

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Використання копінг-стратегій онкохворими особами на різних
етапах лікування**

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»,
заочна форма навчання)

Каменьок Ю. Л.

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук

доцент кафедри психодіагностики

та клінічної психології

Морозова-Ларіна О. І.

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ОНКОХВОРИМИ ОСОБАМИ.....	9
1.1. Психологічні особливості визначення стресових ситуацій та реагування на них.....	9
1.2. Сутність копінг-стратегій, характеристика адаптивних та неадаптивних стратегій копінг-поведінки особистості.....	24
1.3. Психологічні аспекти використання копінг-стратегій в хворих осіб онкологічного профілю.....	36
Висновки до розділу 1.....	45
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ В ОНКОХВОРИХ ОСІБ.....	47
2.1. Методика організації і проведення дослідження.....	47
2.2. Психодіагностичні методики дослідження.....	50
Висновки до розділу 2.....	56
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ В ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ.....	58
3.1. Аналіз психологічних особливостей реагування на стресові ситуації в осіб з онкологічною патологією.....	58
3.2. Встановлення зв'язку між резильєнтністю і копінг-стратегіями.....	83
3.3. Психологічні рекомендації для оптимізації реагування на стресові ситуації, вибору копінг-стратегій.....	92
Висновки до розділу 3.....	101
ВИСНОВКИ.....	103
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	107
ДОДАТКИ.....	120

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Життя в сучасних умовах дуже ускладнене постійним переживанням стресових ситуацій населенням через перебування країни в війні, що зумовила зниження рівня психологічного, матеріального, фізичного благополуччя більшості українців. Через небезпеку для життя і здоров'я багато людей перебувають у постійному напруженні, мають підвищений рівень тривоги, гостро реагують на стреси, різні проблеми, які виникають щодня і так чи інакше пов'язані із бойовими діями, ракетними обстрілами, відключеннями електроенергії, води, зв'язку та інтернету. Багато українців були змушені розлучитися з рідними, які пішли служити в ЗСУ, і тепер постійно хвилюються через них. Багато українців покинули свої домівки, перемістилися до більш безпечних регіонів чи виїхали за кордон, у багатьох були втрачені майно, матеріальні цінності, можливості для роботи і забезпечення своєї сім'ї необхідними коштами, житлом, всім найнеобхіднішим.

Стан постійного стресу і напруги негативно впливає на все українське населення, зумовлюючи як труднощі адекватного реагування на складні життєві події, так і вибір адаптивної чи не конструктивної опанувальної поведінки, що у психології трактується через поняття «копінгу».

Вивчення природи стресу, започатковане в роботах Г. Сельє, Р. Лазаруса, С. Фолкмана, дало змогу українським науковцям привернути увагу до питання копінг-поведінки, що впливає на адекватність реагування людей на стресові ситуації та успішність подолання їх наслідків, швидкість відновлення після впливу стресів (М. Василенко, Л. Наугольник, О. Овчаренко, Л. Карамушка, Ю. Снігур та ін.).

У психологічній літературі копінг розуміється як захисно-долаюча поведінка, що допомагає захистити психіку від надмірного впливу стресу та активізує сили людини до боротьби із проблемою (Л. Степаненко, В. Осьодло, В. Предко, Х. Стельмашук та ін.).

Копінг-стратегії втілюються в поведінці подолання стресу, що відображає здатність особистості продуктивно працювати, відчувати власне психологічне здоров'я та благополуччя адекватними способами. Все це реалізується через зменшення або повне подолання стресових навантажень (І. Андрущенко, А. Вдовиченко, О. Демчук, В. Оверчук, Я. Омельченко та ін.).

Особливості переживання стресових ситуацій базуються на психологічних дослідженнях стратегій подолання, механізмів захисту і протидії стрес-чинникам, об'єктивних і суб'єктивних чинників вибору адаптивних стратегій копінг-поведінки у стресових ситуаціях (Ю. Александров, Л. Наугольник, Л. Карамушка, О. Луценко, В. Осьодло, Н. Павлик, Л. Степаненко та ін.).

Особливо складними є проблеми адекватного реагування на скрутні життєві ситуації, стреси, проблеми в людей, які мають обтяжені умови життя, які борються із важкими хворобами, онкологічними захворюваннями.

На жаль, статистика останніх років щодо виявлення та лікування онкозахворювань українців є невтішною. За даними 2018 року Україна знаходиться на другому місці в Європі за темпами росту онкозахворювань у населення. Щорічно в Україні діагноз онкозахворювання отримують більше 160 тис. осіб, від раку помирають більше 90 тис. осіб, з яких третину становлять люди працездатного віку (35%). Ризик виникнення онкозахворювань може стосуватися кожного четвертого чоловіка і шостої жінки та становить 27,7% і 18,5% відповідно. Саме рак є основною причиною смертності у світі та в Україні [16]. На сьогоднішній день ситуація стає ще більш складною. Згідно з даними 25-го номера Бюлетеня Національного канцер-реєстру України за 2022-2023 роки, кількість онкохворих в Україні зростає. Повномасштабна агресія Росії значно ускладнила доступ до медичної допомоги, що призвело до погіршення ситуації [91].

Зростання кількості людей із онкозахворюваннями підвищують актуальність надання їм психологічної допомоги, оскільки крім необхідності

лікування, вони також мають потребу в підтримці, розумінні, співчутті, дійсній соціальній та психологічній допомозі. Психологічні особливості цих людей відрізняються емоційною нестійкістю, більшою вразливістю до стресів, впливів негативних новин. Однією з проблем терапевтичної роботи з онкохворими є висока частота у них психоемоційних розладів, дезадаптованості, високої тривожності, фрустрації, депресії, відчуття самотності, соціальної ізоляції, рідше – агресивності, ворожості у ставленні до інших (Н. Азаматова, Н. Іванова, Є. Кущевий, І. Мухаровська та ін.). Багато онкохворих навіть після оперативного втручання, видалення пухлин і перебування у ремісії відчують постійну напруженість, хвилюються через ймовірність відновлення росту ракових клітин чи виникнення порушень в роботі інших органів.

Питання психологічної підтримки і допомоги онкохворим людям піднімаються психотерапевтами, лікарями загальної практики, психологами-методистами та іншими фахівцями, які надають такі послуги населенню (В. Зливков, І. Ісаєнко, Т. Дучимінська, Є. Кущевий, С. Лукомська, Л. Магдисюк, Р. Федоренко, О. Хлівна та ін.).

Індивідуальне сприйняття ситуації як стресової чи небезпечної для особистості стосується як дійсної загрози із зовнішнього світу, так і внутрішнього захворювання, будь-якого чинника ймовірно негативного впливу (В. Горбенко, З. Шейхісламов та ін.). Так само, сприймаючи онкозахворювання як складну ризиковану для життя подію, людина може впадати в ступор, втрачати сенс життя, і не докладати зусиль для лікування. Або ж, навпаки, сприймаючи це захворювання як частину свого життєвого шляху (залежно від прогнозу лікування) – погоджується на оперативне втручання, довготривале лікування. Головним фактором, що визначає ставлення пацієнта до свого захворювання, є його сприйняття загрози від онкологічного захворювання для свого здоров'я та улюблена стратегія подолання стресу, спосіб вирішення проблем, яким він користується, щоб зменшити таку загрозу.

Водночас малодослідженим залишається питання вивчення реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб (С. Ісаєнко, К. Лисник, Л. Ковальчук, О. Кирилова, І. Прошукало, Б. Становський, А. Шевцова та ін.). Мало досліджень, присвячених вибору копінг-стратегій онкохворими на різних етапах лікування, особливостей їх поведінки при вирішенні проблем та подоланні стресових ситуацій.

Відповідно до вказаного для дослідження обрано тему: «Використання копінг-стратегій онкохворими особами на різних етапах лікування».

Об'єкт дослідження – копінг-стратегії.

Предмет дослідження – використання копінг-стратегій онкохворими особами на різних етапах лікування.

Мета дослідження: визначити психологічні особливості використання копінг-стратегій онкохворими на різних етапах.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми стресових ситуацій та реагування особистості на них;
2. Визначити сутність копінг-стратегій, характеристики адаптивних та неадаптивних стратегій копінг-поведінки особистості;
3. Емпірично дослідити психологічні особливості використання копінг-стратегій онкохворими особами на різних етапах лікування; розкрити психологічні аспекти використання копінг-стратегій в онкохворих осіб;
4. Встановити та проаналізувати зв'язок між резильєнтністю і копінг-стратегіями в осіб з онкологічною патологією;
5. Запропонувати психологічні рекомендації для оптимізації реагування на складні життєві ситуації в онкохворих осіб, для вибору ними адаптивних копінг-стратегій.

У процесі виконання визначених завдань використано наступні **методи дослідження:**

- *теоретичні* – аналіз, синтез, порівняння, узагальнення теоретичних положень психологічної науки щодо визначення особливостей використання копінг-стратегій в онкохворих осіб;

- *емпіричні* – опитування, використання спеціальних діагностичних методик, експеримент (констатувальний); якісний та кількісний аналіз отриманих результатів дослідження, порівняння результатів опитування онкохворих осіб на різних етапах лікування;

- *методи математичної статистики* – описова статистика груп (оцінка середніх значень, стандартних відхилень); t-тест для порівняння двох груп опитуваних із застосуванням U-критерій Манна-Уїтні ; дисперсійний аналіз (ANOVA) для оцінки статистично значущих відмінностей між двома групами; кореляційний аналіз із застосуванням критерія Пірсона для оцінки тісноти зв'язку між психологічними показниками використання копінг-стратегій онкохворими особами.

Під час проведення дослідження використано **психодіагностичні методики:** «Шкала резильєнтності» (CD-RISC-10) (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірон); «Індикатор копінг-стратегій» (Д. Амірхан) (в адаптації В. Зливкова, С. Лукомської, О. Федан); «Особистісний опитувальник Айзенка (EPI)» (в адаптації М. Корольчук, В. Крайнюк); «Тест самооцінки життєстійкості» (опитувальник на контактність Форверга, модифікований Т.О. Ларіною); «Опитувальник посттравматичного зростання» (PGI; R. Tedeschi, L. Calhoun, адаптований Д. Зубовським). Всі опитувальники використані у валідній україномовній версії.

