рис.3.13.

При співставленні значень психологічного та суб'єктивного благополуччя в графічному вигляді ми дійшли до наступних висновків, а саме зі зростанням показників суб'єктивного благополуччя збільшується прояв психологічного благополуччя особливо для осіб, які входять в групу 3, у яких ситуативна тривожність більша, ніж особистісна. Цей результат співпадає з розумінням тривоги в теорії Спілбергера. Таке пояснення тривожності дає можливість

розуміння, що тривожність – це індивідуальна психологічна особливість, яка проявляється в підвищеній схильності відчувати занепокоєння в різних життєвих ситуаціях. Тривога супроводжується змінами в поведінці, що відображає адаптивні або захисні реакції. Часті повторення стресових ситуацій сприяють формуванню стійких захисних механізмів, які можуть бути як ефективними для адаптації, так і такими, що провокують нові труднощі в подоланні тривоги.

Таблиця 3.21

Результати діагностики показників за методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» за групами

Показники	K1=OT>CT	K2=OT=CT	K3=OT<CT	Δ max-min
психологічне благополуччя	37.7	37.5	38.2	0.7
фізичне здоров'я та благополуччя	18.9	20.4	20.8	1.9
стосунки	16.3	16.8	16.8	0.5
суб'єктивне благополуччя	72.9	74.7	75.8	2.9

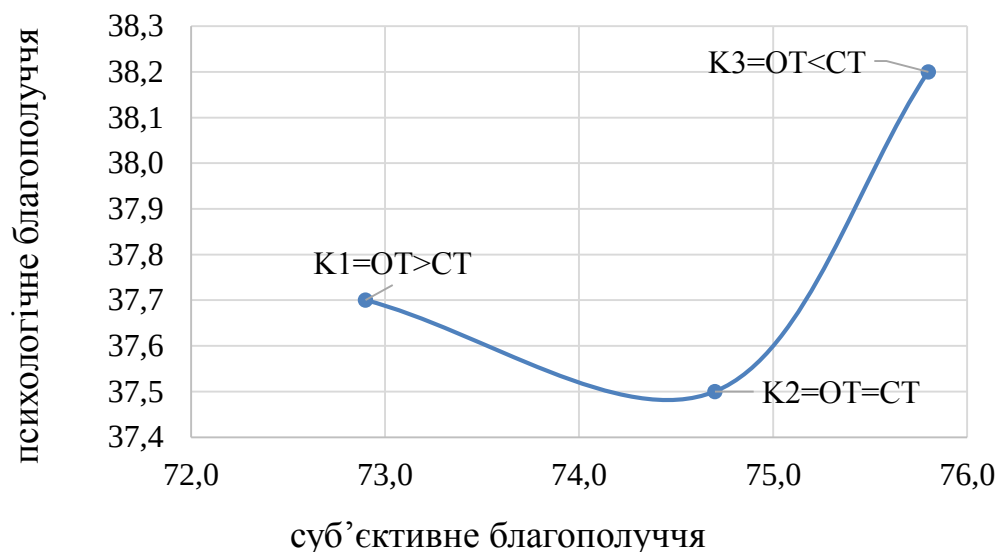


Рис.3.13 - Залежність суб'єктивного благополуччя та психологічного благополуччя за трьома групами співвідношення особистісної та ситуативної тривожності

Ситуативна тривожність за Спілбергером є реакцією на конкретну загрозову або значущу ситуацію, і вона мобілізує особистість для адаптації до викликів у моменті «тут і зараз». Ця мобілізація може включати підвищену активність, концентрацію уваги або пошук рішень, що сприяє суб'єктивному благополуччю за рахунок почуття контролю над ситуацією.

Психологічне благополуччя також може зростати через реалізацію таких аспектів, як автономія та управління середовищем, що активізуються в умовах ситуативної тривожності. Водночас особистісна тривожність є більш стабільною рисою, що відображає загальну схильність до занепокоєння. Вона менш пов'язана з конкретними ситуаціями і може пригнічувати суб'єктивне та психологічне благополуччя через постійний емоційний дискомфорт.

Крім того, аналіз отриманих результатів дає змогу констатувати, що рівень фізичного здоров'я та благополуччя має тенденцію до збільшення саме у представників групи 3. Такий аналіз дав змогу підтвердити припущення про існування взаємозв'язку не тільки між рівнем психологічного благополуччя та станом психічного здоров'я, але і між рівнем суб'єктивного благополуччя та станом психічного здоров'я. Тобто благополуччя як психологічне, так і суб'єктивне – це є критерії психічного здоров'я, як і зазначала Марі Яхода.

Аналіз результатів з урахуванням вікових особливостей, статевих особливостей, сімейного стану та наявності дітей підтверджує наше припущення, що на стан психічного здоров'я впливають як і індивідуально-типологічні особливості, так і психологічні і соціальні особливості (табл. 3.22, рис. 3.14 – 3.16).

Таблиця 3.22

Результати діагностики показників за методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» за групами та віковими особливостями, статтю, сімейним станом та наявністю дітей

K1=OT>CT											
Показники	20-30	31-40	41-50	51-60	Жінки	Чоловіки	Одружені/ Заміжні	Неодружені/ Незаміжні	Розлучений/ Розлучена	мають дітей	не мають дітей
психологічне благополуччя	34.5	43.1	29.3	-	37.6	-	36	44.8	34.3	37.3	38.3
фізичне здоров'я та благополуччя	19.6	21.3	12.3	-	18.8	-	19.5	19.8	15.7	18.3	20.3
стосунки	17.0	17.2	13.3	-	16.2	-	17.6	15.3	12.7	16.6	15.7
суб'єктивне благополуччя	71.2	81.7	55.3	-	72.6	-	73.2	79.8	62.7	72.2	74.3
K2=OT=CT											
психологічне благополуччя	-	37.9	40.2	-	38.1	35.0	38.1	35.5	36.6	37.3	38.2
фізичне здоров'я та благополуччя	-	21.0	20.7	-	20.7	18.8	20.3	20.0	21.0	20.4	20.2
стосунки	-	17.1	17.7	-	17.2	14.8	17.0	16.0	16.4	16.9	16.4
суб'єктивне благополуччя	-	76.0	78.5	-	76.0	68.5	75.3	71.5	74.0	74.7	74.8
K3=OT<CT											
психологічне благополуччя	40.9	37.7	38.0	35.5	38.5	37.1	36.8	41.4	37.9	36.9	40.7
фізичне здоров'я та благополуччя	23.3	20.3	20.6	18.3	21.2	19.5	19.9	23.4	19.4	19.7	23.0
стосунки	18.8	16.7	15.0	15.5	16.6	17.3	17.0	17.8	13.0	16.3	17.6
суб'єктивне благополуччя	83.1	74.7	73.6	69.3	77.2	73.9	73.7	82.6	70.3	72.9	81.3

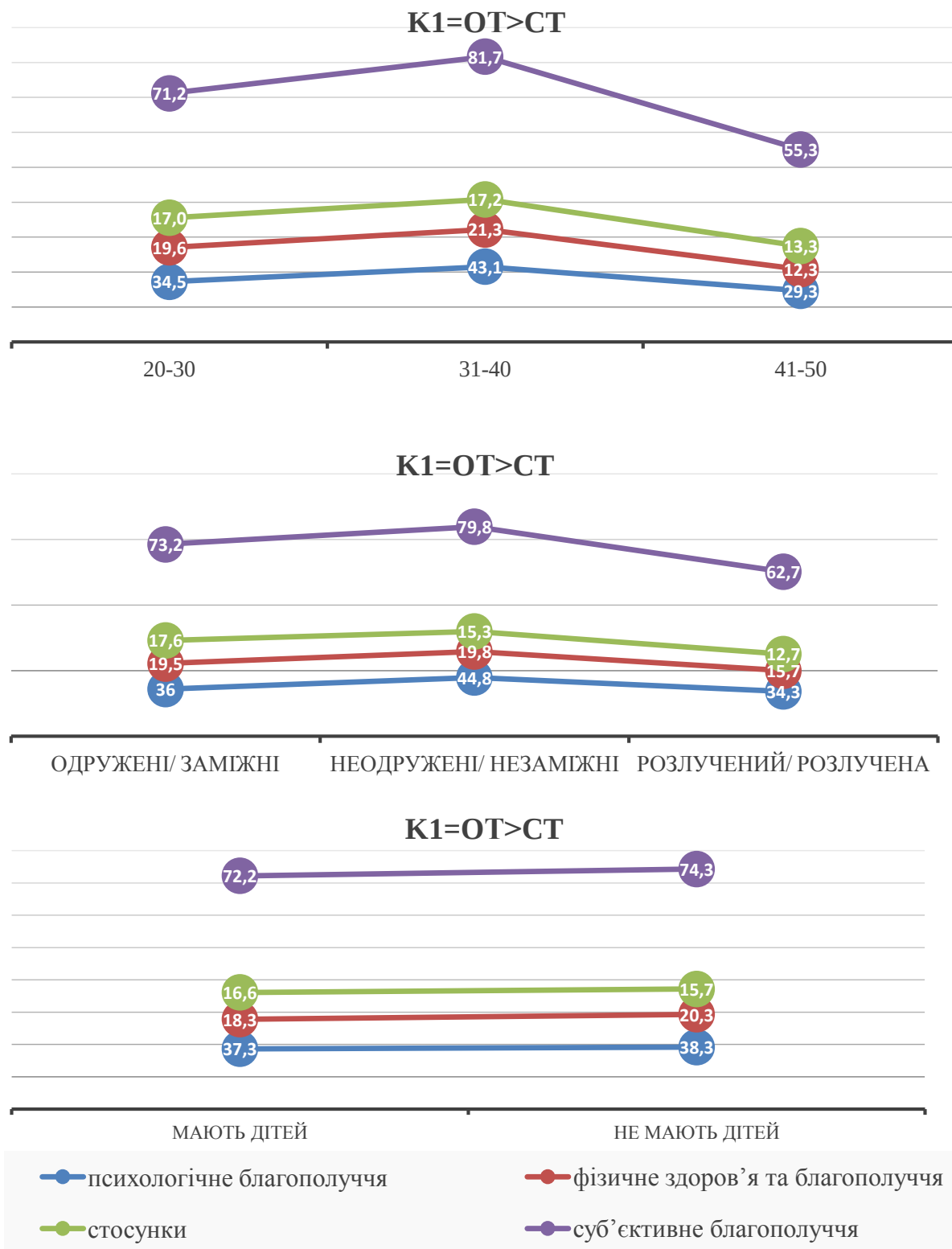


Рис. 3.14 – Динаміка показників групи 1 за методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» та віковими особливостями, сімейним станом та наявністю дітей

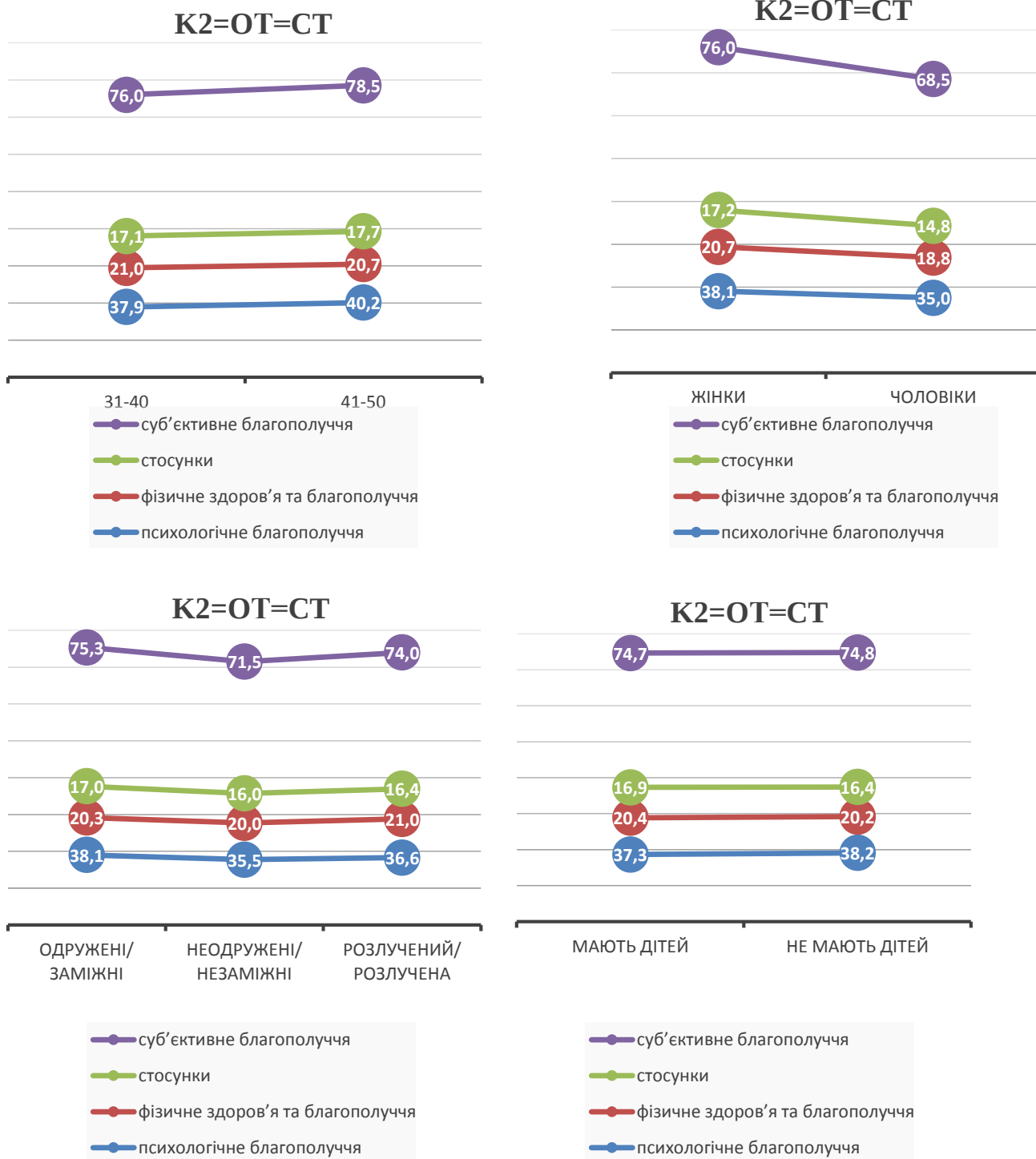


Рис. 3.15 – Динаміка показників групи 2 за методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» та віковими особливостями, сімейним станом та наявністю дітей

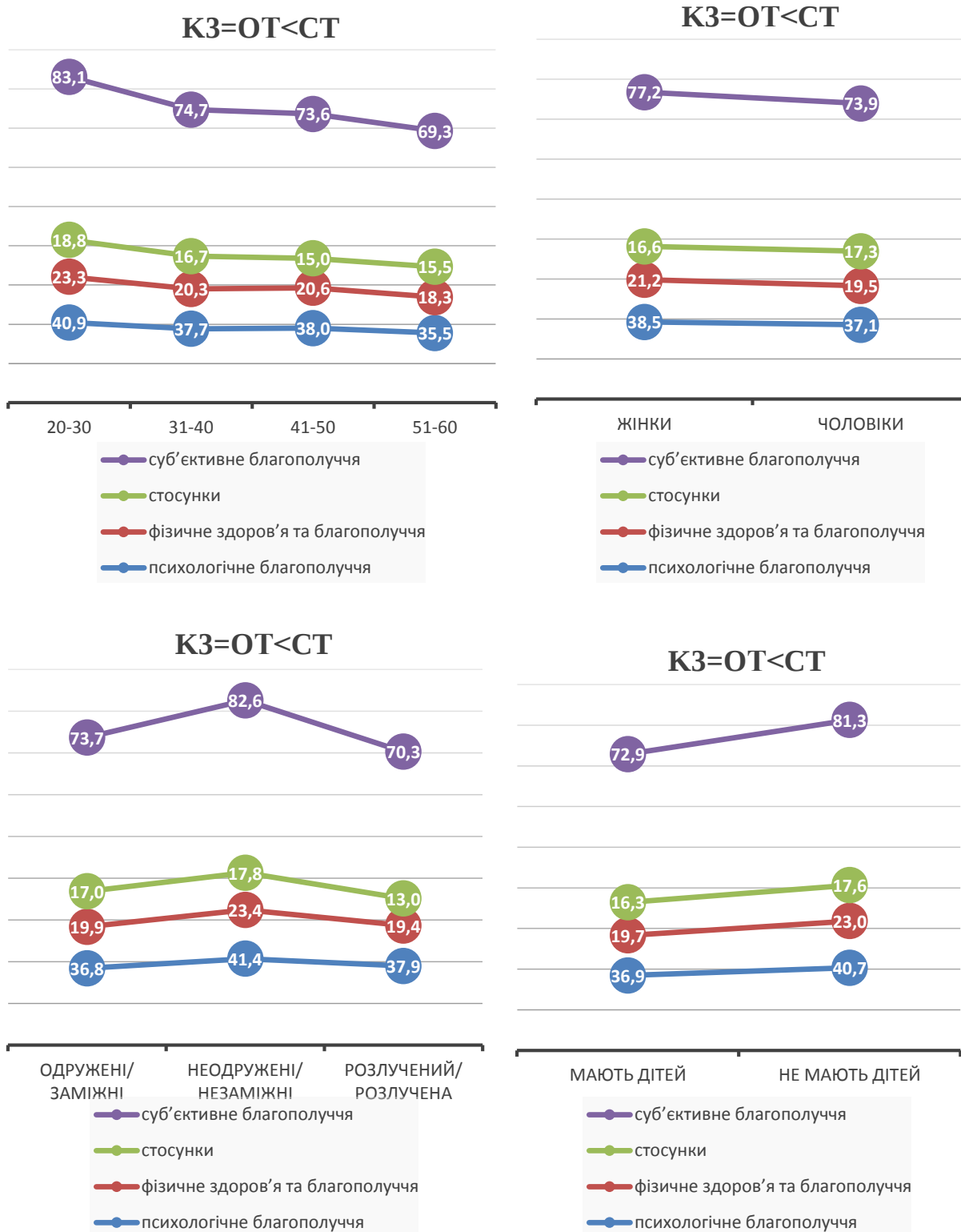


Рис. 3.16 – Динаміка показників групи 3 за методикою «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» та віковими особливостями, сімейним станом та наявністю дітей

Таким чином, результати аналізу отриманих даних свідчать про багатофакторний характер впливу на стан психічного здоров'я. Виявлено, що вікові та статеві особливості, сімейний стан та наявність дітей суттєво модифікують показники благополуччя. Це підтверджує важливість врахування як індивідуально-типологічних характеристик, так і впливу психологічних та соціальних чинників у дослідженнях психічного здоров'я.

3.3.6. Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона

Методика Q-сортування В. Стефенсона призначена для вивчення уявлень про себе та дозволяє оцінити рівень самооцінки особистості шляхом дослідження Я-концепції особистості, зокрема визначення Я-ідеального та Я-реального [74]. Отже, ця методика безпосередньо пов'язана з дослідженням психічного здоров'я, оскільки дозволяє оцінити внутрішній стан особистості. Загальні результати за методикою Q-сортування В. Стефенсона в розрізі трьох груп наведені в табл. 3.23.

Таблиця 3.23

Загальні результати за методикою Q-сортування В. Стефенсона в розрізі трьох груп

Показники	K1=OT>CT	K2=OT=CT	K3=OT<CT
коефіцієнт самооцінки за «позитивними» рисами (CO+)	0.72	0.68	0.69
коефіцієнт самооцінки за «негативними» рисами (CO-)	0.50	0.47	0.41

Порівняння коефіцієнтів самооцінки за «позитивними» та «негативними» рисами за групами дозволяє зробити висновок, що кожна група має адекватний рівень самооцінки з тенденцією до завищення. Проте найвищий рівень самооцінки за «позитивними рисами», тобто співвідношення позитивних рис особистості, які в неї є, з тими рисами, які б вона хотіла мати, має група 1, у респондентів з рівнем

особистісної тривожності більше, ніж ситуативної. Також у цій групі спостерігається і найвищий рівень самооцінки за «негативними рисами» (співвідношення негативних рис особистості, які є, до рис, які не хотів би мати) зазначеної групи. Це може свідчити про суперечливе сприйняття себе в умовах підвищеної тривожності.

Найменш критичними до себе (низький СО-) є респонденти, для яких ситуативна тривожність перевищує особистісну, що може бути пов'язано з адаптивними стратегіями зниження впливу стресових ситуацій.

Отже, група з нижчим значенням особистісної тривожності порівняно з ситуативною демонструє більш гармонійне співвідношення між позитивною і негативною самооцінкою. У той час як висока особистісна тривожність може бути фактором ризику для формування більш критичного ставлення до себе.

Результати методики Q-сортування В. Стефенсона з урахуванням вікових особливостей, статевих особливостей, сімейного стану та наявності дітей наведено в табл. 3.24.

Аналіз показників методики Q-сортування В. Стефенсона за групами та з урахуванням зазначених особливостей дозволив визначити, що респонденти групи 1 з підвищеним рівнем особистісної тривожності часто підсилює самокритичність та неприйняття своїх негативних якостей, особливо у молодих респондентів (20-40 років), одружений та осіб, які мають дітей. У таких осіб це може бути пов'язана із підвищеним почуттям відповідальності, що погіршує їх психологічний стан. Однак у неодружених вона менше впливає на самооцінку ймовірно через меншу кількість зовнішніх обов'язків та очікувань. Неприйняття своїх «негативних» якостей також підсилює ризик емоційного виснаження, тривожних розладів та зниження загального рівня суб'єктивного благополуччя у цій групі.

У всіх групах неодружені/незаміжні респонденти демонструють найвищий рівень СО+ і найнижчий СО-. У сімейному житті присутній додатковий соціальний і емоційний тиск: відповідальність за партнера і/або дітей, необхідність відповідати

певним ролям (батька, матері, чоловіка чи дружини). У неodrужених ці зовнішні стресори менше впливають на їхню самооцінку, що знижує рівень СО-. З віком СО+ зменшується, але СО- також стає нижчим, особливо у категорії К3, що може свідчити про зменшення самокритики.

Таблиця 3.24

Результати діагностики за методикою Q-сортування В. Стефенсона за групами та віковими особливостями, статтю, сімейним станом та наявністю дітей

K1=OT>CT											
Показники	20-30	31-40	41-50	51-60	Жінки	Чоловіки	Одружені/ Заміжні	Неодружені/ Незаміжні	Розлучений/ Розлучена	мають дітей	не мають дітей
коефіцієнт самооцінки за «позитивними» рисами (СО+)	0.72	0.76	0.63	-	0.71	-	0.69	0.78	0.74	0.69	0.77
коефіцієнт самооцінки за «негативними» рисами (СО-)	0.52	0.52	0.41	-	0.47	-	0.55	0.38	0.45	0.51	0.47
K2=OT=CT											
коефіцієнт самооцінки за «позитивними» рисами (СО+)	-	0.66	0.69	-	0.71	0.56	0.66	0.81	0.71	0.69	0.65
коефіцієнт самооцінки за «негативними» рисами (СО-)	-	0.50	0.48	-	0.48	0.43	0.54	0.26	0.30	0.47	0.46
K3=OT<CT											
коефіцієнт самооцінки за «позитивними» рисами (СО+)	0.80	0.68	0.64	0.61	0.72	0.62	0.64	0.82	0.67	0.66	0.76
коефіцієнт самооцінки за «негативними» рисами (СО-)	0.37	0.44	0.41	0.27	0.41	0.40	0.43	0.33	0.49	0.45	0.33

Таким чином, виявлено, що вікові, статеві особливості, сімейний стан та наявність дітей суттєво впливають на самооцінку за «позитивними» і «негативними» рисами, а також на загальні показники благополуччя.

3.3.7. Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (Н. Ендлер, Дж. Паркер) (The coping inventory for stressful situations (CISS) (N. Endler, J. Parker)

Зазначена методика спрямована на дослідження способів реагування людини на стрес. Вона допомагає визначити стратегії подолання складних життєвих ситуацій (копінг-стратегії), які використовує людина, та їх ефективність.

Загальні результати показників методики «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» в розрізі трьох груп наведені в табл. 3.25.

Таблиця 3.25

Загальні результати показників методики «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» в розрізі трьох груп

Показники	K1=OT>CT	K2=OT=CT	K3=OT<CT
копінг, зорієнтований на вирішення завдання	60.7	61.0	59.2
копінг, спрямований на емоції	44.2	45.0	41.0
копінг, що має за мету уникнення	45.9	44.8	43.4

Результати діагностики дозволяють простежити наступні тенденції. Копінг, зорієнтований на вирішення завдання найвищий у групі K2 (OT = CT), що може свідчити про їх здатність ефективно вирішувати проблеми у збалансованому емоційному стані. Копінг, спрямований на емоції найвищий у K2, тоді як K3 (OT < CT) демонструє найнижчі показники, що може свідчити про меншу емоційну реактивність у цієї групи. Копінг, що має за мету уникнення найвищий у K1 (OT > CT), що може вказувати на прагнення респондентів цієї групи уникати стресових ситуацій через високу особистісну тривожність.

Результати методики «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» з урахуванням вікових особливостей, статевих особливостей, сімейного стану та наявності дітей наведено в табл. 3.26.

Таблиця 3.26

Результати діагностики за методикою «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях»
за групами та віковими особливостями, статтю, сімейним станом та наявністю
дітей

K1=OT>CT											
Показники	20-30	31-40	41-50	51-60	Жінки	Чоловіки	Одружені/ Заміжні	Неодружені/ Незаміжні	Розлучений/ Розлучена	мають дітей	не мають дітей
копінг, зорієнтований на вирішення завдання	58.2	60.1	65.3	-	60.8	-	59.4	63	62.7	60.0	62.2
копінг, спрямований на емоції	50.0	39.9	46.8		45.1		46.7	39.3	41.7	44.3	44.2
копінг, що має за мету уникнення	48.6	47.4	39.3	-	45.8	-	45.5	49.8	42.3	44.3	49.2
K2=OT=CT											
копінг, зорієнтований на вирішення завдання	-	60.0	65.8	-	61.8	57.3	60.8	53.0	65.0	62.8	54.8
копінг, спрямований на емоції	-	46.9	37.2	-	45.6	42.3	44.8	43.5	46.4	44.9	45.6
копінг, що має за мету уникнення	-	45.7	42.3	-	46.6	36.3	43.4	47.0	48.4	44.1	47.6
K3=OT<CT											
копінг, зорієнтований на вирішення завдання	61.2	58.0	60.2	62.0	59.6	57.5	58.7	60.5	58.4	58.8	60.0
копінг, спрямований на емоції	39.8	41.0	43.1	40.0	41.3	40.0	41.6	38.4	44.4	42.0	39.2
копінг, що має за мету уникнення	43.7	43.9	42.7	39.0	44.1	40.9	42.4	45.8	42.5	42.3	45.3

Аналіз показників методики «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» з урахуванням зазначених особливостей показав, що існують відмінності, які здійснюють вплив на психічне здоров'я. Зокрема, найвищі показники копінгу, зорієнтованого на вирішення завдань, спостерігаються у віковій групі 41-50 років, що свідчить про їх зрілість і здатність ефективно вирішувати проблеми. Неодружені в усіх групах демонструють високий рівень такого копінгу, що може вказувати на їхню самостійність у подоланні труднощів. Найвищі показники копінгу, спрямованого на емоції, у групі 1 20-30 років, що може свідчити про емоційні реакції у молоді з високою особистісною тривожністю. У групі 3 (ОТ < СТ) неодружені демонструють найнижчий рівень емоційного копінгу, що може свідчити про їхню схильність до зменшення емоційної залученості.

У групі 1 найвищий рівень копінгу, що має за мету уникнення, у неодружених, що може вказувати на прагнення уникати стресу через високий рівень тривожності. Найнижчі показники спостерігаються у віковій групі 41-50 років, що може вказувати на зріле ставлення до проблем і уникання неадаптивних стратегій.

Отже, результати аналізу підтверджують гіпотезу, що трансформація показників психічного здоров'я залежить від віку, статі та сімейного становища особистості. Дані дослідження підтверджують багатофакторний характер впливу віку, статі та сімейного становища на психічне здоров'я. Люди у різних життєвих ситуаціях застосовують відмінні копінг-стратегії, які відображають їхній адаптивний потенціал.

3.3.8. Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (K.A.Wallston, B.S. Wallstone, R. DeVellis)

Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я базується на концепції локусу контролю, що визначає, наскільки людина вважає себе відповідальною за стан свого здоров'я.

Загальні результати Опитувальника для вимірювання локус контролю здоров'я в розрізі трьох груп та з урахуванням особливостей наведені в табл. 3.27 та табл. 3.28.

Таблиця 3.27

Загальні результати показників Опитувальника для вимірювання локус контролю здоров'я в розрізі трьох груп

Показники	K1=OT>CT	K2=OT=CT	K3=OT<CT
шкала «внутрішнього локусу контролю»	18.3	19.2	18.8
шкала «контролю «могутніми іншими»	15.6	16.1	15.8
шкала «контролю випадку»	15.6	15.9	15.7

Аналіз отриманих показників показує, що найвищий рівень внутрішнього локусу контролю спостерігається у респондентів групи 2 (OT = CT). Це підтверджує гіпотезу про їхню збалансовану тривожність і більшу впевненість у своїй відповідальності за стан здоров'я. Респонденти груп 1 і 3 мають дещо нижчі показники, що може вказувати на вплив або надмірної, або недостатньої ситуативної тривожності на їхню самостійність у питаннях здоров'я.

Найвищий рівень контролю «могутніми іншими» також спостерігається у респондентів групи 2, що свідчить про більшу схильність покладатися на вплив інших осіб (лікарів, фахівців тощо). Групи 1 і 3 мають нижчі показники, що може вказувати на меншу залежність від зовнішніх джерел контролю.

Рівень контролю випадку є відносно стабільним у всіх групах, коливаючись від 15.6 до 15.9. Це вказує на те, що уявлення про випадковість або фатальність стану здоров'я майже не змінюється залежно від типу тривожності.

Таблиця 3.28

Результати діагностики Опитувальника для вимірювання локус контролю здоров'я за групами та віковими особливостями, статтю, сімейним станом та наявністю дітей

K1=OT>CT											
Показники	20-30	31-40	41-50	51-60	Жінки	Чоловіки	Одружені/ Заміжні	Неодружені/ Незаміжні	Розлучений/ Розлучена	мають дітей	не мають дітей
шкала «внутрішнього локусу контролю»	18.4	18.1	18.8	-	18.5	-	18.6	17	19	18.9	17.2
шкала «контролю «могутніми іншими»	18.2	13.8	16.5		15.5		16.5	15.5	12.7	14.8	17.3
шкала «контролю випадку»	18.0	13.8	16.5	-	15.7	-	16	12.8	17.7	15.7	15.3
K2=OT=CT											
шкала «внутрішнього локусу контролю»	-	19.5	20.2	-	19.1	19.5	20.1	12.5	19.0	19.6	17.8
шкала «контролю «могутніми іншими»	-	16.1	16.5	-	16.2	15.8	16.3	16.0	15.4	16.6	14.4
шкала «контролю випадку»	-	15.7	14.5	-	15.6	17.0	14.8	21.0	17.2	15.7	16.6
K3=OT<CT											
шкала «внутрішнього локусу контролю»	19.5	18.2	20.0	19.3	19.1	17.6	18.5	18.3	21.3	18.7	18.9
шкала «контролю «могутніми іншими»	17.5	15.5	15.6	13.5	15.6	16.6	15.8	16.1	15.1	15.5	16.3
шкала «контролю випадку»	14.8	15.9	17.1	13.8	15.4	16.9	16.0	15.3	15.6	16.2	14.8

Таким чином, респонденти групи 2 (OT = CT) демонструють найбільш збалансований підхід до локусу контролю, поєднуючи внутрішній контроль із врахуванням зовнішніх чинників. У групах 1 і 3 можна спостерігати відхилення, що підтверджує вплив їхнього рівня тривожності на уявлення про відповідальність за здоров'я.

3.3.9. Методика М. Рокича «Ціннісні орієнтації» («Value Survey»)

М. Рокич запропонував концепцію цінностей як переконань, що спрямовують дії та судження людини в різних життєвих ситуаціях. Він розділив цінності на дві основні категорії, зокрема цінності-цілі (базові переконання, що існує певна мета, яка варта зусиль; вони визначають загальний напрямок розвитку особистості та її прагнень) та цінності-засоби (інструментальні цінності, які описують певний стиль або спосіб дій, необхідний для досягнення мети).

Методика Рокича дозволяє оцінити, як людина сприймає себе, своє оточення та своє місце у світі, що тісно пов'язано з рисами особистості, самооцінкою і рівнем прийняття себе.

Результати діагностики за цією методикою в розрізі груп наведено в табл. 3.29.

Таблиця 3.29

Загальні результати показників методики Рокича в розрізі трьох груп

Показники	K1=OT>CT	K2=OT=CT	K3=OT<CT
термінальні цінності, які приймаються людиною	здоров'я (фізичне і психічне)		
	щасливе сімейне життя		
	любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)		
	матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)		
інструментальні цінності, які приймаються людиною	освіченість (широта знань, висока загальна культура)	життєрадісність (почуття гумору)	
	відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)		чесність (правдивість, щирість)

Прийняття респондентами групи 1 та 2 таких цінностей, як здоров'я, щасливе сімейне життя, любов і матеріальна забезпеченість, свідчить про широкий спектр життєвих пріоритетів. Вони поєднують базові фізичні потреби (здоров'я) із соціальними та емоційними аспектами (любов, сім'я) і матеріальним благополуччям. Усі ці цінності сприяють створенню гармонійного середовища для розвитку та підтримки емоційної стійкості. Матеріальна стабільність і сімейна підтримка можуть слугувати захисними факторами від стресу. Прийняття двох цінностей (здоров'я та щасливого сімейного життя) респондентами групи 3 може вказувати на більш звужене коло пріоритетів. Проте орієнтація на ці базові цінності може свідчити про прагнення до простоти та стабільності. Водночас звуження ціннісних орієнтирів може бути як захисним механізмом у стресових ситуаціях, так і потенційним обмеженням для емоційного зростання.