Вибірку опитуваних склало 40 осіб, з них 20 осіб у стадії ремісії після лікування онкологічних захворювань, і 20 осіб перебувають в активній фазі лікування від онкозахворювань.

Наукова новизна. В результаті проведеної роботи було:

- поглиблено знання про особливості використання копінг-стратегій онкохворими на різних етапах лікування та їхній взаємозв'язок із ключовими психологічними показниками;

- уточнено специфіку поведінки онкохворих осіб у стресових ситуаціях залежно від стадії захворювання;

- виявлено значущі відмінності між групами за рівнем резильєнтності, посттравматичного зростання та копінг-стратегій, причому ці показники вищі у пацієнтів у фазі ремісії.

- розширено уявлення про взаємозв'язок між резильєнтністю, життєстійкістю, посттравматичним зростанням і вибором конструктивних копінг-стратегій, які сприяють ефективній адаптації до стресу

Практичне значення роботи полягає у можливості використання напрацьованих результатів дослідження у діяльності практичних психологів, які надають підтримку людям, що переживають складні проблеми щодо стану здоров'я (зокрема, онкохворим), перебувають у важких життєвих ситуаціях, і потребують допомоги у сприянні формування їх резильєнтності, напрацювання ефективних механізмів реагування у стресових ситуаціях.

Достовірність і обґрунтованість результатів даної роботи підтверджуються: ретельним теоретичним аналізом психологічної літератури, присвяченої проблематиці застосування копінг-стратегій серед онкохворих; залученням репрезентативної вибірки та використанням надійних і валідних діагностичних методик; застосуванням відповідних методів математико-статистичного оброблення даних; інтеграцією теоретичного аналізу з виконанням емпіричного дослідження.

Структура та обсяг дослідження. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (загальною кількістю 112 найменувань, з них 28 іноземною мовою) та додатків. Дослідження ілюстроване за допомогою 12 таблиць і 10 рисунків. Повний обсяг роботи становить 155 сторінок, з яких 104 сторінки основного змісту.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ ОНКОХВОРИМИ ОСОБАМИ

1.1. Психологічні особливості визначення стресових ситуацій та реагування на них

Стресові ситуації супроводжують сучасну людину майже кожного дня, а в умовах виживання українського народу в російсько-українській війні загроза виникає постійно. Особливо складно у нинішньому стані війни людям із онкологічними захворюваннями, оскільки вони переживають подвійний стрес — воєнний та власну боротьбу з раком.

Стрес — це відповідь організму на різні впливи, зокрема психологічні, емоційні та фізіологічні, що допомагає людині пристосуватися до змінних умов (як у негативному, так і позитивному контексті). Внаслідок стресу організм проходить процес адаптації до зовнішнього середовища через комплекс нейрогуморальних реакцій, що сформувалися. Однак сучасне розуміння терміна «стрес» виходить за межі суто біологічного трактування і має міждисциплінарний науковий характер [21].

Термін «стрес» був уперше введений у 1926 році американським психофізіологом В. Кенноном, який використав його для опису зовнішніх факторів, що порушують гомеостаз організму. Пізніше, фізіолог Г. Сельє, спираючись на ідеї Кеннона та К. Бернара, розвинув концепцію "внутрішнього середовища організму". Відомий своїми дослідженнями у сфері стресу, Сельє у 1936 році опублікував свою першу роботу, що описувала загальний адаптаційний синдром. Починаючи з 1946 року, він почав застосовувати термін «стрес» для опису загальної адаптаційної напруги [106].

На думку Г. Сельє, стрес є унікальною фізіологічною реакцією, яка відбувається автономно від типу подразників — чи то негативних, чи

позитивних. Негативний вплив він назвав «дистресом», а позитивний — «евстресом». Евстрес є джерелом енергії, яка сприяє підвищеній активності, радості від зусиль і успішного подолання труднощів. Він також стимулює активізацію мислення та покращення пам'яті. Дистрес, навпаки, виникає при надмірних і частих стресових впливах і супроводжується відчуттям безнадії та безпорадності [37;71, с. 9-10]. Науковець робив наголос на тому, що «стрес є не просто певним нервовим напруженням, а є неспецифічною реакцією організму на будь-які зміни умов, що вимагає пристосування та відновлення нормального психічного стану» [105, с. 37].

Найпоширенішими є визначення стресу як:

- функціональний стан організму, який формується під дією зовнішніх несприятливих чинників, що впливають на психічні функції, нервову систему або роботу периферійних органів. (Л. Дворніченко) [12, с.33-35].

- стрес — це стан напруженості, що виникає у відповідь на труднощі та небезпеки, пов'язані з повсякденним життям (ВООЗ) [9].

-«стрес (англ. stress – напруження) – це не специфічна реакція організму на певну ситуацію (наприклад, емоційний стрес – це захисна реакція організму, що спрямована на захист від впливу психічних чинників, які викликають надмірні емоції). Стресовими називаються ситуації, які вимагають певної функціональної перебудови організму, відповідної адаптації» (Н. Пророк) [51, с. 27]

- відповідь людини на специфіку взаємодії між нею та зовнішнім середовищем, де її потреби оцінюються через призму наявних ресурсів і здатності розв'язувати складні життєві задачі (І. Грузинська) [11].

- «комплекс адаптаційних реакцій, які проявляються на психологічному, фізіологічному та поведінковому рівнях» (Р. Лазарус та С. Фолкман) [100, с. 301].

Сучасна наукова література, на думку С. Лукомської [37, 38], визначає поняття «стрес» у трьох основних аспектах:

1. Напруга або активація — стан організму, що виникає під впливом зовнішніх стимулів чи подій, які називають «стресорами» або «стрес-факторами».

2. Суб'єктивна реакція — спосіб організму виражати психічний стан внутрішньої напруги чи збудження, що включає емоційні прояви, захисні механізми та процеси адаптації.

3. Фізіологічна відповідь — реакція тіла на зовнішні вимоги або шкідливі впливи, спрямована на підтримку поведінкової активності та психічних функцій для подолання складної ситуації.

О. Радченко зазначає, що термін «стрес» охоплює кілька ключових аспектів. По-перше, це надзвичайно травматичні ситуації, викликані сильними негативними емоціями. По-друге, це реакція організму на травматичні події або інтенсивні переживання, які можуть проявлятися у вигляді психологічного, ситуаційного чи травматичного стресу, а також посттравматичних розладів. По-третє, стрес може бути відповіддю на фізичні чинники, як-от гіпоксія чи іммобілізація. Крім того, він розглядається як частина загальної адаптаційної реакції організму або як прояв фізіологічних змін, таких як окисні, механічні чи гемодинамічні процеси.

Проте все частіше навіть у наукових джерелах термін «стрес» розглядається більш широко, враховуючи вікові, сімейні, соціальні, ситуаційні, психологічні та інші аспекти: батьківський стрес, стрес раннього віку, економічний стрес, стрес очікування, стрес доглядача, інформаційний, емоційний і посттравматичний стреси тощо [62].

На симпозіумі «Життя на межі: соціальний стрес і психопатологія» вчений Мауріціо Пополі зазначив, що стрес слід розглядати не тільки як зовнішню подію, але і як реакцію організму на неї. Отже, важливим є не стільки сам стрес, скільки спосіб реагування на нього: адаптивний або дезадаптивний. Дезадаптивні реакції є основним чинником розвитку стресових розладів, оскільки стрес виступає значним фактором ризику для виникнення як психічних, так і соматичних захворювань [76].

І. Грузинська визначає, що серед ключових характеристик стресу можна виділити реакцію тривоги. Вона виникає через загрозу незадоволення базових потреб. Також важливим є вплив емоційних факторів та суб'єктивне сприйняття небезпеки. Для подолання стресу використовуються відповідні копінг-механізми. У результаті це забезпечує адаптацію як до обставин ситуації, так і до власних емоційних переживань, пов'язаних із конкретною стресовою подією [11].

Згідно з викладеним, можна визначити, що детермінантою виникнення стресу є стресова ситуація, яка визначається як нестандартна обстановка, що накладає додаткові вимоги на адаптаційні ресурси людини.

О. Вознюк зазначає, що стресова ситуація є психофізіологічним потрясінням організму, яке значною мірою визначається не стільки негативними чинниками зовнішнього середовища, скільки психологічним і світоглядним негативізмом особистості. Соматичні реакції організму на зовнішні подразники, попри практично невичерпні ресурси механізму гомеостазу, здебільшого не викликають захворювань, але суттєво послаблюють імунітет [8, с. 118-119].

Стресовий потенціал ситуації визначається її об'єктивною і суб'єктивною значущістю, а також невизначеністю позитивного чи бажаного наслідку. Реакція на стрес може підтримувати адаптивну гнучкість, покращуючи когнітивні функції, якщо фізіологічна відповідь на стрес ефективно ініціюється та своєчасно припиняється. У випадку дисрегуляції стрес спричиняє невідповідний і негативний вплив, утворення дезадаптації та психічних розладів. Тобто, стрес визначається не як подія, що відбулася з людиною, а як її реакція на цю подію. Іншими словами, у повсякденному житті важливими є не лише сума стресових ситуацій, з якими стикається людина, а також характер її реакції на них, чи є вона адаптивною або дезадаптивною. Саме дезадаптація спричиняє розвиток стресо-асоційованих розладів. Стрес виступає як фактор ризику для численних психічних та соматичних захворювань [76].

Е. Соломка підтверджує, що ситуація стає стресовою лише після того, як індивід її такою оцінить [65].

Стрес складається з двох основних компонентів - стресори або стрес-чинники та реакція або стресову реактивність [62]:

1. Стресори або стрес-чинники - це стимули або подразники, які мають значну силу і тривалість. Вони можуть походити як з зовнішнього, так і з внутрішнього середовища. Взаємодіють із сенсорними системами та певними ділянками головного мозку. Загальним чином, стресор – це стимул, який має здатність запускати реакцію боротьби або втечі. Ця концепція була запропонована Волтером Кенноном. Залежно від своєї природи, стресори класифікуються як біологічні, фізичні, хімічні, психологічні та соціальні.

2. Реакція або стресова реактивність - це фізіологічне збудження, яке включає активацію релевантних органів і систем організму. Має рефлекторну природу, тобто базується на принципі стимул-реакція або інформація-дія.

Механізм стресу реалізується за такою функційною схемою: Значний стимул → Нормальна або патологічна реакція → Адаптація, дезадаптація або компенсація.

Науковець Р. Лазарус робив наголос на тому, стрес виникає тоді, коли можливостей людини недостатньо для подолання загрози. Деякі ключові положення його концепції: одна й та сама ситуація може бути стресовою для однієї людини, але не для іншої; ступінь стресового впливу визначається суб'єктивною оцінкою людини; оцінка тієї ж події може змінюватися у різні періоди життя [55, с. 89-97].

Тобто, наявність стресора (подразника) не завжди призводить до розвитку стресової реакції. У багатьох осіб спостерігається психосоматичний імунітет до окремих стресорів, що зумовлений як фізіологічними, так і соціальними факторами.

Для виникнення стресової реакції вирішальним є не тільки якісна характеристика події (позитивність або негативність), а інтенсивність впливу.

Вчений Р. Лазарус розрізняв три категорії стресових ситуацій:

1. Ситуація травматичної втрати – випадок втрати надзвичайно значущого для особистості (наприклад, тривала розлука, втрата працевлаштування, смерть близької людини).
2. Ситуація загрози – обставина, що вимагає від людини значних зусиль для подолання, активації адаптаційних можливостей.
3. Ситуація виклику – обставина, що потребує від людини складних та потенційно ризикованих стратегій для подолання.

Згідно з ресурсною концепцією стресу, виділяють два базові типи стресових ситуацій. *Ситуації загрози* включають ризик втрати життєвих ресурсів, які є важливими для особистості. *Ситуації втрати*, в свою чергу, стосуються реальної втрати ресурсів, що призводить до значного емоційного навантаження [48].

Дослідники С. Злепко та О. Мінцера пропонують класифікувати стрес відповідно до його походження, виділяючи наступні типи [71] :

1. Фізіологічний стрес – виникає внаслідок інтенсивного фізичного навантаження, перевищуючи здатність організму до пристосування..
2. Психологічний стрес – обумовлений ускладненнями у взаєминах з людьми, які викликають емоційну напругу.
3. Інформаційний стрес– проявляється через надлишок, нестачу або хаотичність інформації, важливої для прийняття рішень.
4. Управлінський стрес – зумовлений високим рівнем відповідальності, що покладається на особу під час прийняття рішень.
5. Емоційний стрес –розвивається в умовах загрози, небезпеки або психологічного тиску.

Типологія стресів:

1.Гострий стрес (шоковий): розвивається миттєво під впливом екстремальних обставин; включає активацію нервової системи, симпатико-адреналової осі, системи кровообігу та гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі. Основні симптоми спостерігаються у перші хвилини після впливу, зачіпаючи нервову та серцево-судинну діяльність.

2. Хронічний стрес: формується при тривалому або повторюваному впливі сильних чи помірних стресорів; супроводжується стійким фізичним і емоційним навантаженням, що виснажує організм.

До специфічних форм стресу належить фрустрація, яка виникає через неможливість досягнення бажаних цілей або реалізації потреб. Цей стан супроводжується емоційним напруженням і розчаруванням. Іншою формою є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Він розвивається після катастрофічних чи травматичних подій. У деяких випадках виникає патологічний стрес, який характеризується вираженими психосоматичними розладами, а також нестандартними формами поведінки та порушеннями [71, с. 9-10].

Розглядаючи дію стресу на організм людини О. Радченко [61], Н. Худякова [78], відповідно до сили, дози та тривалості впливу стресових чинників, стресова реакція може проходити три послідовні стадії: тривогу, резистентність та виснаження, що перетворює загальний адаптаційний синдром у руйнівний процес дистресу. У випадках меншої інтенсивності або короткотривалого впливу стресорів, реакція може обмежуватися лише двома першими стадіями — тривогою та резистентністю, що веде до виникнення еустресу (позитивного стресу).

Для розуміння зв'язку між стресом та захворюваннями необхідно розглянути основні етапи стресу:

1. Фаза тривоги – початкова стадія, яка виникає з появою стрес-фактору, що провокує стресову реакцію. Присутність такого подразника спричинює ряд фізіологічних змін: у людини прискорюється дихання, зростає артеріальний тиск та пульс. Біологічні реакції сприяють підготовці до захисту або втечі, зокрема збільшується в'язкість крові, підвищується артеріальний тиск, відбувається зміна функцій печінки.

Крім того, змінюються й психічні функції: посилюється збудження, вся увага зосереджується на подразнику, збільшується особистісний контроль над ситуацією. Ці реакції мають на меті мобілізацію захисних можливостей

організму та механізмів саморегуляції для протидії стресу. Якщо ці дії достатні, тривога та хвилювання зменшуються, і стресова реакція завершується. Більшість стресових ситуацій закінчується на цій стадії

2. *Фаза опору* – настає, коли стрес-фактор, який спровокував стресову ситуацію, продовжує впливати на організм. У відповідь організм активізує захисні механізми, використовуючи резервні запаси енергії та ресурсів, що призводить до максимального навантаження на всі системи організму для подолання стресу.

3. *Фаза виснаження* – якщо вплив стрес-фактору триває надто довго, організм починає втрачати здатність протистояти стресу через виснаження резервів. Загальна опірність організму знижується, і стресова реакція стає хронічною, що може призвести до психосоматичних захворювань. На цій стадії стрес може "захопити" людину, спричиняючи розвиток різноманітних патологічних станів. Індивідуальні реакції на стрес, такі як адаптивні стратегії подолання, визначають, наскільки стрес вплине на здоров'я: для одних він стає загрозою, а для інших — стимулом для подолання [25, 78].

Сприйняття стресових ситуацій людиною залежить від її індивідуальних характеристик, рівня емоційної стабільності, наявності попереднього досвіду в управлінні стресовими обставинами, а також від характеру та спрямованості зовнішніх факторів. Впливають такі чинники, як когнітивне осмислення, рівень сформованої здатності до саморегуляції, а також індивідуальні стратегії, розроблені для подолання стресу. У цілому розвиток реакції людини на стрес може мати два різновиди:

1. *Гіпокінетична реакція* характеризується різкою загальмованістю. Люди, які переживають стрес, не відповідають на запитання, не виявляють реакції на події, що відбуваються навколо, ігнорують присутніх поруч.

2. *Гіперкінетична реакція* – протилежний попередньому тип, коли люди, які зазнали впливу стресу, постійно перебувають у хаотичному русі, не контролюють власну поведінку. Їхні дії виглядають безладними, швидко змінюються. У такому стані особа не реагує на зауваження чи прохання,

дезорієнтується у просторі й виконує майже автоматичні, нелогічні для оточення дії [60, с. 85].

Стресові ситуації можна сприймати як повсякденні виклики, що вимагають мобілізації внутрішніх ресурсів, тоді як екстремальні ситуації являють собою гострі та інтенсивні обставини, які часто загрожують життю або здоров'ю людини. Екстремальні ситуації характеризуються високим рівнем небезпеки. Вони провокують специфічний психічний стан, який супроводжується підвищеною тривожністю та емоційною напругою. Термін "екстремальність" увійшов у психологію з медичних досліджень психогенних реакцій на виняткові події та базується на фізіологічній концепції Г. Сельє про стрес. Важливим фактором для розуміння екстремальності є не лише наявність травматичного досвіду, але й рівень підготовки людини, її життєвий досвід і навички, які допомагають адаптуватися к таким ситуаціям [37].

Онкологічне захворювання також є яскравим прикладом екстремальної ситуації, оскільки створює виняткові обставини, що загрожують життю, спричиняють високу тривожність, фізичний та психологічний дискомфорт. Воно потребує від людини мобілізації всіх ресурсів для пристосування до змінених обставин буття. Такий досвід впливає не лише на фізичне благополуччя, а й на глибокі психологічні аспекти особистості, що вимагає всебічного підходу до його подолання та підтримки здоров'я.

Науковець І. Прошукало зазначає, що захворювання є одним із сильних стресових чинників, який викликає емоційний дискомфорт, що проявляється тривогою, напругою чи страхом. Прояви стресу залежать від інтенсивності емоційної реакції людини, її здатності сприймати подразники та реагувати на них. Також підкреслюється, що соматичне захворювання здійснює вплив на психологічний стан особистості, спричиняючи появу нових моделей поведінки, які раніше не спостерігалися. Таким чином, між стресом і захворюванням існує глибока взаємозалежність: хвороба викликає стрес,

який, у свою чергу, може погіршувати її перебіг, створюючи замкнене коло, що негативно впливає як на фізичний та і психічний стан людини [58].

Стрессова ситуація є психофізіологічним «збуренням» організму. Соматичні (організмові) реакції на певний стимул (подразник) з навколишнього середовища, завдяки наявності практично нескінченних можливостей гомеостатичної системи, зазвичай не призводять до хвороб. Однак вони значно ослаблюють імунітет [8, с. 118-119].

Кризовий стан особистості є психологічним проявом екстремальної ситуації. Він формується як відповідь на виняткові життєві обставини, які перевищують адаптаційні можливості людини.

За даними О. Ткачишиної, кризові стани характеризуються високим рівнем нервово-психічної напруги, яка може доходити до перенапруги й психічного виснаження. Основні ознаки включають тривогу, депресію, апатію, сум, гнів, фізичне стомлення, зниження самооцінки та психологічну фрустрацію. Крім того, кризовий стан супроводжується інтенсивними негативними емоціями, такими як невизначеність, тривога, дезорганізація, переживання безнадійності та песимістична оцінка власного життя й перспектив [73].

Кризові ситуації з високим емоційним навантаженням потребують значної уваги, адже здатність особистості до адаптації та подолання таких обставин залежить від мобілізації внутрішніх ресурсів. Кризовий стан супроводжується відчуттям «безвиході». Він виникає, коли людина стикається з викликами, які неможливо подолати звичними методами. Якщо адаптивні можливості виявляються недостатніми, критична ситуація може стати кризовою, вимагаючи змін у життєвих стратегіях та мисленні. Потужними тригерами кризових станів є усвідомлення власної смертності або втрата близької людини, що змушує переглядати життєві цінності. Реакція на кризу може бути як конструктивною, так і деструктивною, з ризиком розвитку психічних розладів або навіть суїцидальних проявів.