Інструментальні цінності освіченості й відповідальності групи 1 свідчать про прагнення до особистісного розвитку, самодисципліни та почуття обов'язку. Освіченість дозволяє людині краще орієнтуватися в життєвих ситуаціях, а відповідальність сприяє стабільності та передбачуваності в стосунках і поведінці. Життєрадісність як основна інструментальна цінність групи 2 вказує на значущість позитивного мислення, почуття гумору та легкості в житті, що слугує важливим ресурсом для подолання стресу, сприяє збереженню емоційної рівноваги. Орієнтація на життєрадісність і чесність у респондентів групи 3 свідчить про прагнення до гармонійних міжособистісних стосунків та внутрішньої щирості. Чесність допомагає уникати когнітивного дисонансу, а життєрадісність сприяє стійкості до життєвих труднощів.

Таким чином, широкий спектр цінностей (група 1) забезпечує баланс між фізичними, емоційними та соціальними потребами, що здатне сприяти загальному благополуччю та підтримує психічне здоров'я. Звужений спектр цінностей групи 3 може бути проявом прагнення до стабільності, але ризикує стати обмеженням у складних чи мінливих ситуаціях. Позитивне мислення (життєрадісність) є спільною

рисою груп 2 і 3, що свідчить про важливість гумору та легкості для підтримки психічного благополуччя. Освіченість і відповідальність у групі 1 підкреслюють важливість інтелектуального та морального розвитку, що сприяє адаптації до змін і вирішенню життєвих проблем. Цінності та їхній зв'язок із психічним здоров'ям формують основу для прогнозування індивідуальних підходів до стресу та адаптації до життєвих викликів зовнішніх переміщених осіб в контексті підтримання їх психічного здоров'я.

Висновки до розділу 3

Відповідно до гіпотези дослідження та для досягнення поставлених завдань нами було обрано 9 методик, які дозволили оцінити трансформацію особливостей психічного здоров'я респондентів, а саме зовнішніх переміщених осіб внаслідок війни. У роботі наведені паспорти обраних методик та показники, за допомогою яких проводилась оцінка та аналіз отриманих результатів.

За результатами методики «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» визначено високий рівень ситуативної та особистісної тривожності серед зовнішньо переміщених осіб. Лише незначний відсоток респондентів демонструє низьку тривожність, тоді як більшість мають помірний або високий рівень, що вказує на значний вплив стресових факторів та потребу у підтримці для адаптації до нових умов життя.

Для перевірки гіпотези дослідження про зміну показників психічного здоров'я залежно від певних характеристик респонденти були розподілені за такими критеріями: вік, стать, сімейний стан та наявність дітей.

Аналіз результатів методики «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» дозволив припустити, що на психічне здоров'я впливає не тільки ситуативне та особистісне значення тривожності, а й їх співвідношення. Тому нами було визначено рівень

співвідношення особистісної та ситуативної тривожності зовнішніх переміщених осіб та розподілено респондентів за трьома групами (група 1 – рівень особистісної тривожності перевищує рівень ситуативної тривожності, група 2 – рівень особистісної тривожності дорівнює рівню ситуативної тривожності, група 3 – рівень особистісної тривожності менший, ніж рівень ситуативної тривожності. Використання коефіцієнта співвідношення особистісної та ситуативної тривожності (К) дозволяє визначити особливості впливу тривожності особистості на показники психічного здоров'я. З огляду на припущення про розподіл респондентів за рівнем співвідношення їхньої ситуативної та особистісної тривожності, подальший аналіз результатів здійснювався з урахуванням цих даних.

За результатами аналізу показників методики «Локатор великої п'ятірки» можна зробити висновки, що співвідношення особистісної та ситуативної тривожності впливає на показники особистості за методикою «Локатор великої п'ятірки». Група з високим рівнем ситуативної тривожності, порівняно з особистісною, демонструє найсприятливіший профіль для збереження психічного здоров'я. Водночас підвищена особистісна тривожність, особливо у поєднанні з високим нейротизмом, значно збільшує ризик хронічного стресу та супутніх розладів. Також нами проаналізовано трансформацію показників методики при зміні віку, за статтю, за сімейним положенням та за наявністю або відсутністю дітей в кожній з виділених груп за рівнем співвідношення особистісної та ситуативної тривожності.

Аналіз результатів методики визначення толерантності до невизначеності (тест С. Баднера) дозволили виявити, що вік респондентів впливає на їхню здатність реагувати в різних ситуаціях: молодші краще адаптуються до новизни, тоді як старші демонструють більшу стійкість у складних і нерозв'язних умовах. Сімейний стан також модифікує сприйняття невизначеності: неодружені респонденти зазвичай краще справляються з нерозв'язними ситуаціями, тоді як одружені з високим рівнем особистісної тривожності краще реагують на нові виклики.

Зокрема, у групах 1 та 3 респонденти з дітьми демонструють один із найвищих рівнів толерантності до невизначеності, що свідчить про стабілізуючий вплив батьківства, незалежно від рівня тривожності. Таким чином, найбільш толерантними до невизначеності є респонденти середнього віку з дітьми, а ключовими чинниками адаптації виступають життєвий досвід і особисті обставини. Отже, спостерігаємо трансформацію показників психологічного здоров'я в залежності від зміни за віком, статтю, сімейним положенням та наявністю або відсутністю дітей.

Аналіз результатів опитувальника «Шкала психологічного благополуччя» Ріффа дозволив виявити тенденції показника «Особистісне зростання» у зовнішніх переміщених осіб у нових умовах (політичних, соціальних, психологічних). Зокрема, визначено, що нижчий рівень показника «Автономії» корелює з вищим потенціалом для «Особистісного зростання», тоді як вища автономія супроводжується зниженим потенціалом для розвитку. Це відображає стан психічного здоров'я переміщених осіб у контексті «тут і зараз». Водночас, як зазначалося раніше, вікові, статеві характеристики, сімейний стан та наявність дітей значно впливають на прояви психічного здоров'я. Аналіз результатів свідчить про можливість впливу на середовище та самосприйняття. Зокрема, виявлено взаємозв'язок: чим вищий рівень показника «Управління середовищем», тим виразніша тенденція до «Самосприйняття».

Аналіз наведених даних дозволив інтегрувати результати дослідження з критеріями психічного здоров'я, виділеними Марі Яходою, зокрема ставлення до себе; розвиток, зростання та самоактуалізація; інтеграція; автономія; адекватність сприйняття реальності; здатність до опанування навколишнього середовища та підкреслити зв'язок між ключовими характеристиками, які є основою психологічного благополуччя. Таким чином, аналіз результатів дозволив виявити кількісний зв'язок між показником психологічного благополуччя за методикою Ріффа та критеріями психічного здоров'я.

Аналіз результатів методики «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» дозволив зробити такі висновки: із зростанням рівня суб'єктивного благополуччя посилюється прояви психологічного благополуччя, особливо серед респондентів групи 3, у яких ситуативна тривожність перевищує особистісну. Цей результат узгоджується з розумінням тривожності відповідно до теорії Спілбергера. Додатково, отримані дані свідчать, що рівень фізичного здоров'я та загального благополуччя також має тенденцію до підвищення серед представників групи 3. Таким чином, результати підтверджують припущення про існування взаємозв'язку не лише між психологічним благополуччям і станом психічного здоров'я, а й між суб'єктивним благополуччям і психічним здоров'ям. Отже, як психологічне, так і суб'єктивне благополуччя є важливими критеріями психічного здоров'я, що узгоджується з концепцією Марі Яходи. Також виявлено багатофакторний характер впливу на стан психічного здоров'я вікових та статевих особливостей, сімейного стану та наявності дітей, які суттєво модифікують показники благополуччя.

Аналіз результатів методики Q-сортування В. Стефенсона показав, що кожна група має адекватний рівень самооцінки з тенденцією до завищення. Проте аналіз за визначеними особливостями дозволив виявити, що респонденти групи 1 із високим рівнем особистісної тривожності часто проявляють посилену самокритичність і неприйняття своїх негативних якостей, особливо молоді (20–40 років), одружені та ті, хто має дітей. Це пов'язано з підвищеним почуттям відповідальності, що негативно впливає на їхній психологічний стан. У неодружених ці фактори менше впливають на самооцінку, що зменшує ризик емоційного виснаження та тривожних розладів. Неодружені респонденти демонструють найвищий рівень СО+ і найнижчий СО-, тоді як у сімейних відчутний тиск соціальних і емоційних зобов'язань. З віком рівень самокритичності знижується, особливо у категорії К3, що свідчить про адаптацію до життєвого досвіду.

Результати методики «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» дозволив зробити висновки, що респонденти групи 2 мають найвищий рівень внутрішнього локусу контролю, що підтверджує їхню збалансовану тривожність і впевненість у власній відповідальності за здоров'я. У групах 1 і 3 цей показник нижчий, що може бути пов'язано з впливом недостатньої або надмірної ситуативної тривожності відповідно. Контроль «могутніми іншими» також найвищий у групі 2, що вказує на їхню більшу схильність покладатися на фахівців. Натомість групи 1 і 3 демонструють нижчий рівень залежності від зовнішніх джерел. Рівень контролю випадку залишається стабільним у всіх групах, що свідчить про постійність уявлень щодо випадковості чи фатальності стану здоров'я незалежно від типу тривожності.

Аналіз показників методики М. Рокича «Ціннісні орієнтації» показав, що широкий спектр цінностей (група 1) сприяє балансу між фізичними, емоційними та соціальними потребами, що допомагає підтримувати загальне благополуччя та психічне здоров'я. Звужений спектр цінностей у групі 3 може бути намаганням до стабільності, але обмежує адаптацію в складних ситуаціях. Позитивне мислення (життєрадісність) у групах 2 і 3 підтверджує важливість гумору та легкості для психічного благополуччя. Вища освіченість та відповідальність у групі 1 підкреслюють значення інтелектуального й морального розвитку для адаптації до змін і розв'язання проблем. Зв'язок цінностей з психічним здоров'ям є основою для прогнозування підходів до стресу та адаптації до життєвих викликів серед зовнішніх переміщених осіб.

Узагальнені результати за всіма методиками емпіричного дослідження за групами щодо співвідношення особистісної та ситуативної тривожності наведено в таблиці нижче.

Методики	Показники	K1=OT>CT	K2=OT=CT	K3=OT<CT
Локатор великої п'ятірки	нейротизм	68.9	61.2	60.5
	екстраверсія	49.0	44.6	49.0
	відкритість досвіду	37.6	43.0	43.4
	схильність до згоди	53.7	51.2	52.1
	добросовісність	43.6	50.7	50.5
Методика визначення толерантності до невизначеності	загальний показник	73.6	68.0	70.4
	новизна	16.7	16.2	16.5
	складність	42.9	38.3	39.9
	нерозв'язність	13.9	13.5	14.0
Шкала психологічного благополуччя (Ріфф)	шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	64.0	61.4	61.9
	шкала «Автономія»	57.4	59.0	60.8
	шкала «Управління середовищем»	56.1	55.4	57.4
	шкала «Особистісне зростання»	72.4	67.0	66.0
	шкала «Цілі у житті»	63.7	61.7	62.4
	шкала «Самоприйняття»	62.6	62.4	61.2
Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»	психологічне благополуччя	37.7	37.5	38.2
	фізичне здоров'я та благополуччя	18.9	20.4	20.8
	стосунки	16.3	16.8	16.8
	суб'єктивне благополуччя	72.9	74.7	75.8
Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона	коефіцієнт самооцінки за «позитивними» рисами (CO+)	0.72	0.68	0.69
	коефіцієнт самооцінки за «негативними» рисами (CO-)	0.50	0.47	0.41
Копінг-поведінка в	копінг, зорієнтований на вирішення завдання	60.7	61.0	59.2

стресових ситуаціях	копінг, спрямований на емоції	44.2	45.0	41.0
	копінг, що має за мету уникнення	45.9	44.8	43.4
Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я	шкала «внутрішнього локусу контролю»	18.3	19.2	18.8
	шкала «контролю «могутніми іншими»	15.6	16.1	15.8
	шкала «контролю випадку»	15.6	15.9	15.7
Методика М.Рокича «Ціннісні орієнтації»	термінальні цінності, які приймаються людиною	здоров'я (фізичне і психічне)	здоров'я (фізичне і психічне)	здоров'я (фізичне і психічне)
		любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	щасливе сімейне життя
		щасливе сімейне життя	щасливе сімейне життя	
		матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)	матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)	
	інструментальні цінності, які приймаються людиною	освіченість (широта знань, висока загальна культура)	життєрадісність (почуття гумору)	чесність (правдивість, щирість)
		відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)		життєрадісність (почуття гумору)

ВИСНОВКИ

1. Аналіз літературних джерел та результатів наукових досліджень дозволив виявити сучасні підходи до трактування психічного здоров'я, аналіз яких показує, що психічне здоров'я трактується як багатовимірне поняття, що включає емоційне, психологічне та соціальне благополуччя. Це не лише відсутність психічних захворювань, але й здатність індивіда реалізовувати свої здібності у гармонії з суспільними цінностями. Такий підхід об'єднує визначення Всесвітньої організації охорони здоров'я та багатьох інших теорій. Водночас відсутність універсального визначення підкреслює культурну та соціальну специфіку цього феномену. Дослідником Кіз виділено три компоненти психічного здоров'я: емоційне благополуччя, психологічне благополуччя та соціальне благополуччя.

2. Проаналізовані різні теоретичні концепції пропонують своє розуміння психічного здоров'я, серед яких наступні:

- Психоаналітичний підхід (З. Фрейд, К. Г. Юнг) акцентує увагу на відсутності патологій або здатності до саморефлексії.
- Гуманістичний підхід (А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл) пов'язує здоров'я з самоактуалізацією, задоволенням потреб і здатністю знаходити сенс життя.
- Соціальні концепції (Е. Фромм, А. Адлер) підкреслюють важливість соціальної адаптації та інтеграції.
- Холістичний підхід розглядає здоров'я як гармонію між психічним і фізичним компонентами.

Ці концепції підкреслюють складність і багатовимірність психічного здоров'я особистості.

3. Визначено сучасні підходи до дослідження психічного здоров'я, які включають:

- Соціогенетичний (соціально-орієнтований) (Е. Еріксон, Т. Лукман, П. Бергер, П. Д. Тищенко, З. Фрейд К. Хорні, Е. Фромм): досліджує соціальні та культурні чинники психічного здоров'я.
- Системний (комплексний) (М. Мюррей, В. Еванс): акцентує увагу на взаємозв'язку між психічними процесами та зовнішнім середовищем.
- Крос-культурний (М. Яхода): вивчає вплив культурних та історичних умов на психічне здоров'я.
- Феноменологічний (В. Дідьтей, Л. Бінсвангер Р. Ленг, Р. Мей): акцентує увагу на індивідуальних переживаннях.
- Еволюціоністський (К. Лоренц, В. И. Вернадський, В. П. Казначєєв, Е. А. Спіркін): розглядає психічне здоров'я як проблему адаптації людини до навколишнього світу.
- Нормоцентричний підхід (К. Ясперс Б. С. Братусь): розглядає здоров'я, як сукупність середньостатистичних норм сприйняття, мислення, емоційного реагування і поведінки у поєднанні з нормальними показниками соматичного стану індивіда.
- Акмеологічний (А. А. Бодалев): трактує здоров'я як необхідну умову реалізації людського потенціалу.
- Холістичний підхід (Г. Олпорт, К. Роджерс, К. Г. Юнг, С. Гроф): розглядають здоров'я як цілісність; тут важлива, як і у попередньому підході, зрілість особи, а також синтез фундаментальних суперечностей людського існування.
- Аксіологічний підхід (А. Маслоу, А. Кемпінські): визначає здоров'я як універсальну цінність, що співвідноситься з ціннісними орієнтаціями особи і займає положення в їх ієрархії.
- Дискурсивний (диспозитивний) (В. М. Розін, М. Фуко): визначає здоров'я як продукт певного дискурсу, що має власну внутрішню логіку конструювання..
- Теологічний підхід: розуміє здоров'я як продукт певного дискурсу, що має власну внутрішню логіку конструювання.

Кожен із цих підходів пропонує свої методи аналізу та дослідження психічного здоров'я залежно від завдань і контексту.

4. Прослідковано взаємозв'язок між психічним та фізичним здоров'ям. Порушення психічного стану можуть проявлятися у вигляді соматичних захворювань, як це спостерігається при психосоматичних розладах. Водночас соматичні хвороби впливають на психічний стан, викликаючи тривожність чи депресію. Важливим аспектом є соціальний контекст: соціальне благополуччя, підтримка та інтеграція сприяють зміцненню як психічного, так і фізичного здоров'я. Таким чином, комплексне розуміння психічного здоров'я враховує його залежність від біологічних, психологічних і соціальних факторів.

5. Проаналізовано критерії психічного здоров'я, серед яких найбільш вагомими є підходи, запропоновані Марі Яходою. Виділені критерії включають: ставлення до себе; розвиток, зростання та самоактуалізацію; інтеграцію; автономію; адекватність сприйняття реальності; здатність до опанування навколишнього середовища. Ці критерії наголошують, що психічне здоров'я включає не лише відсутність патологій, але й наявність позитивних якостей, які сприяють адаптації до змін та гармонійному розвитку особистості.

Аналіз чинників, що формують психічне здоров'я, дозволив розширити традиційний підхід (біологічні, психологічні та соціальні фактори) і обґрунтовано додати екологічні, технологічні та індивідуальні аспекти. Сукупність цих факторів утворює складну мережу взаємозв'язків, що визначає здатність людини долати труднощі.

Розглянуто п'ять ступенів стану психічного здоров'я: ідеальна норма, середньостатистична норма, конституціональна норма, акцентуація та передхвороба.