Кризова ситуація – це умова, що блокує досягнення важливих життєвих завдань і вимагає негайних рішень. Вона може набувати гострого характеру, якщо адаптивні можливості не дозволяють подолати виклик, що виник. Криза, як реакція на такі обставини, потребує переосмислення цінностей та змін у підходах до життя. Конструктивні реакції залучають адаптаційні ресурси для подолання стресу, тоді як деструктивні можуть призводити до дезадаптації та погіршення психічного стану. Причини кризи можуть бути внутрішніми, іноді зовнішніми, і з її початком людина втрачає спокій та стабільність. Замість цього виникає внутрішній хаос, а поведінка стає дезорганізованою і непослідовною, що ускладнює пояснення власних дій.

Існує кілька основних типів кризових ситуацій: кризи розвитку (вікові кризи), формуються у контексті природних стадій життєвого циклу; деприваційні кризи (пов'язані з втратою або розлукою); травматичні кризи (наслідки психотравмуючих подій); кризи відносин; екзистенційно-сміслові кризи; морально-етичні кризи.

Кожен з цих типів потребує значних адаптаційних зусиль для подолання.

Кризю може провокувати критична ситуація, в якій особистість не здатна реалізувати свої основні потреби, що змушує її змінити звичний спосіб життя. Така ситуація вимагає перегляду життєвих цінностей та установок і призводить до кризи, якщо адаптивні механізми перевантажуються, а важливі потреби залишаються заблокованими [73].

Онкологічне захворювання є типовим прикладом кризового стану, оскільки воно ставить людину перед загрозою для життя, змушуючи мобілізувати всі фізичні та психологічні ресурси для адаптації. Усвідомлення смертельної небезпеки, необхідність змінити звичний спосіб життя та тривалий процес лікування створюють умови, які перевантажують адаптаційні можливості особистості, що може призводити до емоційного виснаження й потребувати спеціалізованої підтримки.

Водночас дослідження О. Гершанова, Н. Макієнко показують, що 80-85% людей, які переживають травматичні чи кризові події, зокрема важкі захворювання, залишаються психічно здоровими та не розвивають постстресових розладів, демонструючи високий рівень адаптації та стресостійкості [40, с. 32-33].

Серед чинників, які найбільше сприяють адаптації, виділяють резильєнтність – здатність адаптуватися до стресових обставин, а також забезпечення безперервності життєвого ритму, що допомагає уникнути почуття розгубленості та сприяє поверненню до звичного функціонування [50, 101].

За ствердженням дослідниці О. Чекстере, однією з ключових динамічних характеристик особистості, що визначає здатність успішно долати стресові та постстресові періоди та найбільш сприяє адаптації є резильєнтність. Цей термін у психології описує здатність індивіда зберігати стабільний рівень психічного та фізичного функціонування в умовах несприятливих обставин, а також успішно адаптуватися до змін, виходячи з цих ситуацій без тривалих порушень у функціонуванні [79].

Резилієнтність (психологічна стійкість, стресостійкість, пружність, адаптивність) – це біо-психо-соціальне явище, що охоплює індивідуальні, міжособистісні та соціальні аспекти, і формується як природний результат розвитку з часом. Це здатність людини долати складні життєві обставини та відновлюватися після стресу, зберігаючи цілісність особистості. Термін походить з фізики, де означає властивість матеріалів відновлювати форму після деформації. У психології резилієнтність позначає здатність людини або соціальної системи функціонувати повноцінно навіть у несприятливих умовах. За визначенням Г. Лазос, резильєнтність -це «здатність людини або соціальної системи вибудовувати нормальне, повноцінне життя в складних умовах» [35, с. 30].

Згідно з концепцією Гленна Ширалді, резильєнтність є процесом, що розпочинається в момент стикання зі стресовими чинниками, і визначається

набором навичок, звичок і ресурсів, які допомагають ефективно адаптуватися до складних умов. Здатність регулювати фізіологічні реакції на стрес, керувати негативними емоціями, підвищувати відчуття щастя, досягати оптимального функціонування та застосовувати адаптивні стратегії подолання значно полегшує проходження стресових ситуацій [57].

D. Hellerstein, послідовник конструктивістського підходу, концептуалізує резильєнтність як багатокомпонентний феномен, що складається з двох ключових складових:

1. Фізична резильєнтність, яка відображає рівень стресостійкості та здатності переносити фізичні навантаження, які пов'язані зі стресовими ситуаціями.

2. Психологічна резильєнтність охоплює такі елементи, як формування і збереження соціальних контактів, залучення соціальної допомоги, знаходження смислу в непростих життєвих ситуаціях, підвищення рівня освіти та опанування психотехнік, які сприяють адаптації та подоланню наслідків стресу.

Таким чином, резильєнтність, за D. Hellerstein, це здатність людини зберігати стійкість і відновлюватися після стресу завдяки фізичній толерантності до навантажень і використанню психологічних ресурсів для адаптації та зростання [93].

Основні аспекти концепції резильєнтності включають:

- Досягнення успіху або позитивного результату навіть за умов постійного стресу чи тиску.
- Збереження основних рис і властивостей особистості в небезпечних або нестабільних умовах.
- Повне відновлення після травматичних подій із подальшим прогресом і розвитком.

Онкологічне захворювання має всі ознаки кризової та екстремальної ситуації: раптовість появи, загрозу для життя, руйнування звичного способу існування, втрату контролю над подіями, невизначеність щодо майбутнього

та етапність розвитку реакцій. Крім цього, є й специфічні особливості: багатоаспектність причин виникнення, хірургічне втручання, яке може призвести до інвалідності, тривале і складне лікування, відсутність гарантій повного одужання, а також зміни у соціальному статусі й матеріальному становищі. Ситуація може ускладнитися, якщо захворювання накладається на інші життєві кризи, наприклад, вікову кризу або особистісні неврози.

У DSM-5 захворювання, які загрожують життю, класифікуються як травматичні стресори, здатні викликати посттравматичний стресовий розлад [45]. Щоб запобігти його розвитку, онкопацієнтам потрібна своєчасна психологічна підтримка. Адаптація до онкологічного діагнозу означає здатність пацієнта жити з хворобою, приймаючи зміни, які вже відбулися чи можуть статися в майбутньому. При цьому пацієнти часто продовжують виконувати свої соціальні обов'язки паралельно з лікуванням, що не враховується традиційними моделями адаптації, такими як модель Кюблер-Росс [110].

Якщо розглядати хворобу як втрату здоров'я та життєвих можливостей, корисно звернутися до моделі завдань горя Дж. Вільяма Вордена [112]. Ця концепція, заснована на «роботі горя», описаній Фрейдом, включає чотири етапи: прийняття реальності втрат, спричинених хворобою; проживання емоційного болю; пристосування до життя з хворобою; завершення попереднього життєвого етапу та рух уперед [36].

Реакції людини на стресову подію залежать від її характеру, масштабу й природи, водночас найпоширенішими емоційними та поведінковими проявами є почуття безсилля, тривоги, страху, розгубленості, зневіри чи апатії; стан емоційного заціпеніння, нерухомості, «паралічу»; надмірна активність, боротьба, опір або втеча; а також покірність, догоджання чи пасивна поведінка, особливо в умовах насилля [43].

За даними Л. Мартинової, стресові ситуації провокують у людей такі різноманітні емоційні, поведінкові та фізіологічні відповіді:

1. Емоційні прояви: відчуття страху, занепокоєння, печалі, депресивний стан, роздратування тощо.

2. Поведінкові зміни: зниження мотивації, небажання займатися будь-якою діяльністю, агресивні дії.

3. Фізичні симптоми: головний біль, м'язовий дискомфорт, біль у спині, порушення сну, зниження апетиту тощо [42].

Також, стрес впливає на імунну систему через складні механізми, які активуються у відповідь на стрес-фактори. Головним чинником є активація стресової системи, що включає секрецію гормонів, таких як кортизол і адреналін, а також медіаторів стресу. Реакція імунної системи на стрес залежить від трьох основних чинників: сила стресового впливу, тобто інтенсивність реакції організму та тривалість її дії; тривалість впливу стресора, враховуючи фазу імунної відповіді; стійкість організму та його імунної системи до ушкоджень, спричинених стресовими факторами.

Помірний вплив стресових факторів у здорових людей стимулює помірне вивільнення гормонів і медіаторів стресу, що сприяє посиленню загального захисту організму від інфекцій або викликає короточасне й незначне зниження імунної активності. Однак надмірне вивільнення цих гормонів і медіаторів унаслідок тривалого або сильного стресу значно пригнічує активність імунної системи, знижуючи її здатність до боротьби з інфекціям [17].

Цей висновок підтверджує Л. Наугольник, найбільш загрозливим для людини є не короточасний, але інтенсивний стрес, а тривалий, навіть якщо його вплив менш виражений. Сильний і короткий стрес мобілізує ресурси організму, дозволяючи йому швидко повернутися до нормального стану. Натомість слабкий, проте тривалий стрес поступово виснажує захисні механізми організму, що може призвести до серйозних наслідків [48, с. 15].

Г. Сельє описав основні психофізичні реакції на загрозу навколишнього середовища та назвав «тріадою». Вони є універсальними симптомами, що супроводжують більшість захворювань:

1. Активність надниркових залоз – підвищення функції коркового шару наднирників.
2. Зменшення тимуса та лімфатичних залоз- зниження їхньої активності.
3. Крововиливи в слизовій оболонці шлунка та кишківника- точкові ушкодження через підвищений стрес.

Психофізичні симптоми дистресу є відчуття нездужання; ломота в м'язах і/або суглобах; порушення харчової поведінки.

Фізіологічні реакції організму на стрес є прискорення серцебиття, підвищення артеріального тиску, активація симпатoadреналової системи, поглиблення дихання, напруження м'язів. Вплив кортизолу на організм проявляється зниженням імунітету, змінами метаболізму, які зумовлені порушенням функцій ЖКТ [55].

Що стосується хворих на онкологію, то ці люди перебувають в постійному стресі: вони постійно думають про те, як пройде лікування чи принесе воно позитивні результати; як реагуватимуть рідні та близькі люди на ситуацію, що склалась; що буде далі, якщо лікування виявиться неефективним. Онкологія повністю змінює формат життя людини. Людина опиняється в надважких ситуаціях, тому важливо за даних умов ефективно управляти стресом та зменшувати його негативний вплив, оскільки це виключно негативно впливає на протікання самої хвороби. Постійний вплив стресу призводить до ослаблення імунної відповіді організму, що дозволяє раковим клітинам рости і поширюватися швидше. За цих умов особливої актуальності набуває розробка психологічних рекомендацій для оптимізації реагування на складні життєві ситуації в онкохворих осіб.

1.2. Сутність копінг-стратегій, характеристика адаптивних та неадаптивних стратегій копінг-поведінки особистості

Психологи часто визначають типові стратегії реагування на стрес, які спрямовані на знаходження найбільш відповідних форм поведінки для

подолання стресу. Стрес стає «експертним», коли людина набуває навичок його подолання, управління та збереження ефективного функціонування [40, с. 7]. Враховуючи це, доцільно проаналізувати особливості копінг-поведінки у складних життєвих ситуаціях.

Основним механізмом, що активує копінг-поведінку, є конкретна ситуація, тому необхідно досліджувати процеси подолання в різних обставинах, що дає змогу виявити специфічні копінг-стратегії залежно від контексту ситуації [65].

Вчені Р. Лазарус і С. Фолкман вважаються засновниками поняття «копінг». Вони визначили копінг-стратегії як способи управління та регулювання взаємодії з навколишнім середовищем. Р. Лазарус застосовував термін «копінг» для опису свідомих підходів до подолання стресових ситуацій та тривожних подій. Дослідники ввели в психологічний дискурс терміни життєстійкість (hardiness) та стресостійкість, які, на їхню думку, мають зв'язок із копінг-поведінкою [89].

Вчена Л. Карамушка підкреслює, що копінг-поведінка стосується саме психологічного подолання стресу. Однак існують також інші способи подолання, зокрема фізіологічне, медичне та ін. [22].

Копінг-поведінка часто називається долаючою або адаптивною, тому що передбачає переборення людиною життєвих труднощів [82, с. 113].

Копінг вивчався в рамках теорії стресів [99, с. 180], як той механізм, який дозволяє подолати стрес, а також у контексті адаптації як діяльність людини щодо збереження балансу між вимогою середовища та ресурсами можливостями людини. Вважається, що людина живучи в середовищі якимось чином взаємодіє з цим простором. З боку середовища є деякі вимоги, які повинні задовольняти людина. Стрес настає у той час, коли ресурсів недостатньо. Тоді можна підвищувати свої ресурси, або щось змінювати в ситуації для того, щоб ситуація змінилася. У умовах перевищують ресурс якраз включається два процесу медіатора посередника когнітивне оцінювання і копінг.

У рамках транзактної теорії Р. Лазаруса, копінг визначається як когнітивний та поведінковий зусилля, деякі спроби. Причому ці спроби можуть бути спрямовані, як на управління ситуацією зміню її, так і на набуття стійкості до цієї ситуації, або мінімізація її впливу на людину [100, с. 290]. В останньому випадку це вже пов'язано із захисними стратегіями, коли людина замість того, щоб впливати на ситуацію, рятується від неї уникненням відходу, або ігноруванням того, що ця ситуація існує.

Л. Карамушка визначає копінг як сукупність когнітивних, емоційних та поведінкових зусиль, спрямованих на подолання труднощів, що виникають у процесі взаємодії з довкіллям. Кожна зі складових копінгу має своє специфічне завдання. Когнітивні зусилля спрямовані на аналіз проблеми, складання плану дій та пошук альтернативних варіантів розв'язання ситуації. Емоційні зусилля передбачають контроль над власними. Поведінкові зусилля дозволяють досягати бажаного результату в подоланні труднощів [22].

В. Осьодло акцентує свою увагу на іншому аспекті й визначає копінг-поведінку як специфічну, цілеспрямовану соціальну дію, що сприяє подоланню стресу. Завдяки застосуванню адекватних методів зниження або усунення стресових навантажень, така поведінка забезпечує збереження ефективності роботи, підтримку здоров'я та благополуччя особистості [53, с. 252].

Подолання передбачає залучення нових ресурсів і включає як вплив на ситуацію, так і вплив на свої емоційні процеси. Тобто з одного боку копінг може бути проблемно-орієнтованим та емоційно-орієнтованим, як людина, коли намагається досягти балансу всередині себе.

Копінг-поведінка – це цілеспрямовані процеси, які дозволяють людині впоратися зі стресом або важкою ситуацією тими способами, які адекватні особистісним особливостям та ситуації.

Р. Лазарус перший при дослідженні стресу змістив центр уваги із класичного аналізу механізмів регулювання та стадій пристосування людей до впливу стрес-чинників на аналіз стратегій поведінки при подоланні

стресу. Також він приділив увагу аналізу індивідуально-психологічних чинників, під дією яких перебуває людина, і засобів посередництвом яких, вона намагається переробити проблему [100, с. 290].

У роботах Р. Лазаруса та С. Фолкман визначено три ключові критерії, за якими здійснюється класифікація копінг-стратегій: емоційна чи проблемна спрямованість, когнітивна чи поведінкова основа, а також ефективність (успішна чи неуспішна). Ця класифікація враховує, що особа, зіткнувшись із важкою ситуацією, може одночасно застосовувати декілька стратегій. Відповідно до цієї системи, вчені виділили вісім основних ситуаційно-специфічних копінг-стратегій: конфронтацію, планомірне вирішення проблем, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, позитивну переоцінку, прийняття відповідальності, дистанціювання та уникнення [92].

На думку дослідника М. Василенко, оптимальним варіантом є адаптивне застосування всіх трьох поведінкових стратегій залежно від обставин. У певних ситуаціях людина може самостійно вирішити проблему, в інших — залучити підтримку близьких, а інколи доцільно ухилитися від конфлікту чи загрози, попередньо оцінивши можливі негативні наслідки [5, с. 99].

Р. Лазаруса та С. Фолкман визначили два основні підходи до подолання стресових ситуацій:

1. Диспозиційний підхід. Акцентує увагу на формування особистісних характеристик, які допомагають ефективно справлятися зі стресовими викликами. Згідно з цим підходом, існує тісний зв'язок між індивідуальними характеристиками людини та результативністю застосованих копінг-стратегій.

2. Ситуативний підхід. Відповідно до цього підходу, вибір стилю подолання залежить від унікальності стресової ситуації. Копінг-поведінка в такому контексті проявляється через когнітивні та поведінкові зусилля, спрямовані на мінімізацію впливу стресу [99, с. 180].

Р. Лазарус і С. Фолкман визначили два ключові напрями копінг-стратегій: орієнтовані на розв'язання проблеми та сфокусовані на емоціях. Згодом Р. Моос і Дж. Шефер доповнили цю класифікацію ще однією групою – стратегій, спрямованих на переосмислення або оцінку ситуації [54].

У когнітивній теорії стресу, розробленій С. Фолкманом, виділено кілька ключових складових, пов'язаних із механізмами подолання стресу. Серед них: фактори стресу (особливості подій, які викликають напругу); процеси оцінювання (розуміння рівня небезпеки чи загрози); процеси подолання (стратегії реагування на виклики) та результуючі змінні (показники емоційного, психічного й фізичного благополуччя) [86].

Копінг-стратегії поділяються на активні та пасивні. Активні стратегії передбачають свідомі зусилля, спрямовані на подолання або зменшення впливу стресових факторів, фокусуючись на вирішенні проблем та зміні обставин, що викликають стрес.

Навпаки, пасивні підходи орієнтуються на зменшення емоційного напруження без прямого впливу на джерело стресу. Вони базуються на використанні механізмів психологічного захисту, що допомагають адаптуватися до ситуації, залишаючи її без змін.

Активні методи полягають у практичних діях та зміні зовнішніх умов, тоді як пасивні стратегії спрямовані на внутрішню адаптацію до обставин. Обидва підходи мають свої переваги, проте їхня ефективність залежить від ситуаційного контексту та індивідуальних особливостей людини [33, с.93].

Ефективність проблемно-орієнтованого копінгу, як показують дослідження, значно знижує негативний вплив як короточасних, так і тривалих стресових подій, а також сприяє зменшенню проявів депресії та дистресу. Навпаки, емоційно-орієнтовані стратегії та уникання часто асоціюються з підвищеним ризиком депресивних станів і негативними наслідками.

Стратегії уникання можуть включати зловживання алкоголем, наркотиками, занурення в хворобу, а в крайніх випадках – суїцидальні дії.

Такі поведінкові підходи нерідко спричиняють дезадаптивну, ілюзорну реакцію, що пов'язано з недостатнім розвитком особистісних ресурсів і браком навичок для ефективного вирішення проблем [5, с. 98; 22; 33, с.93; 41].

Пасивні копінг-стратегії поділяються на дві основні категорії. Перша включає методи, що допомагають адаптуватися до стресу, не вирішуючи саму проблему. До таких підходів належать: звернення за емоційною підтримкою, обмеження паралельних завдань, свідоме відкладання рішень або активних дій.

Друга категорія охоплює неадаптивні стратегії, що здатні допомогти короткостроковій адаптації, але не вирішують проблему. Сюди входять: зосередженість на емоціях і їх вираженні, ігнорування чи заперечення проблеми, створення ментальної дистанції або перенесення відповідальності на інших. Основною метою пасивних копінг-стратегій є зниження психологічного напруження, а не активне усунення джерела стресу [5, с. 99].

М. Стельмащук підкреслює, що для подолання стресових ситуацій важливими є такі ресурси:

1. *Особистісні ресурси*, до яких належать позитивна і стабільна самооцінка, впевненість у власній здатності контролювати життєві обставини (інтернальний локус контролю), високий рівень когнітивного розвитку, здатність до співчуття (емпатії) і формування емоційних зв'язків (афіліації). Також вагоме значення має оптимістичне ставлення до життя, готовність приймати любов, смерть і віру як частини життєвого досвіду, висока духовна культура та чітка ієрархія цінностей і мотивів.