Таким чином, попри різноманітність трактувань, всі підходи до розуміння психічного здоров'я акцентують увагу на емоційній рівновазі, здатності до соціальної адаптації, когнітивній пластичності, прагненні до самореалізації та

відсутності психічних захворювань. Гармонійний баланс між внутрішнім світом людини та її зовнішнім середовищем є основою психічного здоров'я, а стійкість до стресу та здатність до змін — ключовими характеристиками здорової особистості.

6. Розглянуто особливості процесу вимушеного переміщення розглядається як багатофакторний соціально-психологічний феномен, пов'язаний із серйозними змінами у житті людини. На основі аналізу моделі Р. Пападопулоса визначено наступні етапи цього процесу: втрата дому та безпеки; фізичне переміщення; розрив соціальних зв'язків і ідентичності, пошук нового простору, інтеграція минулого досвіду в нову реальність, відновлення ідентичності. Особливу увагу приділено соціально-емоційним аспектам вимушеного переміщення, включаючи втрату рідного простору, соціальну ізоляцію, невизначеність майбутнього та необхідність адаптації до нового середовища.

Проаналізовано дослідження щодо психічного стану осіб, які були вимушено переміщені внаслідок війни, які свідчать, що серед переміщених осіб спостерігається високий рівень депресії, тривожних станів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та емоційного виснаження. Основними чинниками, що негативно впливають на їх психічне здоров'я, є втрати близьких, руйнування житла, пережиті бойові дії та невизначеність майбутнього. Аналіз літератури також показав, що процес вимушеного переміщення має значний вплив на ідентичність особистості та її здатність адаптуватися до змін.

7. Проведено емпіричне дослідження трансформації психічного здоров'я зовнішніх переміщених осіб різного віку, різної статі, сімейного положення та сімейного стану (наявність або відсутність дітей) за допомогою обраного комплексу методик.

- Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна: дослідження показало високий рівень ситуативної та особистісної тривожності серед зовнішньо переміщених осіб, що свідчить про значний вплив стресових факторів. Розподіл респондентів за співвідношенням

тривожностей (ситуативної та особистісної) показав, що найсприятливішим для збереження психічного здоров'я є група, де ситуативна тривожність перевищує особистісну. Підвищена особистісна тривожність, особливо за умов високого нейротизму, значно збільшує ризик хронічного стресу.

- The Big Five Locator, Локатор великої п'ятірки Дж. Ховард, П. Медіна, Ж. Ховард (в адаптації Л. Ф. Бурлачука та Д. К. Корольова): встановлено, що група з домінуванням ситуативної тривожності демонструє найсприятливіший профіль особистості для збереження психічного здоров'я. Натомість у групі з високою особистісною тривожністю виявлено підвищений рівень нейротизму, що збільшує ризик хронічного стресу. Змінність показників за віком, статтю, сімейним станом та наявністю дітей підкреслює багатофакторний вплив на психічне здоров'я.

- Методика визначення толерантності до невизначеності (тест С.Баднера) результати виявили вікові та соціальні відмінності в адаптації до нових умов. Молодші респонденти краще адаптуються до новизни, тоді як старші демонструють стійкість у складних ситуаціях. Сімейний стан та наявність дітей позитивно впливають на рівень толерантності до невизначеності, особливо у групах з домінуванням ситуативної тривожності.

- Опитувальник «Шкала психологічного благополуччя» The scales of psychological well-being (К. Ріфф): встановлено, що показник «Особистісне зростання» значно вище у респондентів з нижчим рівнем «Автономії», що свідчить про їхню здатність адаптуватися до змін. Високий рівень «Управління середовищем» корелює з позитивним самоприйняттям, що підтверджує здатність до ефективної адаптації.

- Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman): при співставленні психологічного та суб'єктивного благополуччя встановлено, що зі зростанням суб'єктивного благополуччя підвищується рівень психологічного благополуччя, особливо у респондентів групи

3, де ситуативна тривожність перевищує особистісну. Це підтверджує розуміння тривожності за Спілбергером як адаптивної реакції, яка мобілізує особистість для подолання викликів у моменті «тут і зараз», сприяючи відчуттю контролю над ситуацією та підвищенню суб'єктивного благополуччя. Ситуативна тривожність активізує такі аспекти, як автономія та управління середовищем, які підтримують психологічне благополуччя. Натомість підвищена особистісна тривожність, як стабільна риса, знижує обидва види благополуччя через постійний емоційний дискомфорт. Результати також свідчать про покращення фізичного здоров'я у групі 3, підтверджуючи взаємозв'язок між суб'єктивним і психологічним благополуччям та психічним здоров'ям. Таким чином, обидва види благополуччя є важливими критеріями психічного здоров'я, що узгоджується з концепцією Марі Яходи.

- Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона: респонденти з високим рівнем особистісної тривожності часто виявляють підвищену самокритичність, особливо молоді і ті, хто має сім'ю. У неодружених спостерігається кращий баланс між позитивною і негативною самооцінкою, що зменшує ризик емоційного виснаження.

- Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (Н. Ендлер, Дж. Паркер (The coping inventory for stressful situations (CISS) (N. Endler, J. Parker): Результати діагностики копінг-стратегій вказують на залежність їх вибору від рівня тривожності, віку, статі та сімейного становища. Група з рівним співвідношенням особистісної та ситуативної тривожності демонструє найвищу ефективність у копінгу, спрямованому на вирішення завдань, що свідчить про їхній збалансований емоційний стан. Висока особистісна тривожність групи 1 пов'язана з переважанням копінгу уникнення, тоді як ситуативна тривожність групи 3 зумовлює знижену емоційну реактивність. Молодь частіше застосовує емоційно-орієнтовані стратегії, а зрілі респонденти (41–50 років) демонструють раціональні підходи до вирішення проблем. Неодружені частіше застосовують самостійні та уникаючі стратегії, тоді як старші вікові групи тяжіють до адаптивних способів подолання труднощів. Отже,

вибір копінг-стратегій відображає багатофакторний вплив індивідуальних і соціальних характеристик на адаптивний потенціал та психічне здоров'я.

- Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (K.A. Wallston, B.S. Wallstone, R. DeVellis): аналіз показників локусу контролю показав, що респонденти групи 2 мають найбільш збалансований підхід, поєднуючи високий внутрішній контроль із врахуванням зовнішніх чинників, таких як допомога фахівців. У групах 1 і 3 спостерігається нижчий рівень внутрішнього локусу контролю, що може бути зумовлено впливом або надмірної, або недостатньої ситуативної тривожності. Рівень контролю випадку стабільний у всіх групах, що свідчить про незмінність уявлень про випадковість чи фатальність стану здоров'я. Таким чином, рівень тривожності значно впливає на уявлення респондентів про відповідальність за власне здоров'я.

- Методика М. Рокича «Ціннісні орієнтації» («Value Survey»): зв'язок між цінностями та психічним здоров'ям підтверджує важливість балансу між фізичними, емоційними та соціальними потребами. Позитивне мислення та життєрадісність у групах з низькою особистісною тривожністю сприяють адаптації до стресових умов.

Таким чином, у результаті проведеного дослідження, спрямованого на визначення механізмів трансформації психічного здоров'я в сучасних умовах, була підтверджена мета дослідження, виконані поставлені завдання та доведена гіпотеза про те, що показники психічного здоров'я залежать від віку, статі, сімейного становища особистості та наявності або відсутності дітей. Психічне здоров'я трансформується під впливом взаємодії внутрішніх і зовнішніх чинників, що формують здатність до адаптації, підтримання гармонії між емоційним станом, соціальними відносинами та особистісним розвитком. Отримані результати вказують на важливість врахування індивідуальних особливостей у процесі підтримки та покращення психічного здоров'я в сучасних умовах.

З огляду на те, що психічне здоров'я – це динамічний стан внутрішньої рівноваги, який дозволяє індивідам використовувати свої здібності в гармонії з універсальними цінностями суспільства, ми аналізуємо не тільки стан особистості зовнішніх переміщених осіб, але й стан соціуму, в якому опинилась ця особистість, та вплив соціуму на стан особистості.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАНЬ

1. Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року : розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1018-р Місце публікування : Урядовий кур'єр. - 2018. - № 30 (3 лют.). - С. 8.
2. Robitschek, C., & Keyes, C. L. M. (2009). Keyes's model of mental health with personal growth initiative as a parsimonious predictor. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), 321–329
URL: https://www.researchgate.net/publication/228627052_Keyes's_Model_of_Mental_Health_With_Personal_Growth_Initiative_as_a_Parsimonious_Predictor
3. Андрос М.Є. Психічне здоров'я особистості: психологічне консультування керівників шкіл, Освіта і управління. – Том 2. – 1998. № 2. – С. 64.
4. Барко В. І. Концептуальні засади професійно-психологічного тренінгу «Збереження психологічного здоров'я поліцейських національної поліції України», *Право і Безпека*. – 2016. – № 4. – С. 104–109.
5. Борисенко А. А., *Философия здоровья*. Сумы, Украина: ИТД «Университетская книга», 2005, 144 с.
6. Василевська О.І. Психічне здоров'я особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. –2016. – Вип. 3(2). – С. 7–11.
URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/4937/VAsylevska.pdf?sequence=1>(дата звернення: 30.06.2024).
7. Вісник післядипломної освіти. Випуск 9(38) «Серія «Соціальні та поведінкові науки» <https://doi.org/10.32405/2522-9931> 67.
8. Волошин П.В. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди, *Український вісник психоневрології*. – 2015. – Т. 23, вип. 1. – С. 5–11.

9. Галецька І.І. Психологічне здоров'я як проблема національної безпеки, Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна, 2012. – Вип. 2(1). – С. 49–58.

10. Голотовская Наталья Петровна. URL: <https://www.vital-expert.com.ua/doctors/golotovskaya-natalya/> (дата звернення: 30.06.2024).

11. Silvana Galderisi, Andreas Heinz, Marianne Kastrup, Julian Beezhold, Norman Sartorius. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry. Volume 14, Issue 2 Jun 2015. Pages113-256.

12. Деркач Л.М., Кузнецова О. М. Вплив характерологічних особливостей особистості на її рівень психологічного благополуччя, Міжнародний науковий журнал «ВІСНИК НАУКИ» Випуск № 36, Грудень 2021 р. URL: <https://academconf.com/archiv/journal-36.pdf> (дата звернення: 30.06.2024).

13. Друзь О.В., Аймедов К.В., Луньов В.Є., Черненко І.О. Психосоматичні та соматопсихічні розлади в практиці медичного психолога / Монографія. – Одеса, Прес-кур'єр, 2016. – 376 с.

14. Кабинет доктора Лисиченко URL: https://lisichenko.dp.ua/specialist/lisichenko_zoya_aleksandrovna.htm (дата звернення: 30.06.2024).

15. Когнітивна наука: навч. посібник. / Деркач Л.М., Шевяков О.В., Бурлакова, І.А., Братчікова, Ю.К., Соловійова Д.В., Мельничук Д.П. — Київ: Видавничий дім «Кондор», 2020. — 320 с.

16. Корольчук О.Л. Охорона психічного здоров'я в умовах ведення АТО, Інвестиції: практика та досвід. – 2016. – № 18. – С. 96–102.

17. Коцан І.Я, Г.В. Ложкін, М.І. Мушкевич, Психологія здоров'я людини, Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. – 430 с. URL: <https://ela.kpi.ua/bitstream/123456789/25834/1/psihologiazdorovia.pdf> (дата звернення: 30.06.2024).

18. Лефтеров В.О. Проблема психологічного здоров'я в контексті сучасних інтеграційних процесів. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві. Збірник тез III Всеукраїнської науково-практичної конференції. 2018. С. 233 – 238.

19. Лісовенко А.Ф. Медична психологія: методичні рекомендації (для самостійної підготовки здобувачів вищої освіти факультету психології, політології та соціології). Одеса: Фенікс. 2020. 60 с. URL: <http://surl.li/gwpph> (дата звернення: 30.06.2024).

20. Максименко, С., Максименко, К. (2019). Психологічне здоров'я та його порушення. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології», №18.

21. Маркова М., Яворська Т. Роль стресового ризику у розвитку та перебігу цереброваскулярної патології, URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/146> (дата звернення: 30.06.2024).

22. Медичний центр «Альтимед» URL: <https://www.altimed.net/uk/contact/> (дата звернення: 30.06.2024).

23. Потапчук Є.М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців: монографія, Хмельницький, 2004, 322 с. URL: <http://elar.khmnu.edu.ua/jspui/handle/123456789/1214> (дата звернення: 30.06.2024).

24. Спіріна І.Д. Психіатричні та психологічні аспекти судово-медичної експертизи: навч. посібник для студ. вищих мед. навч. закл. III-IV рівнів акредитації / І. Д. Спіріна [та ін.] ; заг. ред. І. Д. Спіріна, І. С. Вітенко ; Дніпропетровська держ. медична академія. Кафедра психіатрії, загальної та медичної психології. - 2. вид., перероб. і доп. - Д. : Арт-Прес, 2002. - 348 с. - Бібліогр.: с. 337-338.

25. Пріснякова Л.М., Карасьова А. Modern directions of scientific research development. Proceedings of VII International Scientific and Practical Conference Chicago, USA 22 – 24 December 2021, Вікові та статеві особливості копінг поведінки в стресових ситуаціях.с.467 – 473, URL: <file:///C:/Users/DELL/Downloads/MODERN-DIRECTIONS-OF-SCIENTIFIC-RESEARCH-DEVELOPMENT-22-24.12.21.pdf> (дата звернення: 30.06.2024).

26. Прошукало І. Л. Вісник післядипломної освіти. Випуск 9(38) Серія «Соціальні та поведінкові науки».
27. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека, 1994. URL: <http://psylib.org.ua/books/roger01/index.htm> (дата звернення: 30.06.2024).
28. Словник основних понять з дисципліни «Психосоматика» URL: <https://msn.khnu.km.ua/mod/resource/view.php?id=105513> (дата звернення: 30.06.2024).
29. Терещук Е.И. Единство души и тела // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2012. – № 1. – С. 147-153.
30. Психологічний центр «Без паніки» URL: <https://trevog-bolshe.net/uk/kontakty> (дата звернення: 30.06.2024).
31. Психосоматична медицина та загальна практика. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/about> (дата звернення: 30.06.2024).
32. Психолог психотерапевт Жур Юлія URL: http://upsihologa.dp.ua/praktika/?gclid=CjwKCAjwk6-LBhBZEiwAOUUDp8wT_x0Dpc6T1ffcMyrQPmDVvQ (дата звернення: 30.06.2024).
33. Саржевський С., Хломіцький М.. Непсихотичні розлади у хворих на артеріальну гіпертензію URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/158> (дата звернення: 30.06.2024).
34. Сорока О.М. Особливості прогнозування внутрішніх ліній психічного здоров'я особистості, Психологія особистості, Вип.19, 2020. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2020/19-2020/35.pdf> (дата звернення: 30.06.2024).
35. Світлична Н.О. Соціально-психологічні чинники збереження психологічного здоров'я працівників МНС : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: 19.00.09 / Н.О. Світлична. – Національний університет цивільного захисту України. – Х., 2013. – 18 с.
36. Пріснякова Л. М., Бова А. ОСОБЛИВОСТІ САМООЦІНКИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я // Modern science: innovations and prospects. Proceedings of the 5th

International scientific and practical conference. SSPG Publish. Stockholm, Sweden. 2022. Pp. 454-456. URL: <https://sci-conf.com.ua/v-mezhdunarodnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiyamodern-science-innovations-and-prospects-6-8-fevralya-2022-goda-stokgolmskvetsiya-arhiv/>.

37. Prisniakova L., Aharkov O., Agapova I., Aleshchenko O. Environmental anxiety and its impact on the mental health of the individual. XV International Online Conference “Improving Farming Productivity and Agroecology – Ecosystem Restoration” (IPFA 2023) 2023. Volume 452.

38. Тітаренко С.А. Збереження психічного здоров'я вихователя дошкільного навчального закладу як умова ефективності професійної діяльності / С.А. Тітаренко // Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка. Сер. : Педагогічні науки. –2016. – Вип. 30. – С. 175–182.

39. Фомич М.В., Теоретичні концепції психічного здоров'я особистості в психологічній науці // Вісник Національного університету оборони України 1 (49) 2018, URL: <http://visnyk.nuou.org.ua/article/view/197195/197347> (дата звернення: 30.06.2024).

40. Медична психологія : підруч. ; за заг. ред. докт. мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро : ЛІРА, 2022. 300 с.

41. Шаронова, І. (2019). Психічне здоров'я особистості як предмет психологічного дослідження. Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології", (20). <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2013-20.%p>

42. Ярмолицька С. Психічне здоров'я особистості – запорука здорового суспільства Науково-методичний журнал "Джерело педагогічних інновацій" №1/2023. Тема випуску "Безпечна освіта".

43. Феноменологія, практика та корекція психологічного здоров'я особистості: монографія / В.С. Штифурак., О.М. Шпортун - Вінниця. - 2019, – 331с., с. 5

44. Устінов О. Психічне здоров'я як складова національної безпеки / О. Устінов // Український медичний часопис. - 2013. - № 1. - С. 16-18 URL:

<https://umj.com.ua/uk/publikatsia-52851-psixichne-zdorov-ya-yak-skladova-nacionalnoi-bezpeki> (дата звернення 30.06.2024).