2. *Ресурси соціального середовища* серед яких виділяють підтримку соціального оточення, здатність людини звертатися по допомогу, правильно сприймати її і, у свою чергу, бути готовим надати підтримку іншим [67, с. 671].

Х. Стельмащук вважає, що інтернальність, як особистісний ресурс, сприяє подоланню стресу, тоді як екстернальність частіше виступає

дестабілізуючим фактором. [67, с. 678]. Дослідниця зазначає, що афіліація та емпатія є ключовими комунікативними ресурсами, які впливають на поведінку особистості. Втрата можливості встановлювати афіліативні зв'язки призводить до самотності, ізоляції та відчуження, що посилює стрес. Афіліація тісно пов'язана з емпатією — здатністю розуміти емоційний стан інших, співпереживати та формувати глибокий емоційний зв'язок. Емпатія є багатокомпонентним явищем, що включає когнітивний, мотиваційний, фізіологічний, кінестетичний та емоційний аспекти. Завдяки цьому емпатія підвищує ефективність комунікації, зміцнює соціальні зв'язки та сприяє особистісному розвитку, відіграючи важливу роль у подоланні стресових ситуацій [67, с. 679-680].

Оскільки копінг у психологічній літературі трактується як захисна-долаюча поведінка, доцільно розглянути особливості зв'язку долаючого аспекту із психологічним захистом, що допомагає людині справитися із своїми емоціями при потраплянні у стресову ситуацію, сприймати стреси і проблема адекватно та вирішувати їх, чи не адекватно, уникаючи і втікаючи від них.

В процесі переживання стресових ситуацій вагому роль відіграють механізми психологічного захисту, які людина несвідомо активує під час гострих стресових епізодів або для подолання їхніх наслідків. Ці механізми спрямовані на пошук найбільш адаптивного способу реагування на проблему, дозволяючи знизити рівень емоційного напруження та конфліктності [52, 68].

Психологічні захисні механізми, які часто описуються як адаптаційні ментальні процеси, виконують ключову роль у зменшенні когнітивного дисонансу та внутрішніх конфліктів, що виникають через несподівані зміни у зовнішніх або внутрішніх умовах. Їхня основна функція полягає у пом'якшенні або уникненні прямого сприйняття цих змін, які могли б спровокувати розвиток інтенсивної тривожності або депресивних станів. Незважаючи на те, що вибір захисних механізмів часто сприймається як

усвідомлений процес, їхній вплив на психологічне благополуччя та ментальне здоров'я може бути глибоким.

Основним завданням захисних механізмів є відновлення психологічної рівноваги шляхом зменшення сили афективних, емоційних чи імпульсивних реакцій. Вони забезпечують своєрідну «психологічну паузу». Ця психоемоційна перерва дозволяє особистості поступово адаптуватися до нових обставин або змін у власному сприйнятті себе. Окрім цього, ці процеси сприяють гармонізації внутрішніх суперечностей, зокрема тих, що пов'язані зі значущими соціальними стосунками, включаючи відносини з важливими людьми, незалежно від того, чи перебувають вони поруч фізично.

Захисні механізми відіграють значну роль у полегшенні адаптації через взаємодію з моральними принципами, соціальними нормами та внутрішньою совістю, створюючи ефективні шляхи для реагування на стресові фактори. Таким чином, вони забезпечують людині можливість поступового подолання кризових станів і сприяють підтриманню психічної стабільності. Ці процеси є важливими для збереження емоційної рівноваги та сприяють адаптації до викликів середовища, підтримуючи внутрішній гомеостаз [111].

У рамках психоаналітичної концепції копінг часто розглядається як різновид психологічного захисту. Представники цього підходу описували кілька копінг-процесів, тісно пов'язаних із захисними механізмами. Наприклад, К. Меннінгер запропонував виділити п'ять ключових процесів, які різняться за ступенем внутрішньої дезорганізації. Серед них він зазначив такі механізми, як здатність до самоконтролю, використання гумору, плач, лайливу мову та ведення різноманітних розмов.

Д. Вейлант, у свою чергу, розробив власну класифікацію захисних механізмів, розподіливши їх на чотири основні групи:

1. Психотичні механізми — це заперечення реальності, викривлення фактів або формування ілюзорних прогнозів.
2. Незрілі механізми, серед яких фантазування, проєктивне мислення та пасивно-агресивна поведінка.

3. Невротичні механізми, що включають інтелектуалізацію та придушення емоцій.

4. Зрілі механізми, до яких належать сублімація, альтруїзм, гумор і здатність до терплячого очікування.

Суттєвий внесок у диференціацію копінг-стратегій та захисних механізмів зробила Ф. Арендсен Гайн. Вона висунула тезу, що копінгі відображають реальність такою, якою вона є, без її спотворення. Якщо ж реальність зазнає викривлення, навіть у випадках, коли це викривлення є «інтерсуб'єктивним», такі прояви слід трактувати як захисні механізми, а не копінг-процеси [65].

Дослідниці О. Стуліка та А. Бабкіна зазначають, що психологічний захист, на противагу цілеспрямовано обраним стратегіям подолання, має пасивний характер і спрямований на зменшення емоційного напруження перед завершенням стресової ситуації. Основною функцією захисних механізмів є мінімізація тривоги, фрустрації та внутрішніх конфліктів. На відміну від усвідомлених копінг-стратегій, що адаптуються до змінних умов і залучають когнітивні, емоційні та поведінкові ресурси, захисні механізми діють неусвідомлено і можуть бути дезадаптивними у разі закріплення в поведінці [2; 13; 70, с. 194-195, 197; 80].

Можемо виділити наступні суттєві розбіжності між механізмами психологічного захисту та копінг-стратегіями (табл. 1.1):

Таблиця 1.1.

Відмінності між механізмами психологічного захисту та копінг-стратегіями

Відмінності	Механізми психологічного захисту	Копінг - стратегії
Основні цілі	Усунення та запобігання незадоволенню	Володіння, пристосування до дійсності
За характером перебігу	Автоматичні, несвідомі, часто закріплені з дитинства	Свідомі, ригідні
Диференційованість	Не враховують цілісність ситуації, діють напролом	Реалістичне врахування ситуації, ціль у майбутньому
Ставлення до допомоги	Не здатен приймати допомогу	Активний пошук допомоги, використання підтримки

Результати функції	та	Короткочасне покращення, можливі шкідливі наслідки	Впорядковане задоволення потреб, особистий досвід
--------------------	----	--	---

Відтак, механізми психологічного захисту та копінг-стратегії значно різняться за характером перебігу. Захисні механізми мають автоматичний і несвідомий характер, часто формуються у дитинстві та закріплюються як поведінкові автоматизми, активуючись спонтанно у відповідь на емоційне навантаження або конфлікт. Натомість копінг-стратегії є усвідомленими процесами, що залучають когнітивні та емоційні ресурси, і мають більшу гнучкість.

Ще одне важливе протиріччя – рівень диференційованості. Механізми захисту спрямовані на короткострокове зниження емоційного дискомфорту, не враховують цілісність ситуації та можуть погіршувати довгострокові результати. Копінг-стратегії враховують багатовимірність ситуації, реалістично оцінюють ресурси, орієнтовані на майбутнє та сприяють адаптації особистості. Копінг є більш пластичним і цілеспрямованим, включає обмірковування та аналіз, тоді як психологічний захист є ригідним і базується на неусвідомлюваних реакціях [7; 22; 49; 54; 68; 107].

Характерні особливості захисних механізмів особистості включають такі аспекти:

1. Психологічний захист є об'єктивно існуючим психічним феноменом, уперше виявленим і описаним у рамках психоаналітичної концепції. Його сутність полягає у спрямуванні психіки на підтримку емоційної рівноваги в умовах стресу чи внутрішнього конфлікту.

2. Активація захисних механізмів відбувається у відповідь на обставини, які стають серйозним випробуванням для особистості, перевищуючи її адаптаційні можливості та актуальний рівень психічного розвитку.

3. Суб'єктивна значущість подій визначає активність захисних механізмів. Іншими словами, не об'єктивна складність ситуації, а саме її

психологічне сприйняття людиною стає вирішальним фактором у формуванні механізмів захисту.

4. Потенційна патогенна роль захисту. Захисні механізми, з одного боку, можуть сприяти збереженню психічної стабільності, але з іншого — накладають обмеження на «Я». Їх підтримка вимагає значних енергетичних ресурсів, що з часом може стати тягарем для психіки, провокуючи розвиток неврозів або інших патологічних станів.

5. Фіксація механізмів у структурі особистості. З часом захисні механізми можуть закріпитися як постійні способи реагування, характерні для певної людини. Вони проявляються не лише у схожих ситуаціях, які нагадують початкову небезпеку, але й у таких обставинах, де реальної загрози вже не існує, але психіка продовжує її імітувати [52, с. 25-26].

Серед онкологічних пацієнтів часто спостерігаються певні психологічні захисні механізми, які допомагають зберегти емоційну рівновагу в умовах критичної ситуації. До них належать:

1. Заперечення та раціоналізація. Пацієнти можуть знецінювати або мінімізувати загрозу захворювання. Заперечення дозволяє уникнути страху та тривоги, які асоціюються з реальним усвідомленням серйозності діагнозу.

2. Уникнення. Багато пацієнтів намагаються уникати теми свого захворювання, як у розмовах із близькими, так і у власних думках, що дозволяє їм на деякий час знизити рівень тривоги.

3. Ідентифікація з агресором. Пацієнти, відчуваючи відсутність підтримки з боку соціального оточення, можуть прийняти подібну жорстку позицію стосовно інших, що дозволяє їм уникати емоційної вразливості.

4. Проекція. Цей механізм часто проявляється у вигляді приписування своїх внутрішніх переживань зовнішнім факторам.

5. Контрфобічна реакція. У відповідь на сильний страх пацієнти можуть проявляти надмірну готовність до радикальних рішень, уникаючи більш зважених роздумів.

6. Фалічний захист. Деякі пацієнти можуть відмовлятися від підтримки оточення, покладаючись виключно на власні сили.

7. Звернення до протилежного. Пацієнти можуть підкреслювати свої досягнення і демонструвати силу, намагаючись протистояти почуттю вразливості [77, с. 83-84].