45. Toward a new definition of mental health SILVANA GALDERISI, ANDREAS HEINZ, MARIANNE KASTRUP³, JULIAN BEEZHOLD, NORMAN SARTORIUS *World Psychiatry*. 2015 Jun; 14(2): 231–233. Published online 2015 Jun 4. doi: 10.1002/wps.20231

46. Прошукало І.Л. Основні підходи до вивчення проблеми психологічного здоров'я особистості в науковій літературі / І. Прошукало // Вісник післядипломної освіти. Випуск 9(38) «Серія «Соціальні та поведінкові науки» <https://doi.org/10.32405/2522-9931> (дата звернення 15.06.2024).

47. Jahoda M. *Current concepts of positive mental health*. New York: Basic Books; 1958
URL:<https://ia800302.us.archive.org/9/items/currentconceptso00jaho/currentconceptso00jaho.pdf> (дата звернення: 30.12.2022).

48. Hamer M, Lavoie KL, Bacon SL. Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. *Br J Sports Med*. 2014;48:239–243. doi: 10.1136/bjsports-2013-092993. URL: <https://bjsm.bmj.com/content/48/3/239> (дата звернення 25.07.2024).

49. Охорона психічного здоров'я [Електронний ресурс] : підручник для лікарів / [колектив авторів] ; за заг. ред. професора Л. М. Юр'євої, професора Н. О. Марути. — Харків : Строков Д. В., 2022.

50. World Health Organization. «Mental health: strengthening our response». URL:<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-ourresponse>.

51. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : Метод. рекомендації. Київ: Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України, 2022. 52 с.

52. Анджали Джоши, К. М. Пхадке. Рационально эмотивно-поведенческая терапия./Пер. с англ. - Х.: изд-во «Гуманитарный Центр»/Николаева Е. Н. 2021. - 300 с.

53. Пападопулос Р. У чужому домі. Травма вимушеного переміщення: шлях до розуміння і одужання ; пер. з агл. І. Бодак і Н. Яцюк / Р. Пападопулос. – Київ: Лабораторія, 2023.

54. Інтерфакс-Україна. <https://interfax.com.ua/news/general/862598.html>

55. Ukraine Situation Flash Update #73
<https://data.unhcr.org/en/documents/details/111432>.

56. Креденцер Оксана. Забезпечення психічного здоров'я українців, що перебувають в Німеччині у зв'язку з війною. Навчально-методичний посібник. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 116 с.

57. Sarraj EE, Qouta S. The Palestinian experience. In: Lopez-Ibor JJ, Christodoulou G, Maj M et al (eds). Disasters and mental health. Chichester: Wiley, 2005:229-38

58. Bryce JW, Walker N, Ghorayeb F et al. Life experiences, response styles and mental health among mothers and children in Beirut, Lebanon. Soc Sci Med 1989;28: 685-95.

59. Macksoud MS, Aber JL. The war experiences and psychosocial development of children in Lebanon. Child Develop 1996; 67:70-88)

60. Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-Term Mental Health of War-Refugees: A Systematic Literature Review. BMC International Health and Human Rights, 15, Article No. 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>

61. Педоренко В. М. Особливості психоемоційного стану переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Німеччини) Науковий вісник Ужгородського національного університету. 2022. Сер. Психологія. Вип. 5. С.5-10

62. Брацюнь О.П. Соціально-демографічна та емоційно-психологічна характеристика українців, які покинули Україну внаслідок російської військової агресії . Терапевтика. 2022. Т. 3. № 4. С.56-61

63. Дослідження «Українська діаспора та тимчасово переміщені особи за кордоном після повномасштабного вторгнення. URL: <https://www.alda-europe.eu/the-ukrainian-diaspora-and-temporarily-protected-ukrainians-after-the-full-scale-invasion-a-study-by-aldamember-ants/> (дата звернення 16.08.2024).

64. Максименко, Ю.Б., & Морозова-Йоханнессен, О.В. (2022). Психологічні особливості особистісних змін переселенців в умовах іншої країни (на прикладі Норвегії). Вісник Національного університету оборони України, 5(69), 90-97.

65. Синдром втрати дому у вимушених мігрантів: слідами маріупольської трагедії : монографія / Т. М. Іванець – Київ : Видавництво Ліра-К, 2024. – 228 с.

66. Психодіагностика: учебное пособие / Галина Аркадьевна Пальм; И.о. Днепропетр. ун-т экономики и права.– Днепропетровск : ДУЭП, 2010.– 263 с.

67. State Trait Anxiety Inventory
<https://www.advancedassessments.co.uk/resources/Mental-Health-Test.pdf>

68. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.)

69. Бурлачук Л. Ф., Королев Д. К. Адаптация опросника для диагностики пяти факторов личности. Вопросы психологии. 2000. № 1. С. 126–142.

70. Барко В. І. Українськомовна адаптація опитувальника Баднера для використання в Національній поліції / В. І. Барко, В. П. Остапович // Психологічний часопис. - 2019. - Т. 5, № 8. - С. 249-263. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2019_5_8_18.

71. Budner S. Intolerance of Ambiguity as a Personality Variable / S. Budner // Journal of Personality. – 1962. – No 30. – P. 29–50.

72. Карсканова СВ Опитувальник «Шкали психологічного благополуччя» К. Ріфф: процес та результати адаптації/– Практична психологія та соціальна робота, 2011, С.1-10

73. Карамушка, Л., Терещенко, К., & Креденцер, О. (2022). Адаптація на українській вибірці методик «The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)» та «Positive Mental Health Scale (PMH-scale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 3-4(27), 85-94. <https://doi.org/10.31108/2.2022.3.27.8>.

74. Гуменюк О. Є. Психологія Я–концепції : монографія / О. Є. Гуменюк. Тернопіль: Економічна думка, 2002. – 186 с.

75. Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844–854. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.5.844>

76. Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій: психологічний практикум. Л. М. Карамушка, О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М. Івкін, О. С. Ковальчук ; за ред. Л. М. Карамушки. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 76 с.

77. Wallston, K.A., Wallston, B. S., & DeVellis, R. (1978). Development of Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6(1). 160-170. DOI: <https://doi.org/10.1177/109019817800600107>

78. Методика «Ціннісні орієнтації» Рокича URL: http://psychologis.com.ua/metodika_cennostnye_orientacii_rokicha.htm (дата звернення 30.06.2024).

79. Лебідь І.О., Пріснякова Л.М. Взаємозв'язок показників Шкали психологічного благополуччя К. Ріффа з критеріями психічного здоров'я // // Scientific research: modern challenges and future prospects. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. MDPC Publishing. Munich, Germany. 2024. Pp. 495-499. URL: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiyascientific-research-modern-challenges-and-future-prospects-16-18-12-2024-myunhennimechchina-arhiv/>.

80. Лебідь І. О., Пріснякова Л. М. Трансформація особистісних факторів зовнішніх переміщених осіб у сучасних умовах // Science in the modern world: innovations and challenges. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. Perfect Publishing. Toronto, Canada. 2025. Pp. 322-330. URL: <https://sci-conf.com.ua/v-mizhnarodna-naukovo-praktichna-konferentsiya-sciencein-the-modern-world-innovations-and-challenges-23-25-01-2025-toronto-kanada-arhiv/>.

ДОДАТОК А

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч.Д. Спілбергером і адаптована Ю.Л. Ханіним.

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає”.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: “Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе відчуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає”.

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4

23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$РТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 50,$$

де Σ_1 – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали **3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18**;

Σ_2 – сума інших закреслених цифр (пункти **1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20**).

$$ОТ = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

де Σ_1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали **22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40**;

Σ_2 – сума інших цифр за пунктами **21, 26, 27, 30, 33, 36, 39**.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – помірний рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.

ДОДОТОК Б

The Big Five Locator, Локатор великої п'ятірки Дж. Ховард, П. Медіна, Ж. Ховард (в адаптації Л. Ф. Бурлачука та Д. К. Корольова)

Бланк україноязычної версії ЛБП

П.І.Б. _____
 Стать _____ Вік _____ Дата _____

Інструкція: У кожному рядку окресліть колом той бал, котрий найбільшою мірою відображає те співвідношення між протилежними за сенсом характеристиками, яке **характеризує Вас**. Користуйтеся усім діапазоном оцінок. Над питанням довго не розмірковуюйте, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

1	Нетерплячий	5	4	3	2	1	Спокійний
2	Віддаю перевагу спілкуванню	5	4	3	2	1	Віддаю перевагу самотності
3	Гнучкий	5	4	3	2	1	Інертний
4	Доброзичливий	5	4	3	2	1	Різкий
5	Педантичний	5	4	3	2	1	Недбайливий
6	Обережний	5	4	3	2	1	Рисковитий
7	Оптимістичний	5	4	3	2	1	Песимістичний
8	Орієнтований на практику	5	4	3	2	1	Орієнтований на теорію
9	Великодушний	5	4	3	2	1	Себелюбний
10	Рішучий	5	4	3	2	1	Схильний вагатися
11	Легко розгублююся	5	4	3	2	1	Незворушний
12	Відвертий	5	4	3	2	1	Скритний
13	Творчий	5	4	3	2	1	Звичайний
14	Схильний до співпереживання	5	4	3	2	1	Байдужий
15	Зосереджений	5	4	3	2	1	Легко відволікаюся
16	Вразливий	5	4	3	2	1	Холоднокровний
17	Безпосередній у спілкуванні	5	4	3	2	1	Замкнутий
18	Шукаю нове	5	4	3	2	1	Віддаю перевагу звичному
19	Орієнтований на успіх для всіх	5	4	3	2	1	Прагну до індивідуальних досягнень
20	Організований	5	4	3	2	1	Неорганізований
21	Легко виходжу з себе	5	4	3	2	1	Врівноважений
22	Говірливий	5	4	3	2	1	Мовчазний
23	Люблю невідоме	5	4	3	2	1	Віддаю перевагу знайомому
24	Довірливий	5	4	3	2	1	Скептичний до людей
25	Пунктуальний	5	4	3	2	1	Необов'язковий

N = _____ E = _____ O = _____ A = _____ C = _____

ДОДАТОК В
Методика визначення толерантності до невизначеності (С. Баднер)

№	Твердження	Абсолютно згоден 1	Не згоден 2	Швидше не згоден 3	Не знаю 4	Швидше згоден 5	Згоден 6	Абсолютно згоден 7
1	Фахівцю, який не може дати чітку відповідь, скоріш за все, бракує знань							
2	Я б хотів пожити за кордоном якийсь час							
3	Будь-які проблеми можливо врешті вирішити							
4	Люди, які підпорядкували своє життя чіткому розкладу, напевно, позбавляють себе більшості радощів							
5	Хороша робота - це така, коли завжди зрозуміло, що і як треба робити							
6	Цікавіше займатися складною проблемою ніж вирішувати просту							
7	У перспективі можна досягти більшого, вирішуючи маленькі, прості проблеми, ніж великі і складні							
8	Найцікавіші люди - це ті, хто не боїться бути оригінальним і несхожим на інших							
9	Звичне завжди прийнятніше, ніж незнайоме							
10	Люди, які наполягають на відповіді «так», або «ні», просто не знають, наскільки усе, насправді, складно							
11	Людина, яка веде розмірене життя без особливих сюрпризів і несподіванок, має бути вдячна долі							
12	Більшість найважливіших рішень приймаються на основі неповної інформації							
13	Я віддаю перевагу вечіркам зі знайомими людьми, аніж							

	вечіркам, на яких більшість запрошених мені незнайомі							
14	Учителі і наставники, які нечітко формулюють завдання, дають шанс проявити ініціативу і оригінальність							
15	Чим швидше усі прийдуть до єдиних цінностей та ідеалів, тим краще							
16	Хороший учитель - той, хто стимулює формування в учнів власних поглядів							

Рівні сформованості толерантності до невизначеності

Шкала	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Загальний показник	16-50	51-75	76-112
Новизна	4-8	9-21	22-28
Складність	9-20	21-36	37-63
Нерозв'язність	3-8	9-16	17-21

Субшкалам відповідають наступні пункти:

Новизна: 2, **9, 11, 13**.

Складність: 4, **5, 6, 7, 8, 10, 14, 15, 16**.

Нерозв'язність: **1, 3, 12**.

Жирним шрифтом виділено реверсні бали (1; 5; 7; 9; 11; 13; 15).

Зворотна шкала:

7 – категорично не згодний;

6 – майже не згодний;

5 – скоріше не згодний;

4 – невизначене ставлення;

3 – скоріше згодний;

2 – майже згодний;

1 – цілком згодний.

ДОДАТОК Д

Опитувальник «Шкала психологічного благополуччя» The scales of psychological well-being (К. Ріфф)

Бланк опитувальника «Шкали психологічного благополуччя»

Наступні твердження щодо Ваших відчуттів стосовно себе і Вашого життя. Будь ласка, пам'ятайте, що тут немає правильних та неправильних відповідей.

Обведіть цифру, що відповідає в найбільшій мірі ступеню Вашої згоди або незгоди з кожним твердженням на даний момент	Повністю згоден	Здебільшого, не згоден	Дещо згоден	Дещо зчому	Швидше згоден	Повністю згоден
1	2	3	4	5	6	7
1. Багато людей вважають мене люблячим і дбайливим.	1	2	3	4	5	6
2. Іноді я змінюю свою поведінку або образ думок, щоб відповідати запитам оточуючих.	1	2	3	4	5	6
3. Взагалі, я вважаю, що сам несу відповідальність за те, як я живу.	1	2	3	4	5	6
4. Я не зацікавлений в діяльності, яка розширить мій світогляд.	1	2	3	4	5	6
5. Мені приємно думати про те, що я зробив у минулому і щосподіваюся зробити в майбутньому.	1	2	3	4	5	6
6. Коли я проглядаю історію свого життя, я випробовую задоволення від того, як все склалося.	1	2	3	4	5	6
7. Вважаю підтримку близьких відносин складною і даремною.	1	2	3	4	5	6
8. Я не боюся висловлювати вголос те, що я думаю, навіть якщо це не відповідає думці оточуючих.	1	2	3	4	5	6
9. Потреби повсякденного життя часто нервують мене.	1	2	3	4	5	6
10. Взагалі, я вважаю, що продовжую дізнаватися більше про себе з часом.	1	2	3	4	5	6
11. Я живу одним днем і не замислююся серйозно щодо майбутнього.	1	2	3	4	5	6
12. Взагалі, я відчуваю упевненість і позитивне відношення до себе.	1	2	3	4	5	6
13. Я часто відчуваю себе самотнім через те, що у мене мало близьких друзів, з якими є можливість поділитися своїми переживаннями.	1	2	3	4	5	6

14. Зазвичай на мої рішення не впливають дії оточуючих.	1	2	3	4	5	6
15. Я не дуже добре відповідаю людям і оточуючому суспільству.	1	2	3	4	5	6
16. Я належу до людей, які відкриті для всього нового.	1	2	3	4	5	6
17. Я прагну зосередитися на сьогоднішньому, оскільки майбутнє майже постійно приносить мені проблеми.	1	2	3	4	5	6
18. Мені здається, що багато з людей, яких я знаю, одержали віджиття більше, ніж я.	1	2	3	4	5	6
19. Я відчуваю задоволення від особистого і взаємного спілкування з членами сім'ї або друзями.	1	2	3	4	5	6
20. Я схильний турбуватися про те, що оточуючи думають про мене.	1	2	3	4	5	6
21. Я досить добре справляюся з більшістю щоденних обов'язків.	1	2	3	4	5	6
22. Я не хочу що-небудь робити по-новому, в моєму житті мені все влаштовує таким, як воно є.	1	2	3	4	5	6
23. У мене є відчуття спрямованості і мета в житті.	1	2	3	4	5	6
24. Була б можливість, я б багато що в собі змінив.	1	2	3	4	5	6
25. Для мене важливо бути хорошим слухачем, коли мої друзі розповідають мені про свої проблеми.	1	2	3	4	5	6
26. Бути задоволеним самим собою важливіше, ніж отримувати схвалення оточуючих.	1	2	3	4	5	6
27. Я часто відчуваю себе заваленим своїми обов'язками.	1	2	3	4	5	6
28. Я вважаю, що важливо пережити новий досвід, який кидає виклик моїй думці про себе і про світ.	1	2	3	4	5	6
29. Мої повсякденні справи здаються мені банальними і незначними.	1	2	3	4	5	6
30. Мені подобається більша частина моїх якостей.	1	2	3	4	5	6
31. Я знаю небагато людей, охочих вислухати, коли мені потрібно з кимсь поговорити.	1	2	3	4	5	6
32. Я схильний піддаватися впливу людей з твердими переконаннями.	1	2	3	4	5	6
33. Якби я був незадоволений своєю життєвою ситуацією, я зробив би ефективні кроки, щоб її змінити.	1	2	3	4	5	6
34. Якщо подумати, я не досяг більшого як особистість за останні декілька років.	1	2	3	4	5	6