Зважаючи на вказане, можемо зробити висновок, що механізми психологічного захисту становлять особливу психічну активність, що реалізується у формі специфічних прийомів переробки інформації. Вони виконують як позитивні, так і негативні функції, зокрема оберігають людину від негативних переживань, сприйняття психотравмуючої інформації, знімають тривогу і допомагають зберегти в ситуації конфлікту самоповагу тощо; однак призводять до викривлення сприйняття реальності. Незважаючи на свою адаптивну функцію, можуть ускладнювати процес психологічного адаптування до онкологічного діагнозу та впливати на ефективність лікування, що вимагає особливої уваги з боку психологів і медичних працівників.

Отже, модель копінг-стратегій акцентує увагу на різноманітних підходах до управління стресовими ситуаціями, включаючи зменшення впливу стресорів, адаптацію до складних обставин та їх поступове подолання. Ефективне використання копінг-стратегій є критичним чинником у зниженні рівня емоційного напруження, запобіганні розвитку психологічних і фізичних розладів та покращенні загального самопочуття. Активні стратегії, такі як вирішення проблем і залучення соціальної підтримки, сприяють успішному подоланню стресу, тоді як уникнення проблем лише посилює негативний вплив стресових факторів. Таким чином, вибір відповідних стратегій подолання є ключовим для забезпечення гармонійного розвитку особистості, адаптації до нових умов і підтримки ефективного функціонування в умовах змін.

1.3. Психологічні аспекти використання копінг-стратегій в хворих осіб онкологічного профілю

Діагноз онкологічного захворювання стає серйозним психологічним викликом, що впливає на вибір копінг-стратегій для подолання стресу. Вибір цих стратегій залежить від типу та стадії хвороби, прогнозу лікування, індивідуальних характеристик пацієнта, його попереднього досвіду боротьби з труднощами, а також рівня соціальної підтримки [18; 19].

Онкологічне захворювання характеризується ознаками, типовими для кризових і екстремальних ситуацій: це раптовість появи, загроза життю, руйнування звичної картини світу, втрата контролю над обставинами, невизначеність майбутнього та стадійний розвиток реакцій. До цих загальних ознак додаються і специфічні, такі як багатofакторність причин хвороби, операції з можливими каліцтвами, тривалі та важкі курси лікування, відсутність гарантій на одужання, зміни у соціальному статусі й фінансових можливостях. Додатково ситуацію можуть ускладнювати інші життєві кризи, наприклад, вікові або сімейні труднощі, що збігаються в часі з діагнозом.

У DSM-5 онкологічні захворювання розглядаються як травматичні стресори, здатні призвести до розвитку ПТСР. У працях психологів факт встановлення діагнозу онкозахворювання порівнюється із горем та його проживанням. Зокрема, модель завдань горя, запропонована Дж. Ворденом, використовується для опису втрати здоров'я, пов'язаної з хворобою. Основними завданнями цієї моделі є прийняття реальності втрати, переживання болю, адаптація до нового життя та емоційне завершення попереднього етапу з рухом уперед [34; 45].

Реакція людини на онкологічний діагноз може суттєво варіюватися залежно від багатьох обставин, таких як вид пухлини, стадія її розвитку, особистісні психологічні риси та рівень доступної соціальної підтримки. Емоційні прояви при зіткненні з онкологічним захворюванням часто включають почуття тривожності, пригніченості, страх перед невідомістю, а

також думки про можливу смертність. Науковці С. Мурлі та Стівен Григ наголошують на тому, що «існує стільки різних реакцій на рак, скільки є людей із цим захворюванням» [95; 103, с. 239].

Дослідження показують, що серед онкопацієнтів значна частка має психічні розлади, зокрема тривожні та депресивні стани. За даними цих досліджень, щонайменше 30% пацієнтів з онкологічними захворюваннями стикаються з тривожністю та депресією. Рівень суїцидів серед пацієнтів із пухлинами трохи вищий, ніж у загальній популяції. Понад 10% страждають від тяжких психічних розладів [77, с. 98; 99].

Психічні порушення у пацієнтів з онкологічними захворюваннями охоплюють широкий діапазон емоційних, невротичних розладів і психотичних станів. Вони проявляються у збільшенні тривалості стаціонарного лікування, неадекватних поведінкових реакціях, пов'язаних із хворобою, зниженні дотримання рекомендацій лікарів (комплаєнсу), а також у підвищенні ризику суїцидів. Вони супроводжуються зниженням якості життя, зменшенням ефективності лікування через передчасне припинення курсів хіміотерапії або відмову від них, а також підвищеним ризиком рецидиву та смерті внаслідок нехтування власним здоров'ям. Крім цього, в сім'ях онкохворих збільшується частота психосоціальних розладів, а втрата родича нерідко супроводжується «ускладненим горем» [66; 108].

Поширені психічні реакції на онкологічний діагноз та перебіг хвороби включають [77, с. 57-58]:

- психологічний шок і внутрішній хаос (руйнування звичних захисних механізмів);
- тривогу та панічні атаки (особливо страх перед тривалою хворобою і смертю);
- страх втратити автономність;
- відчуття провини, безсилля і безнадії;
- відчуття самотності та ізоляції;
- переживання втрати;

- сором;
- депресивні стани;
- порушення сну;
- біль;
- сексуальні дисфункції.

Близько третини онкологічних хворих страждають від болю, а у більшості пацієнтів з діагнозом прогресуючого раку цей біль є хронічним. До того ж, від 12% до 51% пацієнтів повідомляють, що їм бракує відповідних засобів для полегшення болю [98].

Незначні когнітивні зміни, відомі як «хіміомозок», часто спостерігаються у пацієнтів як наслідок реакції мозку на хіміотерапевтичні ліки [85].

Як стверджує Б. Становський, для онкологічних пацієнтів притаманний обмежений репертуар стрес-долаючих стратегій, а також знижений рівень соціально-особистісних компетенцій, особливо у сферах тілесного сприйняття, соціальної активності, креативності та осмислення цінностей. Також часто спостерігається низький рівень задоволеності соціальною підтримкою, що ускладнює психологічну адаптацію до ситуації загрози життю, пов'язаної із захворюванням. Копінг-стратегії уникнення, соціальна ізоляція, повторювані негативні реакції, безпорадність, самозвинувачення, агресія та використання заспокійливих препаратів є поведінковими індикаторами ризику розвитку психологічної дезадаптації у таких пацієнтів [66; 108].

Фахівці стверджують, що дієві стратегії подолання є важливим елементом лікування. Наукові дані [34; 88; 94; 95; 109] демонструють, що психологічна та соціальна підтримка осіб із онкологічними хворобами значно впливає на поліпшення їхнього життєвого комфорту та збільшення тривалості життя. Психоонкологічну підтримку рекомендується починати одразу після встановлення діагнозу, а іноді навіть за підозри на онкологію, щоб знизити початковий стрес [102].

Ю. Васильєва, Л. Ковальчук вказують, що етапи психологічної адаптації до діагнозу часто співставляють з етапами жалоби (при переживанні горя, втрати), описаними Кюблер-Росс: заперечення, гнів, торг, депресія та прийняття [6, с. 30-32; 28, с. 90-93; 29].

Дослідниця С. Лукомська виділяє додатковий етап – стадію шокової реакції.

1. Шокова реакція. Діагноз викликає сильний емоційний удар, відчуття розгубленості, паніку, безнадію та паралізуючий страх. Пацієнт не здатен адекватно сприймати слова лікаря чи реальність навколо. Цей етап слугує механізмом психологічного захисту, зменшуючи рівень стресу. У цей момент особливо важлива соціальна підтримка.

2. Стадія заперечення. Активуються психологічні захисні механізми, які знижують емоційну травматизацію. Людина може повністю або частково заперечувати діагноз, звертатися до альтернативних методів лікування, таких як народна медицина чи духовні практики. Ця фаза допомагає поступово адаптуватися до діагнозу та знайти потенційні варіанти вирішення ситуації.

3. Стадія агресії. Пацієнт усвідомлює серйозність хвороби, що викликає гнів, пошук винних або самообвинувачення. Агресія може бути спрямована як на оточуючих, так і на самого себе. На цьому етапі важливо надати можливість пацієнту висловити свої емоції та почуття, не применшуючи його переживань. Це сприяє мобілізації ресурсів і прийняттю реальності.

4. Стадія «торгу». Людина намагається «домовитися» із зовнішніми силами, такими як лікарі чи Бог, щоб продовжити життя або досягти одужання. Пацієнт може терпіти біль або суворо дотримуватися лікувальних рекомендацій у надії на позитивний результат. У цей період важливо підтримувати надію та демонструвати приклади успішного лікування.

5. Депресивна стадія. Після інтенсивного лікування або виписки зі стаціонару пацієнт може відчувати ізоляцію, надмірну тривогу за своє здоров'я, виникає бажання "жити правильно". Тригерами депресії можуть бути невдалі спроби лікування, больовий синдром або психічні розлади в

анамнезі. Якщо клінічна депресія відсутня, відбувається переосмислення життя, адаптація до змін у тілі й способі життя.

6. Стадія прийняття. Пацієнт приймає свій стан, інтегрує хворобу у своє життя та знаходить у ній нові сенси. Посттравматичне зростання стає важливим результатом цього етапу, оскільки людина переосмислює своє життя, відкриває нові можливості й позитивні зміни, які стали наслідком пережитого досвіду.

Також, дослідниця С. Лукомська окреслює психологічні особливості пацієнтів на різних етапах лікування онкології, що доповнюють традиційні стадії прийняття хвороби. Вона виділяє шість основних етапів:

1. Поліклінічний (діагностичний). Перший контакт із онкологами, найтравматичніший етап, що характеризується тривожно-депресивними проявами, сильним емоційним шоком, відчуттям безнадії та апатії.

2. Госпітальний. Початковий період госпіталізації, що знижує інтенсивність негативних емоцій завдяки відчуттю захищеності та підтримки в лікарняному середовищі. Пацієнт фокусується на початку лікування, зменшується страх смерті.

3. Передопераційний. Інтенсивні психоемоційні переживання, тривожність і бажання уникнути операції. Посилюється магічне мислення та ритуалізована поведінка, зростає страх комунікації з іншими пацієнтами, які перенесли операцію.