35. Я не маю чіткого усвідомлення того, чого я намагаюся досягти в житті.	1	2	3	4	5	6
36. У минулому я зробив декілька помилок, але я вважаю, що в цілому все вийшло благополучно.	1	2	3	4	5	6
37. Я вважаю, що отримую багато від своїх друзів.	1	2	3	4	5	6
38. Люди рідко переконують мене робити те, що я не хочу.	1	2	3	4	5	6
39. Зазвичай я добре піклуюся про свої особисті фінанси і справи.	1	2	3	4	5	6
40. З моєї точки зору люди будь-якого віку здатні продовжувати подальше особове зростання і розвиток.	1	2	3	4	5	6
41. Я звик ставити перед собою цілі, але зараз це здається марною тратою часу.	1	2	3	4	5	6
42. У багатьох відношеннях я відчуваю розчарування щодо моїх досягнень в житті.	1	2	3	4	5	6
43. Мені здається, що у більшості оточуючих людей більше друзів, ніж у мене.	1	2	3	4	5	6
44. Для мене важливіше пристосуватися до інших, ніж залишитися одному зі своїми принципами.	I	2	3	4	5	6
45. Я відчуваю стрес через те, що не можу впоратися зі всіма справами, які я вимушений робити щодня.	1	2	3	4	5	6
46. З часом я почав більше розуміти життя, що зробило мене сильнішою і здібнішою людиною.	I	2	3	4	5	6
47. Мені приносить задоволення будувати плани на майбутнє і працювати над їх втіленням в життя.	1	2	3	4	5	6
48. Здебільшого я горджуся тим, хто я є, і життям, яким я живу.	1	2	3	4	5	6
49. Люди назвали б мене людиною, готовою приділити час іншим.	1	2	3	4	5	6
50. Я впевнений в своїй думці, навіть якщо вона суперечить загальній.	1	2	3	4	5	6
51. Мені добре вдається розподілити свій час так, щоб я міг справлятися з усім, що повинно бути зроблено.	1	2	3	4	5	6
52. Мені здається, що я став значно розвиненіший як особа з часом.	1	2	3	4	5	6
53. Я - людина, що активно виконує те, що заплановано мною.	1	2	3	4	5	6
54. Я заздрю тому, як живуть більшість людей.	1	2	3	4	5	6
55. У мене ніколи не було досить теплих і довірливих стосунків з іншими.	1	2	3	4	5	6

56. Мені складно висловлювати свою думку щодо спірних питань.	1	2	3	4	5	6
57. Кожен мій день розписаний, але я отримую відчуття задоволення від того, що зі всім справляюся.	1	2	3	4	5	6
58. Мені не подобається опинятися в нових ситуаціях, які вимагають від мене зміни старого доброго способу дії.	1	2	3	4	5	6
59. Деякі люди безцільно блукають життям, але я не відношусь до таких людей.	1	2	3	4	5	6
60. Моє ставлення до себе, ймовірно, не таке позитивне, як те, що відчувають до себе більшість людей.	1	2	3	4	5	6
61. Я часто відчуваю, що залишаюся осторонь, коли справастосується дружби.	1	2	3	4	5	6
62. Я часто змінюю свої рішення, якщо мої друзі або члени сім'ї не згодні з ними.	1	2	3	4	5	6
63. Я відчуваю напругу, коли намагаюся розпланувати свої дії, оскільки я ніколи не виконую до кінця все, що запланував.	1	2	3	4	5	6
64. Для мене життя — це безперервний процес навчання, змін та росту.	1	2	3	4	5	6
65. Іноді мені здається, що я зробив все в моєму житті, що було потрібно.	1	2	3	4	5	6
66. Багато днів я прокидаюся пригнічений думками про те, як я прожив своє життя.	1	2	3	4	5	6
67. Я знаю, що можу довіряти своїм друзям, а вони знають, що можуть довіряти мені.	1	2	3	4	5	6
68. Я не відношусь до людей, які піддаються соціальному тиску думати або поступати певним чином.	1	2	3	4	5	6
69. Мої спроби знайти вид діяльності і взаємовідношення, відповідні для мене, були вельми успішними.	1	2	3	4	5	6
70. Мені приносить задоволення бачити, як мої погляди міняються і «дорослішають» з роками.	1	2	3	4	5	6
71. Мої цілі в житті є для мене швидше джерелом задоволення, ніж розчарування.	1	2	3	4	5	6
72. У минулому були зльоти і падіння, але в цілому я б не став нічого міняти.	1	2	3	4	5	6
73. Мені складно по-справжньому відкритися, коли я спілкуюся з оточуючими.	1	2	3	4	5	6
74. Мене турбує те, як люди оцінюють вибори, зроблені мною в житті.	1	2	3	4	5	6
75. Мені складно розпланувати своє життя так, щоб мене це влаштовувало.	1	2	3	4	5	6

76. Я давним-давно перестав намагатися поліпшити або змінити що-небудь в своєму житті.	1	2	3	4	5	6
77. Мені приємно думати про те, чого я досяг у житті.	1	2	3	4	5	6
78. Коли я порівнюю себе з друзями і знайомими, я переживаю приємні почуття від того, ким я є.	1	2	3	4	5	6
79. Мої друзі і я співпереживаємо проблемам один одного.	1	2	3	4	5	6
80. Я оцінюю себе за тим, що я вважаю важливим, а не за цінностями, які вважають важливими оточуючі.	1	2	3	4	5	6
81. Я спромігся створити свій власний будинок і спосіб життя, які найбільш відповідають моїм перевагам.	1	2	3	4	5	6
82. Правильно говорять, що старого пса новим трюкам не навчиш.	1	2	3	4	5	6
83. Зрештою я можу з упевненістю сказати, що моє життя небагато стоїть.	1	2	3	4	5	6
84. У всіх є свої недоліки, але, здається, у мене їх більш ніж достатньо.	1	2	3	4	5	6

Класичні ключі.

Пункти, підкреслені і виділені жирним шрифтом, при обробці переводяться у шкалу, яка сходиться до- низу шкалу: 6, 5, 4, 3, 2, 1.

Решта пунктів (не виділені) при обробці переводяться у шкалу, яка підіймається в гору: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»: 1, 7, 13, 19, 25, 31, 37, 43, 49, 55, 61, 67, 73, 79.

Шкала «Автономія»: 2, 8, 14, 20, 26, 32, 38, 44, 50, 56, 62, 68, 74, 80.

Шкала «Управління середовищем»: 3, 9, 15, 21, 27, 33, 39, 45, 51, 57, 63, 69, 75, 81

Шкала «Особистісне зростання»: 4, 10, 16, 22, 28, 34, 40, 46, 52, 58, 64, 70, 76, 82.

Шкала «Цілі у житті»: 5, 11, 17, 23, 29, 35, 41, 47, 53, 59, 65, 71, 77, 83.

Шкала «Самоприйняття»: 6, 12, 18, 24, 30, 36, 42, 48, 54, 60, 66, 72, 78, 84.

Інтерпретація даних (класичні ключі)

Шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»

Високі значення. Наявність близьких, приємних, довірчих відносин з тими, що оточують. Бажання проявляти турботу про інших людей. Здібність до емпатії, любові і близькості. Уміння знаходити компроміси у взаєминах.

Низькі значення. Відсутність достатньої кількості близьких, довірчих відносин. Труднощі в прояві теплоти, відвертості і турботи про інших людей. Переживання власної ізоляції і фрустрованості. Небажання йти на компроміси для підтримки важливих зв'язків з тими, що оточують.

Шкала «Автономія»

Високі значення. Незалежність. Здатність протистояти соціальному тиску в своїх думках і вчинках. Можливість регулювати власну поведінку і оцінювати себе, виходячи з власних стандартів.

Низькі значення. Заклопотаність очікуваннями і оцінками інших. Орієнтація на думку інших людей при ухваленні важливих рішень. Нездатність проти-стояти соціальному тиску в думках і вчинках.

Шкала «Управління середовищем»

Високі значення. Відчуття упевненості і компетентності в управлінні повсякденними справами. Здатність ефективно використовувати різні життєві обставини. Уміння самому обирати і створювати умови, що задовольняють особистісним потребам і цінностям.

Низькі значення. Нездатність справлятися з повсякденними справами. Відчуття неможливості змінити або поліпшити умови свого життя. Відчуття безсилля в управлінні навколишнім світом.

Шкала «Особистісне зростання»

Високі значення. Відчуття безперервного само-розвитку. Відстежування власного особистісного зростання і відчуття самоудосконалення з перебігом часу. Реалізація свого потенціалу.

Низькі значення. Переживання особової стагнації. Відсутність відчуття особового прогресу з часом. Нудьга і незацікавленість життям. Відчуття нездатності засвоювати нові навички.

Шкала «Цілі у житті»

Високі значення. наявність цілей і відчуття свідомості життя. Відчуття, що сьогоднішнє і минуле осмислені. Присутність переконань, що додають цілей життю.

Низькі значення. Розмитість цілей в житті і відчуття його ритмів. Відсутність відчуття, що сьогоднішнє і минуле осмислено. Відсутність переконань, що додають цілей життю.

Шкала «Самоприйняття»

Високі значення. Підтримка позитивного відношення до себе. Визнання і ухвалення всього власного особистісного розмаїття, що включає як хороші, так і погані якості. Позитивна оцінка свого минулого.

Низькі значення. Незадоволеність самим собою. Розчарування у власному минулому. Стурбованість деякими рисами власної особистості, неприйняття себе. Бажання бути іншим, не таким, який є насправді.

ДОДАТОК Ж

Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The Modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB) (P. Pontin, M. Schwannauer, S. Tai, & M. Kinderman))

Інструкція для учасників опитування:

Дайте відповідь на наведені нижче запитання, використовуючи шкалу (поставте «+» у відповідній комірці).

Пункт	Зовсім ні	Трохи	Середньо	Дуже сильно	Надзвичайно сильно
	1	2	3	4	5
1. Чи задоволені Ви своїм фізичним здоров'ям?					
2. Чи задоволені Ви якістю свого сну?					
3. Чи задоволені Ви своєю здатністю виконувати свою повсякденну життєву активність?					
4. Чи відчуваєте Ви депресію або тривогу?					
5. Чи відчуваєте Ви здатність насолоджуватися життям?					
6. Чи вважаєте Ви, що у Вас є мета в житті?					
7. Чи відчуваєте Ви оптимізм з приводу майбутнього?					
8. Чи відчуваєте Ви, що контролюєте своє життя?					
9. Чи відчуваєте Ви задоволення собою як особистістю?					
10. Чи задоволені Ви своєю зовнішністю і зовнішнім виглядом?					
11. Чи відчуваєте Ви, що в змозі прожити своє життя так, як хочете?					
12. Чи впевнені Ви в своїх власних думках і переконаннях?					
13. Чи відчуваєте Ви себе в змозі робити те, що Ви хочете робити?					
14. Чи відчуваєте Ви себе в змозі рости і розвиватися як особистість?					
15. Чи задоволені Ви собою і своїми досягненнями?					
16. Чи задоволені Ви своїм особистим і сімейним життям?					
17. Чи щасливі Ви у Ваших дружніх і особистих відносинах?					
18. Чи комфортно Ви почуваєтесь стосовно того, як Ви ставитеся до інших і спілкуєтесь з іншими?					
19. Чи задоволені Ви своїм сексуальним життям?					
20. Чи в змозі Ви звернутися за допомогою з проблемою?					
21. Чи щасливі Ви, що у Вас є достатньо грошей, щоб задовольнити Ваші потреби?					
22. Чи задоволені Ви вашими можливостями для занять спортом / відпочинку?					
23. Чи задоволені Ви своїм до-ступом до медичних послуг?					

24. Чи задоволені Ви своєю здатністю працювати?					
---	--	--	--	--	--

Обробка та інтерпретація результатів:

Опитувальник включає три субшкали: «психологічне благополуччя», «фізичне здоров'я та благополуччя» та «стосунки».

Всі запитання, окрім пункту № 4, мають прямий порядок нарахування балів, запитання № 4 – зворотний. Загальний показник суб'єктивного благополуччя рахується як сумарний бал по всіх пунктах методики. Мінімальний показник суб'єктивного благополуччя дорівнює 24 балам, максимальний показник дорівнює 120 балам. Показники по субшкалах розраховуються як сумарні бали по відповідних пунктах методики:

Субшкала «психологічне благополуччя» – пункти №№ 4–15. Субшкала «фізичне здоров'я та благополуччя» – пункти №№ 1–3, 21–24.

Субшкала «стосунки» – пункти №№ 16–20.

Отримані показники порівнюються з нормативними. Нормативні дані за рівнями суб'єктивного благополуччя представлені у таблиці нижче.

Субшкали та загальний показник суб'єктивного благополуччя	Норми		
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Психологічне благополуччя	12–39	40–47	48–60
Фізичне здоров'я та благополуччя	7–20	21–25	26–35
Стосунки	5–16	17–20	21–25
Суб'єктивне благополуччя	24–76	77–91	92–120

ДОДАТОК 3

Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона

ДРУГА ВЕРСІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Детально досліджує рівень самооцінки особистості, базується на способі вибору і також містить дві серії. Стимульним матеріалом є список із 50-ти слів, які визначають окремі риси особистості (див. далі).

Перша серія дослідження передбачає відбір обстежуваним списку слів, що характеризує еталонні риси бажаного і небажаного Я-образу. Його просять проглянути слова із списку і, вибравши їх, скласти два ряди. В один записати ті слова, що визначають риси особистості, котрі належать до суб'єктивного ідеалу, тобто утворюють її позитивний психологічний портрет, а в другий – якості небажані, які в сукупності змальовують негативний портрет.

Інструкція. Подивіться уважно на список запропонованих Вам слів, що характеризують особистість. У лівій колонці (стовпчик №1 бланка) запишіть ті риси, які б Ви бажали мати в себе, а у правій ті, які Ви не бажали б мати. Риси, зміст яких Вам не зрозумілий, або які Ви не можете віднести ні до першої, ні до другої колонки, не потрібно писати взагалі.

СТИМУЛЬНИЙ МАТЕРІАЛ ДО МЕТОДИКИ:

Список рис, які характеризують особистість

Акуратність, безпечність, вдумливість, запальність,
сприйнятливність, гордість, грубість, життєрадісність,
дбайливість, заздрісність, сором'язливість, злопам'ятність,
щирість, вишуканість, примхливість, легковірність, повільність,
мрійливість, помисливість, мстивість, наполегливість, ніжність,
невимушеність, нервозність, непохитність, нестриманість,
чарівність, вразливість, обережність, чуйність, педантичність,
рухливість, підозріливість, принциповість, поетичність,
презирливість, привітність, розв'язність, розсудливість,
рішучість, самозабуття, стриманість, співчутливість, терпимість,
боягузливість, захоплюваність, завзятість, поступливість,
холодність, ентузіазм

Друга серія випробування зводиться до фіксації сукупності рис особистості обстежуваного, які, на його думку, йому властиві з-поміж вибраних еталонних рис “позитивної” і “негативної” множин.

Інструкція. Продивіться уважно слова, записані Вами в ліву та у праву колонках і відмітьте хрестиком, або галочкою ті риси, які, на вашу думку, Вам властиві.

КІЛЬКІСНА ОБРОБКА РЕЗУЛЬТАТІВ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

Мета обробки одержаних результатів – отримання коефіцієнтів самооцінки за “позитивною” (CO^+) і “негативною” (CO^-) множинами й у такий спосіб пізнання окреслити засадничі модальності Я-концепції – Я-ідеальне і Я-реальне. Для підрахунків кожного з коефіцієнтів кількість рис у колонці, котрі визначені обстежуваним як таких, що властиві йому (M), ділять на всю суму рис у даній колонці (N). Формули для підрахунку коефіцієнтів мають такий вигляд:

$$CO^+ = \frac{M^+}{N^+}; \quad CO^- = \frac{M^-}{N^-};$$

де M^+ і M^- – кількість рис у “позитивній” і “негативній” множинах, тобто тих, що відмічені обстежуваним як такі, що йому властиві;
 N^+ і N^- – кількість еталонних рис, тобто відповідно кількість слів правої і лівої колонок.

Рівень та адекватність самооцінки визначають на основі одержаних коефіцієнтів за допомогою таблиці.

Таблиця

Класифікація коефіцієнтів самооцінки

CO^+	CO^-	Рівень самооцінки
1–0,76	0–0,25	Неадекватна, завищена
0,75–0,51	0,26–0,49	Адекватна з тенденцією до завищення
0,5	0,5	Адекватна
0,49–0,26	0,51–0,75	Адекватна з тенденцією до заниження
0,25–0	0,76–1	Неадекватна, занижена

ДОДАТОК К

Копінг-поведінка в стресових ситуаціях (Н. Ендлер, Дж. Паркер (The coping inventory for stressful situations (CISS) (N. Endler, J. Parker)

Загальна характеристика методики:

Методика містить 48 питань та дає можливість дослідити такі копінг-стратегії, які є важливими для подолання стресу 1) «Орієнтація на вирішення завдання» (стратегія, застосовуючи яку, людина прагне використовувати особистісні ресурси для пошуку можливих способів ефективного розв'язання проблеми); 2) «Соціальне відволікання» (стратегія, використовуючи яку, людина для ефективного розв'язання проблеми звертається за допомогою і підтримкою до оточуючого її середовища: сім'ї, друзів, колег); 3) «Спрямованість на емоції» (стратегія, яка пов'язана з виникненням негативних емоцій, які стосуються ситуації, та зосередженість на таких емоціях); 4) «Уникнення» (стратегія, застосовуючи яку, людина прагне уникнути контакту з навколишнім світом, витісняє необхідність розв'язання проблеми); 5) Відволікання» (стратегія, яка передбачає відволікання на інші види діяльності, які дають можливість забути про проблему). За результатами обробки даних визначається, які копінг-стратегії є найбільш пріоритетними для освітнього персоналу, а які – найменш.

Інструкція для учасників опитування:

Нижче наведено можливі реакції людини на різні складні чи стресові ситуації. Визначте, як часто Ви поводитися таким чином у важкій стресовій ситуації, і поставте відповідну цифру у бланк для відповідей.

Ніколи	Рідко	Іноді	Часто	Найчастіше
1	2	3	4	5

Текст опитувальника:

1. Намагаюся ретельно розподілити свій час.	1	2	3	4	5
2. Концентрую увагу на проблемі і думаю, як її можна вирішити.	1	2	3	4	5
3. Думаю про щось гарне, приємне, що було в моєму житті.	1	2	3	4	5
4. Намагаюся бути на людях.	1	2	3	4	5
5. Звинувачую себе в нерішучості.	1	2	3	4	5
6. Роблю те, що вважаю найбільш підходящим у даній ситуації.	1	2	3	4	5
7. Заглиблююся у свій біль та страждання.	1	2	3	4	5
8. Звинувачую себе в тому, що опинився в такій ситуації.	1	2	3	4	5
9. Ходжу по магазинах, нічого не купуючи.	1	2	3	4	5
10. Думаю про те, що для мене головне.	1	2	3	4	5
11. Намагаюся більше спати.	1	2	3	4	5
12. Дозволю собі покуштувати улюблену їжу.	1	2	3	4	5
13. Переживаю, що не можу справитися із ситуацією.	1	2	3	4	5
14. Відчуваю нервові напруження.	1	2	3	4	5
15. Згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше.	1	2	3	4	5
16. Говорю собі, що це відбувається не зі мною.	1	2	3	4	5
17. Звинувачую себе в занадто емоційному ставленні до ситуації	1	2	3	4	5
18. Іду куди-небудь перекусити чи пообідати.	1	2	3	4	5
19. Відчуваю емоційний шок.	1	2	3	4	5
20. Купую собі якусь річ.	1	2	3	4	5
21. Визначаю план дій і дотримуюся його.	1	2	3	4	5
22. Звинувачую себе в тому, що не знаю, що робити.	1	2	3	4	5
23. Іду на вечірку.	1	2	3	4	5

24. Намагаюся осмислити ситуацію.	1	2	3	4	5
25. Застигаю, «заморожуюсь» і не знаю, що робити.	1	2	3	4	5
26. Терміново вживаю заходів, щоб виправити ситуацію.	1	2	3	4	5
27. Аналізую те, що сталося, чи своє ставлення до нього.	1	2	3	4	5
28. Шкодную, що не можу змінити того, що сталося, чи свогоставлення до нього.	1	2	3	4	5
29. Іду в гості до друга.	1	2	3	4	5
30. Непокоюся, що я тепер робитиму.	1	2	3	4	5
31. Проводжу час із дорогою, приємною для мене людиною.	1	2	3	4	5
32. Іду на прогулянку.	1	2	3	4	5
33. Говорю собі, що цього ніколи не станеться знову.	1	2	3	4	5
34. Концентрую увагу на своїх загальних вадах.	1	2	3	4	5
35. Розмовляю з людиною, чия пораду я особливо ціную.	1	2	3	4	5
36. Аналізую проблему, перш ніж реагувати на неї.	1	2	3	4	5
37. Телефоную друзі.	1	2	3	4	5
38. Відчуваю роздратування.	1	2	3	4	5
39. Вирішую, що тепер слід насамперед робити.	1	2	3	4	5
40. Дивлюся кінофільм.	1	2	3	4	5
41. Контролюю ситуацію.	1	2	3	4	5
42. Докладаю додаткових зусиль, щоб усе вирішити.	1	2	3	4	5
43. Розробляю декілька різних варіантів вирішення проблеми.	1	2	3	4	5
44. Беру відпустку чи вихідні, віддаляюся від ситуації.	1	2	3	4	5
45. Виплескую переживання на інших.	1	2	3	4	5
46. Використовую ситуацію, аби довести, що я все ж таки можу вирішити цю проблему.	1	2	3	4	5
47. Намагаюся зібратися, щоб вийти переможцем із ситуації.	1	2	3	4	5
48. Дивлюся телевізор.	1	2	3	4	5

Обробка та інтерпретація результатів:

При обробці результатів сумуються бали, зазначені респондентами з урахуванням наведеного нижче ключа.

Для копіngu, зорієнтованого на вирішення завдання, сумуються такі 16 пунктів: 1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47.

Для копіngu, спрямованого на емоції, сумуються інші 16 пунктів: 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45.

Для копіngu, що має за мету уникнення, сумуються такі 16 пунктів: 3, 4, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 37, 40, 44, 48.

Можна підрахувати шкалу відволікання з 8 пунктів, що належать до уникнення: 9, 11, 12, 18, 20, 40, 44, 48.

Шкала соціального відволікання може бути підрахована з таких 5 пунктів, що стосуються уникнення: 4, 29, 31, 35, 37.

(Зверніть увагу, що пункти уникнення 3, 23 і 32 не використовуються в субшкалах відволікання і соціального відволікання).

ДОДАТОК Л

Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я (К.А. Wallston, B.S. Wallstone, R. DeVellis)

Загальна характеристика методики:

Опитувальник складається з 18 питань, які поєднані у три шкали: шкала «внутрішнього локусу контролю» (відображає ступінь відчуття респондентами контролю над своїм здоров'ям); шкала «контролю «могутніми» іншими» (показує ступінь впевненості опитуваного в тому, що за його здоров'я несуть відповідальність «могутні інші», наприклад, лікарі, родичі тощо); шкала «контролю випадку» (вимірює, наскільки опитуваний переконаний в тому, що здоров'я залежить від випадку, везіння або долі).

Інструкція для учасників опитування:

Оцініть, будь ласка, ступінь своєї згоди з представленими ситуаціями, за наступною шкалою (обведіть відповідну цифру).

Абсолютно не згоден	Не згоден	Важко відповісти	Погоджуюся	Абсолютно згоден
1	2	3	4	5

Текст опитувальника:

А					
1	Коли я хворію, тільки мій настрій допомагає мені одужати	1	2	3	4 5
2	Я контролюю свій стан здоров'я	1	2	3	4 5
3	Якщо я хворію, то в цьому винен (а) я сам (а)	1	2	3	4 5
4	Найбільше на моє здоров'я впливають мої вчинки	1	2	3	4 5
5	Якщо я буду піклуватися про себе, то зможу уникнути хвороби	1	2	3	4 5
6	Якщо я не буду завдавати шкоди своєму організму, то залишусь здоровим	1	2	3	4 5
Б					
1	Регулярно відвідуючи свого лікаря, я зможу уникнути розвитку того чи іншого захворювання	1	2	3	4 5
2	При перших же ознаках нездужання я консультуюся з фахівцем	1	2	3	4 5
3	Про моє здоров'я повинна турбуватися моя сім'я	1	2	3	4 5
4	Лікарі піклуються про моє здоров'я	1	2	3	4 5
5	Якщо я видужую, то це завдяки турботі інших людей (лікарів, медсестер, членів сім'ї та друзів)	1	2	3	4 5
6	Що стосується мого здоров'я, то я роблю тільки те, що говорить лікар	1	2	3	4 5
В					
1	Неважливо, що відбувається, але якщо мені судилося захворіти, то я захворію	1	2	3	4 5
2	Хвороби звалюються на мене як сніг на голову	1	2	3	4 5
3	Наскільки швидко я одужаю, зазвичай залежить від випадку	1	2	3	4 5
4	Підтримка хорошого стану здоров'я багато в чому залежить від випадку	1	2	3	4 5
5	Щоб я не робив для профілактики захворювань, я всеодно можу захворіти	1	2	3	4 5

6	Якщо мені не судилося захворіти, то я не захворюю	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

Обробка та інтерпретація результатів:

Опитувальник складається з трьох шкал.

1. Шкала «внутрішнього локусу контролю» (Блок А): відображає ступінь відчуття власного контролю над своїм здоров'ям.

2. Шкала «контролю «могутніми іншими» (Блок Б): ця шкала показує ступінь вашої впевненості в тому, що за ваше здоров'я несуть відповідальність «могутні інші» (наприклад, лікарі).

3. Шкала «контролю випадку» (Блок В): ця шкала показує ступінь переконання в тому, що власне здоров'я залежить від випадку, удачі або долі.

Підрахуйте суму балів, набраних в кожній шкалі. Мінімальне значення за шкалою дорівнює 6 балам, а максимальне – 30 балам.

1. 22–30 балів – високий рівень за відповідною шкалою контролю. Наприклад, якщо у вас високий бал за шкалою «контролю випадку», ви вірите в те, що ваше здоров'я залежить від випадку.

2. 15–21 бали – середній рівень за відповідною шкалою контролю. Наприклад, середній бал за шкалою «контролю «могутніми іншими» означає, що ви частково впевнені в тому, що ваше здоров'я залежить від «могутніх інших».

3. 6–14 балів – низький рівень за відповідною шкалою контролю. Наприклад, якщо у вас низький бал за шкалою «внутрішнього контролю», то ви не вірите в свої сили щодо запобігання захворюванням і лікування.

ДОДАТОК М

Методика М. Рокича «Ціннісні орієнтації» («Value Survey»)

Список А (термінальні цінності)

- 1) активне діяльне життя (повнота та емоційна насиченість життя);
- 2) життєва мудрість (зрілість суджень та здоровий глузд, що досягаються життєвим досвідом);
- 3) здоров'я (фізичне і психічне);
- 4) цікава робота;
- 5) краса природи і мистецтва (переживання прекрасного в природі і в мистецтві);
- 6) любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною);
- 7) матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів);
- 8) наявність хороших і вірних друзів;
- 9) суспільне покликання (повага оточуючих, колективу, товаришів по роботі);
- 10) пізнання (можливість розширення своєї освіти, кругозору, загальної культури, інтелектуальний розвиток);
- 11) продуктивне життя (максимально повне використання своїх можливостей, сил та здібностей);
- 12) розвиток (робота над собою, постійне фізичне і духовне вдосконалення);
- 13) Розваги (приємне, необтяжливе проведення часу, відсутність обов'язків);
- 14) Свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках);
- 15) щасливе сімейне життя;
- 16) щастя інших (добробут, розвиток і вдосконалення інших людей, всього народу, людства в цілому);
- 17) творчість (можливість творчої діяльності);
- 18) впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів).

Список Б (інструментальні цінності)

- 1) акуратність (охайність), вміння тримати в порядку речі, порядок у справах;
- 2) вихованість (гарні манери);
- 3) високі запиту (високі вимоги до життя і високі домагання);
- 4) життєрадісність (почуття гумору);
- 5) старанність (дисциплінованість);
- 6) незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче);
- 7) непримиренність до недоліків у собі та інших;
- 8) освіченість (широта знань, висока загальна культура);
- 9) відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово);
- 10) раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення);
- 11) самоконтроль (стриманість, самодисципліна);
- 12) сміливість у відстоюванні своєї думки, поглядів;
- 13) тверда воля (уміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами);
- 14) терпимість (до поглядів і думок інших, вміння прощати іншим їхні помилки та омани);
- 15) широта поглядів (вміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички);
- 16) чесність (правдивість, щирість);
- 17) ефективність у справах (працелюбність, продуктивність в роботі);
- 18) чуйність (дбайливість).

ДОДАТОК Н

Результати показників методик емпіричного дослідження за групами співвідношення особистісної та ситуативної тривожності та віковими особливостями

Методики	Показники	K1=OT>CT		
		20-30	31-40	41-50
Локатор великої п'ятірки	нейротизм	78.0	63.0	71.0
	екстраверсія	58.0	53.0	30.0
	відкритість досвіду	42.0	39.0	30.0
	схильність до згоди	64.0	53.0	42.0
	добросовісність	39.0	46.0	44.0
Методика визначення толерантності до невизначеності	загальний показник	75.8	75.1	65.3
	новизна	19.4	17.1	12.5
	складність	43.4	43.3	41.3
	нерозв'язність	13.0	15.6	11.5
Шкала психологічного благополуччя (Ріфф)	шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	64.6	68.0	54.3
	шкала «Автономія»	57.0	61.2	49.3
	шкала «Управління середовищем»	49.2	58.8	58.5
	шкала «Особистісне зростання»	74.6	74.3	65.5
	шкала «Цілі у житті»	62.2	63.7	61.3
	шкала «Самоприйняття»	58.0	66.6	59.5
Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»	психологічне благополуччя	34.5	43.1	29.3
	фізичне здоров'я та благополуччя	19.6	21.3	12.3
	стосунки	17.0	17.2	13.3
	суб'єктивне благополуччя	71.2	81.7	55.3
Q-сортування (Q-sort)	коефіцієнт самооцінки за "позитивними" рисами (CO+)	0.72	0.76	0.63

В. Стефенсона	коефіцієнт самооцінки за "негативними" рисами (СО-)	0.52	0.52	0.41
Копінг-поведінка в стресових ситуаціях	копінг, зорієнтований на вирішення завдання	58.2	60.1	65.3
	копінг, спрямований на емоції	50.0	39.9	46.8
	копінг, що має за мету уникнення	48.6	47.4	39.3
Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я	шкала «внутрішнього локусу контролю»	18.4	18.1	18.8
	шкала «контролю «могутніми іншими»	18.2	13.8	16.5
	шкала «контролю випадку»	18.0	13.8	16.5
Методика М.Рокича «Ціннісні орієнтації»	термінальні цінності, які приймаються людиною	здоров'я (фізичне і психічне)	здоров'я (фізичне і психічне)	здоров'я (фізичне і психічне)
		любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)
		щасливе сімейне життя	матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)	любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)
		впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів)	продуктивне життя (максимально повне використання своїх можливостей, сил та здібностей)	щасливе сімейне життя
			свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках)	

			щасливе сімейне життя	
			впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів)	
	інструментальні цінності, які приймаються людиною	незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)	життєрадісність (почуття гумору)	акуратність (охайність), вміння тримати в порядку речі, порядок у справах
		відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)	освіченість (широта знань, висока загальна культура)	незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)
		раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення)	відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)	відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)
		широта поглядів (вміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички)	чесність (правдивість, щирість)	
		чуйність (дбайливість)		

Методики	Показники	K2=OT=CT	
		31-40	41-50
Локатор великої п'ятірки	нейротизм	64.0	54.0
	екстраверсія	43.0	49.0
	відкритість досвіду	41.0	46.0
	схильність до згоди	51.0	49.0
	добросовісність	51.0	51.0
Методика визначення толерантності до невизначеності	загальний показник	67.5	67.5
	новизна	15.2	17.8
	складність	38.5	37.2
	нерозв'язність	13.9	12.5
Шкала психологічного благополуччя (Ріфф)	шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	60.9	59.3
	шкала «Автономія»	57.0	63.0
	шкала «Управління середовищем»	54.3	59.5
	шкала «Особистісне зростання»	65.4	70.5
	шкала «Цілі у житті»	63.3	62.2
	шкала «Самоприйняття»	62.4	67.2
Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»	психологічне благополуччя	37.9	40.2
	фізичне здоров'я та благополуччя	21.0	20.7
	стосунки	17.1	17.7
	суб'єктивне благополуччя	76.0	78.5
Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона	коефіцієнт самооцінки за "позитивними" рисами (CO+)	0.66	0.69
	коефіцієнт самооцінки за "негативними" рисами (CO-)	0.50	0.48
Копінг-поведінка в стресових ситуаціях	копінг, зорієнтований на вирішення завдання	60.0	65.8
	копінг, спрямований на емоції	46.9	37.2
	копінг, що має за мету уникнення	45.7	42.3
	шкала «внутрішнього локусу контролю»	19.5	20.2
	шкала «контролю «могутніми іншими»	16.1	16.5

Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я	шкала «контролю випадку»	15.7	14.5
Методика М.Рокича «Ціннісні орієнтації»	термінальні цінності, які приймаються людиною	здоров'я (фізичне і психічне)	здоров'я (фізичне і психічне)
		щасливе сімейне життя	матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)
		любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	щасливе сімейне життя
		матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)	впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів)
	інструментальні цінності, які приймаються людиною	життєрадісність (почуття гумору)	незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)
		чесність (правдивість, щирість)	освіченість (широта знань, висока загальна культура)
			відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)

Методики	Показники	КЗ=ОТ<СТ			
		20-30	31-40	41-50	51-60
Локатор великої п'ятірки	нейротизм	53.0	62.0	65.0	57.0
	екстраверсія	48.0	51.0	43.0	49.0
	відкритість досвіду	43.0	43.0	42.0	51.0
	схильність до згоди	50.0	53.0	50.0	56.0
	добросовісність	51.0	42.0	55.0	51.0
Методика визначення толерантності до невизначеності	загальний показник	71.0	70.0	71.2	71.0
	новизна	16.0	16.6	16.5	17.0
	складність	41.0	39.3	41.2	39.5
	нерозв'язність	14.0	14.1	13.5	14.5
Шкала психологічного благополуччя (Ріфф)	шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	64.3	62.9	59.9	63.3
	шкала «Автономія»	64.0	59.3	61.5	63.8
	шкала «Управління середовищем»	58.5	56.4	59.5	57.8
	шкала «Особистісне зростання»	68.1	65.5	64.3	69.3
	шкала «Цілі у житті»	64.3	62.3	61.5	59.8
	шкала «Самоприйняття»	65.8	60.1	60.9	58.5
Методика «Модифікована	психологічне благополуччя	40.9	37.7	38.0	35.5

шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»	фізичне здоров'я та благополуччя	23.3	20.3	20.6	18.3
	стосунки	18.8	16.7	15.0	15.5
	суб'єктивне благополуччя	83.1	74.7	73.6	69.3
Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона	коефіцієнт самооцінки за "позитивними" рисами (CO+)	0.80	0.68	0.64	0.61
	коефіцієнт самооцінки за "негативними" рисами (CO-)	0.37	0.44	0.41	0.27
Копінг-поведінка в стресових ситуаціях	копінг, зорієнтований на вирішення завдання	61.2	58.0	60.2	62.0
	копінг, спрямований на емоції	39.8	41.0	43.1	40.0
	копінг, що має за мету уникнення	43.7	43.9	42.7	39.0
Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я	шкала «внутрішнього локусу контролю»	19.5	18.2	20.0	19.3
	шкала «контролю «могутніми іншими»	17.5	15.5	15.6	13.5
	шкала «контролю випадку»	14.8	15.9	17.1	13.8
Методика М.Рокича	термінальні цінності, які	здоров'я (фізичне і психічне)	здоров'я (фізичне і психічне)	здоров'я (фізичне і психічне)	свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках)

«Ціннісні орієнтації»	приймаються людиною	цікава робота	матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)	цікава робота	
		любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	щасливе сімейне життя	любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	
		свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках)		матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)	
		впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів)			
	інструментальні цінності, які приймаються людиною	незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)	життєрадісність (почуття гумору)	життєрадісність (почуття гумору)	життєрадісність (почуття гумору)
		раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення)	чесність (правдивість, щирість)	відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)	освіченість (широта знань, висока загальна культура)
		чесність (правдивість, щирість)		чесність (правдивість, щирість)	відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)

Результати показників методик емпіричного дослідження за групами співвідношення особистісної та ситуативної тривожності та статтю

Методики	Показники	K1=OT>CT		K2=OT=CT		K3=OT<CT	
		жінки	чоловіки	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
Локатор великої п'ятірки	нейротизм	70.0		62.0	57.0	61.0	60.0
	екстраверсія	49.0		46.0	39.0	49.0	47.0
	відкритість досвіду	38.0		41.0	51.0	44.0	42.0
	схильність до згоди	54.0		52.0	45.0	53.0	50.0
	добросовісність	43.0		51.0	48.0	51.0	47.0
Методика визначення толерантності до невизначеності	загальний показник	73.0		66.2	77.0	70.5	69.9
	новизна	16.5		15.4	20.0	16.6	15.9
	складність	42.7		37.3	43.0	40.1	39.5
	нерозв'язність	13.8		13.4	14.0	13.9	14.5
Шкала психологічного благополуччя (Ріфф)	шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	63.5		63.3	52.8	62.1	61.1
	шкала «Автономія»	56.6		59.9	54.8	60.4	62.0
	шкала «Управління середовищем»	55.2		55.8	53.8	58.1	54.7
	шкала «Особистісне зростання»	72.1		67.2	66.0	67.2	61.6
	шкала «Цілі у житті»	62.9		62.7	56.8	62.7	61.3
	шкала «Самоприйняття»	61.7		63.9	55.3	61.3	61.1
Методика «Модифікована	психологічне благополуччя	37.6		38.1	35.0	38.5	37.1

шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»	фізичне здоров'я та благополуччя	18.8		20.7	18.8	21.2	19.5
	стосунки	16.2		17.2	14.8	16.6	17.3
	суб'єктивне благополуччя	72.6		76.0	68.5	77.2	73.9
Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона	коефіцієнт самооцінки за "позитивними" рисами (CO+)	0.71		0.71	0.56	0.72	0.62
	коефіцієнт самооцінки за "негативними" рисами (CO-)	0.47		0.48	0.43	0.41	0.40
Копінг- поведінка в стресових ситуаціях	копінг, зорієнтований на вирішення завдання	60.8		61.8	57.3	59.6	57.5
	копінг, спрямований на емоції	45.1		45.6	42.3	41.3	40.0
	копінг, що має за мету уникнення	45.8		46.6	36.3	44.1	40.9
Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я	шкала «внутрішнього локусу контролю»	18.5		19.1	19.5	19.1	17.6
	шкала «контролю «могутніми іншими»	15.5		16.2	15.8	15.6	16.6
	шкала «контролю випадку»	15.7		15.6	17.0	15.4	16.9
	термінальні цінності, які приймаються людиною	здоров'я (фізичне і психічне)		здоров'я (фізичне і психічне)	свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках)	здоров'я (фізичне і психічне)	здоров'я (фізичне і психічне)

Методика М.Рокича «Ціннісні орієнтації»		любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)		любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	щасливе сімейне життя	любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)
		щасливе сімейне життя		матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)			щасливе сімейне життя
		матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)		щасливе сімейне життя			
	інструментальні цінності, які приймаються людиною	життєрадісність (почуття гумору)		життєрадісність (почуття гумору)	освіченість (широта знань, висока загальна культура)	відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)	життєрадісність (почуття гумору)
		незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)		чесність (правдивість, щирість)	тверда воля (уміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами)	чесність (правдивість, щирість)	раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення)
		освіченість (широта знань, висока загальна культура)			широта поглядів (вміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички)		чесність (правдивість, щирість)
		відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)					

Результати показників методик емпіричного дослідження за групами співвідношення особистісної та ситуативної тривожності та сімейним станом

Методики	Показники	K1=OT>CT		
		Одружені/Заміжні	Неодружені/Незаміжні	Розлучений/Розлучена
Локатор великої п'ятірки	нейротизм	69	69	67
	екстраверсія	49	53	41
	відкритість досвіду	41	30	35
	схильність до згоди	55	54	49
	добросовісність	42	50	42
Методика визначення толерантності до невизначеності	загальний показник	75.3	71.3	70.3
	новизна	18.4	14.3	14
	складність	43.1	41.3	44.3
	нерозв'язність	13.8	15.8	12
Шкала психологічного благополуччя (Ріфф)	шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	63.7	65.5	63
	шкала «Автономія»	57.6	58.3	55.3
	шкала «Управління середовищем»	55	54	62.7
	шкала «Особистісне зростання»	70.5	73.3	78.3
	шкала «Цілі у житті»	62	66	67
	шкала «Самоприйняття»	61.5	64.3	64.7
Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»	психологічне благополуччя	36	44.8	34.3
	фізичне здоров'я та благополуччя	19.5	19.8	15.7
	стосунки	17.6	15.3	12.7
	суб'єктивне благополуччя	73.2	79.8	62.7
Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона	коефіцієнт самооцінки за "позитивними" рисами (CO+)	0.69	0.78	0.74
	коефіцієнт самооцінки за "негативними" рисами (CO-)	0.55	0.38	0.45
Копінг-поведінка в стресових ситуаціях	копінг, зорієнтований на вирішення завдання	59.4	63	62.7
	копінг, спрямований на емоції	46.7	39.3	41.7
	копінг, що має за мету уникнення	45.5	49.8	42.3

Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я	шкала «внутрішнього локусу контролю»	18.6	17	19
	шкала «контролю «могутніми іншими»	16.5	15.5	12.7
	шкала «контролю випадку»	16	12.8	17.7
Методика М.Рокича «Ціннісні орієнтації»	термінальні цінності, які приймаються людиною	здоров'я (фізичне і психічне)	здоров'я (фізичне і психічне)	здоров'я (фізичне і психічне)
		любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	продуктивне життя (максимально повне використання своїх можливостей, сил та здібностей)	любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)
		щасливе сімейне життя	розвиток (робота над собою, постійне фізичне і духовне вдосконалення)	матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)
		впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів)		свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках)
	інструментальні цінності, які приймаються людиною	життєрадісність (почуття гумору)	вихованість (гарні манери)	життєрадісність (почуття гумору)
		відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)	освіченість (широта знань, висока загальна культура)	незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)
			відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)	освіченість (широта знань, висока загальна культура)
			раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення)	відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)
				чесність (правдивість, щирість)

Методики	Показники	K2=OT=CT		
		Одружені/Заміжні	Неодружені/Незаміжні	Розлучений/Розлучена
Локатор великої п'ятірки	нейротизм	62.0	57.0	61.0
	екстраверсія	47.0	35.0	41.0
	відкритість досвіду	42.0	50.0	42.0
	схильність до згоди	52.0	51.0	48.0
	добросовісність	49.0	46.0	59.0
Методика визначення толерантності до невизначеності	загальний показник	67.6	78.0	65.4
	новизна	15.7	16.5	17.8
	складність	38.4	47.5	34.2
	нерозв'язність	13.5	14.0	13.4
Шкала психологічного благополуччя (Ріфф)	шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	59.1	65.0	67.4
	шкала «Автономія»	57.9	59.0	62.6
	шкала «Управління середовищем»	56.0	52.5	54.8
	шкала «Особистісне зростання»	66.5	63.5	69.8
	шкала «Цілі у житті»	62.8	44.5	65.2
	шкала «Самоприйняття»	63.4	56.5	61.6
Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»	психологічне благополуччя	38.1	35.5	36.6
	фізичне здоров'я та благополуччя	20.3	20.0	21.0
	стосунки	17.0	16.0	16.4
	суб'єктивне благополуччя	75.3	71.5	74.0
Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона	коефіцієнт самооцінки за "позитивними" рисами (CO+)	0.66	0.81	0.71
	коефіцієнт самооцінки за "негативними" рисами (CO-)	0.54	0.26	0.30
Копінг-поведінка в стресових ситуаціях	копінг, зорієнтований на вирішення завдання	60.8	53.0	65.0
	копінг, спрямований на емоції	44.8	43.5	46.4

	копінг, що має за мету уникнення	43.4	47.0	48.4
Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я	шкала «внутрішнього локусу контролю»	20.1	12.5	19.0
	шкала «контролю «могутніми іншими»	16.3	16.0	15.4
	шкала «контролю випадку»	14.8	21.0	17.2
Методика М.Рокича «Ціннісні орієнтації»	термінальні цінності, які приймаються людиною	здоров'я (фізичне і психічне)	любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	здоров'я (фізичне і психічне)
		любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	наявність хороших і вірних друзів	цікава робота
		матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)	щасливе сімейне життя	любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)
		щасливе сімейне життя		матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)
				свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках)
	інструментальні цінності, які приймаються людиною	життєрадісність (почуття гумору)	тверда воля (уміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами)	раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення)
		незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)	широта поглядів (вміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички)	самоконтроль (стриманість, самодисципліна)
				тверда воля (уміння наполягти на своєму, не відступати перед труднощами)

Методики	Показники	КЗ=ОТ<СТ		
		Одружені/Заміжні	Неодружені/Незаміжні	Розлучений/Розлучена
Локатор великої п'ятірки	нейротизм	62.0	55.0	66.0
	екстраверсія	48.0	51.0	48.0
	відкритість досвіду	43.0	46.0	38.0
	схильність до згоди	54.0	50.0	50.0
	добросовісність	42.0	51.0	52.0
Методика визначення толерантності до невизначеності	загальний показник	70.5	71.8	68.0
	новизна	16.1	17.5	15.8
	складність	39.9	40.7	38.1
	нерозв'язність	14.5	13.7	12.6
Шкала психологічного благополуччя (Ріфф)	шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	60.3	66.8	58.1
	шкала «Автономія»	59.6	64.3	58.0
	шкала «Управління середовищем»	55.6	61.9	55.4
	шкала «Особистісне зростання»	63.5	70.5	67.4
	шкала «Цілі у житті»	60.8	66.2	61.6
	шкала «Самоприйняття»	59.3	66.2	58.8
Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»	психологічне благополуччя	36.8	41.4	37.9
	фізичне здоров'я та благополуччя	19.9	23.4	19.4
	стосунки	17.0	17.8	13.0
	суб'єктивне благополуччя	73.7	82.6	70.3
Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона	коефіцієнт самооцінки за "позитивними" рисами (CO+)	0.64	0.82	0.67
	коефіцієнт самооцінки за "негативними" рисами (CO-)	0.43	0.33	0.49
Копінг-поведінка в стресових ситуаціях	копінг, зорієнтований на вирішення завдання	58.7	60.5	58.4
	копінг, спрямований на емоції	41.6	38.4	44.4
	копінг, що має за мету уникнення	42.4	45.8	42.5

Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я	шкала «внутрішнього локусу контролю»	18.5	18.3	21.3
	шкала «контролю «могутніми іншими»	15.8	16.1	15.1
	шкала «контролю випадку»	16.0	15.3	15.6
Методика М.Рокича «Ціннісні орієнтації»	термінальні цінності, які приймаються людиною	здоров'я (фізичне і психічне)		
		щасливе сімейне життя	любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)
			свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках)	впевненість у собі (внутрішня гармонія, свобода від внутрішніх протиріч, сумнівів)
	інструментальні цінності, які приймаються людиною	життєрадісність (почуття гумору)	незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)	життєрадісність (почуття гумору)
		чесність (правдивість, щирість)	відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)	незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)
			чесність (правдивість, щирість)	

Результати показників методик емпіричного дослідження за групами співвідношення особистісної та ситуативної тривожності та наявності/відсутності дітей

Методики	Показники	K1=OT>CT		K2=OT=CT		K3=OT<CT	
		мають дітей	не мають дітей	мають дітей	не мають дітей	мають дітей	не мають дітей
Локатор великої п'ятірки	нейротизм	67.0	72.0	61.0	61.0	63.0	56.0
	екстраверсія	47.0	52.0	47.0	36.0	48.0	50.0
	відкритість досвіду	38.0	37.0	44.0	38.0	42.0	46.0
	схильність до згоди	51.0	58.0	51.0	51.0	53.0	51.0
	добросовісність	43.0	44.0	53.0	43.0	50.0	51.0
Методика визначення толерантності до невизначеності	загальний показник	72.8	75.0	66.7	72.8	69.8	71.7
	новизна	16.9	16.3	16.1	16.8	16.2	17.1
	складність	42.6	43.5	37.5	41.2	39.6	40.6
	нерозв'язність	13.3	15.2	13.2	14.8	14.0	14.0
Шкала психологічного благополуччя (Ріфф)	шкала «Позитивні відносини з тими, що оточують»	63.4	64.5	61.9	59.6	59.8	66.0
	шкала «Автономія»	56.9	58.3	59.7	56.4	59.4	63.3
	шкала «Управління середовищем»	58.7	50.8	56.2	52.6	55.7	60.5
	шкала «Особистісне зростання»	71.1	75.2	68.0	63.2	64.0	69.7
	шкала «Цілі у житті»	63.8	63.5	64.3	52.4	61.2	64.8

	шкала «Самоприйняття»	64.0	59.8	62.6	61.8	59.7	64.2
Методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі»	психологічне благополуччя	37.3	38.3	37.3	38.2	36.9	40.7
	фізичне здоров'я та благополуччя	18.3	20.3	20.4	20.2	19.7	23.0
	стосунки	16.6	15.7	16.9	16.4	16.3	17.6
	суб'єктивне благополуччя	72.2	74.3	74.7	74.8	72.9	81.3
Q-сортування (Q-sort) В. Стефенсона	коефіцієнт самооцінки за "позитивними" рисами (CO+)	0.69	0.77	0.69	0.65	0.66	0.76
	коефіцієнт самооцінки за "негативними" рисами (CO-)	0.51	0.47	0.47	0.46	0.45	0.33
Копінг- поведінка в стресових ситуаціях	копінг, зорієнтований на вирішення завдання	60.0	62.2	62.8	54.8	58.8	60.0
	копінг, спрямований на емоції	44.3	44.2	44.9	45.6	42.0	39.2
	копінг, що має за мету уникнення	44.3	49.2	44.1	47.6	42.3	45.3
Опитувальник для вимірювання локус контролю здоров'я	шкала «внутрішнього локусу контролю»	18.9	17.2	19.6	17.8	18.7	18.9
	шкала «контролю «могутніми іншими»	14.8	17.3	16.6	14.4	15.5	16.3

	шкала «контролю випадку»	15.7	15.3	15.7	16.6	16.2	14.8
Методика М.Рокича «Ціннісні орієнтації»	термінальні цінності, які приймаються людиною	здоров'я (фізичне і психічне)					
		любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)		любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	любов (духовна і фізична близькість з коханою людиною)	щасливе сімейне життя	свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках)
		матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)		матеріально забезпечене життя (відсутність матеріальних труднощів)	свобода (самостійність, незалежність у судженнях і вчинках)		
		щасливе сімейне життя		щасливе сімейне життя	щасливе сімейне життя		
	інструментальні цінності, які приймаються людиною	життєрадісність (почуття гумору)	вихованість (гарні манери)	життєрадісність (почуття гумору)	акуратність (охайність), вміння тримати в порядку речі, порядок у справах	життєрадісність (почуття гумору)	незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)
		відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)	незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)	освіченість (широта знань, висока загальна культура)	життєрадісність (почуття гумору)	чесність (правдивість, щирість)	відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)

		чесність (правдивість, щирість)	освіченість (широта знань, висока загальна культура)		незалежність (здатність діяти самостійно, рішуче)		чесність (правдивість, щирість)
			відповідальність (почуття обов'язку, вміння тримати своє слово)		широта поглядів (вміння зрозуміти чужу точку зору, поважати інші смаки, звичаї, звички)		
			раціоналізм (вміння тверезо і логічно мислити, приймати обдумані, раціональні рішення)				