4. Післяопераційний. Період відновлення після операції, супроводжується оптимізмом через видалення пухлини. Однак із часом зменшення медикаментозного впливу посилює тривожність та астеноневротичні симптоми.

5. Післягоспітальний. Період адаптації вдома, що характеризується фіксацією на фізичних відчуттях, тривогою за стан здоров'я та усвідомленням необхідності продовження лікування.

6. Катамнестичний. Етап амбулаторного лікування, коли пацієнт прагне самоізоляції, демонструє негативне ставлення до активної діяльності та

відчуває безпорадність через відсутність чітких інструкцій після завершення основного лікування [38].

К. Хак та Д. Спют виділяють тільки п'ять етапів переживання онкологічного захворювання за моделлю Р. Шварца та З. Зінгер:

- етап встановлення діагнозу;
- етап лікування;
- етап відновлення;
- етап рецидиву або виявлення метастазів;
- термінальна фаза та паліативне лікування, коли основна увага зосереджена на підтримці якості життя [77, с. 65-66].

Опираючись на погляди К. Хака та Д. Спюта, науковці І. Вострокнутов, О. Кирилова, Є, Кирилова виділяють такі типові проблеми, з якими можуть стикатися пацієнти з онкологічними захворюваннями [1;24;77,с.22-24] (табл. 1.2.).

Таблиця 1.2.

Типові проблеми, з якими можуть стикатися пацієнти з онкологічними захворюваннями

Тип проблеми	Опис
Загальні проблеми	Відчуття безпорадності, непередбачуваність результатів лікування, страх смерті чи рецидиву, тривога щодо можливих ускладнень або наслідків лікування.
Специфічні проблеми	Відчуття нечистоти (рак шлунка), втрата відчуття жіночності (рак молочної залози), тривога щодо сексуальності (рак залоз, онкогінекологічні захворювання, рак яєчок
Емоційні розлади	Депресія, тривога, почуття провини, гнів, роздратування.
Фізичні проблеми	Млявість, втома, нудота, біль, неможливість виконувати щоденні справи.
Соціально-економічні проблеми	Проблеми з професійною діяльністю, фінансові труднощі, пов'язані з лікуванням та реабілітацією

Усвідомлення діагнозу, прийняття рішень в умовах тривожного стану та внутрішнього хаосу можуть стати травматичним досвідом для багатьох пацієнтів. Ці початкові емоційні навантаження з часом доповнюються фізичними змінами, що може вплинути на сприйняття себе і навіть порушити особисту цілісність. Ця ситуація часто зберігається і після завершення

лікування: відчуття, що «все вже не буде, як раніше», залишається. Залишкові симптоми і переживання після завершення лікування мають глибокий вплив на пацієнтів на довгі роки та призводять до депресивних станів, що потребують терапії.

Оскільки онкологічне захворювання є серйозним переломом у житті людини, який порушує внутрішню і зовнішню рівновагу, метою психоонкологічної підтримки і лікування є допомога в знаходженні нової рівноваги. Це включає відновлення зв'язку з власним тілом і собою, а також адаптацію в соціальних відносинах і в сім'ї. Важливо розвивати навички пристосування до змінених умов, а також допомагати оточенню пацієнтів адаптуватися до нової ситуації, знижуючи їхню тривогу і непорозуміння [45; 77, с. 22-24; 96].

Онкологічне захворювання розглядається як стресогенна подія, що значно впливає на всі аспекти життя людини, змінюючи її життєві установки, ціннісні орієнтири, плани на майбутнє та ставлення до себе. Ці зміни формують особливу структуру сприйняття – внутрішню картину хвороби. Термін «внутрішня картина хвороби» відображає специфічне сприйняття захворювання в психіці людини і включає когнітивний (розуміння причин, симптомів, лікування), емоційний (зміни в емоційному стані) та мотиваційно-поведінковий (мотивація до подолання, самозбереження, адаптація) компоненти [58].

Психічні реакції онкопацієнтів варіюються від стійкості та спокою до панічних атак і підвищеної тривожності. Частина пацієнтів стає пригніченою або впадає в депресію, тоді як інші відчують хронічне виснаження чи апатію. Тривога і страх, часто пов'язані з депресією, є значущими факторами психічного страждання. Основні страхи включають: страх смерті, болю, фізичних дефектів, втрати контролю, соціальної ролі та ізоляції. Також поширений страх сорому, який часто залишається непоміченим.

Гострі панічні реакції, пов'язані зі страхами, потребують негайної психологічної підтримки і можуть виникати навіть після завершення

первинного лікування. На початкових етапах пацієнти здебільшого зосереджені на фізичних аспектах лікування, а з часом починають усвідомлювати психологічні страждання, пов'язані з тривогою і депресією [77, с. 94-95].

Понад 51% опитаних пацієнтів із онкологічними захворюваннями вказали, що найважливішою їхньою потребою є подолання страху [90].

Варто зазначити, що приблизно дві третини пацієнтів із онкологічним діагнозом не стикаються з розвитком хронічних психічних розладів. У клінічній практиці часто можна побачити, що двоє людей з однаковим типом раку на тій самій стадії можуть демонструвати абсолютно різні психологічні реакції на лікування [103, с. 9-11]. Це різноманіття реакцій значною мірою залежить від рівня резильєнтності кожного пацієнта. Здатність до стійкості й адаптації має визначальний вплив на те, як людина сприймає діагноз і лікування, і саме цей аспект часто визначає, чи виникатимуть у неї хронічні психологічні проблеми.

Резильєнтність є важливим чинником у процесі адаптації пацієнтів з онкологічними захворюваннями. У контексті онкології розвиток резильєнтності сприяє збереженню психічної рівноваги, покращенню якості життя та, у перспективі, впливає на позитивний результат лікування. Ключову роль у зміцненні резильєнтності відіграють психотерапевтичні інтервенції та психологічна підтримка [81; 97].

Окремий аспект резильєнтності стосується самоствердження пацієнтів у процесі лікування. Здатність ставити перед собою чіткі цілі, будувати плани на майбутнє та усвідомлювати свої перспективи є важливими елементами позитивного налаштування. Такі дії допомагають пацієнтам відчувати контроль над ситуацією, зберігати мотивацію та зміцнювати віру у власні сили. Реалізація внутрішнього потенціалу та досягнення навіть малих успіхів у боротьбі з хворобою сприяють поступовому підвищенню рівня резильєнтності [29, с. 57-62; 105].

Ті, хто бачить у стресі не тільки загрозу, а й можливість випробування, більше довіряють собі у здатності приймати стрес та ефективно справлятися з ним. У таких людей підвищується стійкість, знижується рівень тривожності, депресії і безсоння, а також поліпшуються показники уважності, залученості, співпраці та продуктивності на роботі.

Поширені стилі адаптації до онкологічного захворювання включають *бойовий дух, заперечення, фаталізм, безпорадність із безнадійністю*, а також *тривожну стурбованість*.

Індивідуальний стиль адаптації можна розглядати як когнітивну схему, яка допомагає осмислити хворобу. Пацієнти з дезадаптивними стилями адаптації часто мають жорстку когнітивну схему, яка складається з негативного сприйняття себе, діагнозу та його прогнозу. Наприклад, реакція безпорадності та безнадійності змушує пацієнта сприймати хворобу як смертний вирок без надії на майбутнє.

Когнітивні викривлення відіграють важливу роль у підтримці дезадаптивних стилів мислення, відсіюючи позитивну інформацію та перебільшуючи негативні аспекти. Це може виражатися в надмірних узагальненнях і мисленні в категоріях «чорного та білого». В результаті дезадаптивне мислення закріплюється, породжуючи нереалістичні автоматичні думки, які підтримують емоційний дистрес і заважають використовувати ефективну копінг-поведінку.

Для багатьох пацієнтів песимістичний погляд на хворобу може бути обґрунтованим, проте дезадаптивний стиль мислення часто робить ситуацію ще більш драматичною. Пацієнт зосереджується на своїй безпорадності, замість того щоб шукати способи контролювати хворобу або покращити якість життя. Реальне значення діагнозу та страх смерті є одними з найсильніших факторів, що впливають на адаптацію. Проте для деяких людей інші фактори, такі як побічні ефекти лікування, можуть здаватися більш вагомими, навіть якщо вони вірять у можливість одужання [103, с. 65-68].

Отже, онкологічні захворювання створюють для пацієнтів не тільки фізичні труднощі, але й значні психологічні випробування. Копінг є центральним елементом у подоланні стресу. Вивчення схильності індивіда до певних моделей копінг-поведінки і оцінка їх адаптивності дозволяє прогнозувати динаміку психологічної дезадаптації при онкологічному діагнозі. Це, своєю чергою, сприяє ранньому виявленню психологічних проблем. Подальше емпіричне дослідження націлене на встановлення зв'язку між резильєнтністю, копінг-стратегіями, що впливає на їхню реакцію на діагноз.

Висновки до розділу 1

Онкологічне захворювання є серйозним викликом для фізичного та психічного здоров'я людини, оскільки воно поєднує фізичний тягар із стресовою подією. Стрес у цьому контексті розглядається як специфічна форма емоційних переживань, яка виникає у відповідь на складні життєві обставини, вимагаючи від людини мобілізації психологічних ресурсів. Причиною стресу є стресова ситуація, яка визначається як критична подія, що вимагає значної адаптаційної активності. Такими подіями можуть бути втрата значущих цінностей, загроза, яка вимагає великих зусиль для подолання, або виклики, що змушують приймати ризиковані рішення. Стрес може проявлятися у трьох основних формах — фізіологічній, емоційній та психологічній.

Адаптація до стресу, особливо для онкохворих пацієнтів, є надзвичайно важливим процесом, який потребує розробки ефективних копінг-стратегій. Копінг-стратегії — це усвідомлені поведінкові або когнітивні дії, спрямовані на зменшення стресу, подолання складних ситуацій або адаптацію до нових умов. На відміну від захисних механізмів, які діють автоматично й неусвідомлено, копінг-стратегії передбачають свідоме використання ресурсів і дозволяють гнучко реагувати на виклики. Вони базуються на реалістичній

оцінці ситуації, зосередженні на вирішенні проблеми, пошуку соціальної підтримки чи уникненні стресових факторів.

Захисні механізми, які діють автоматично, часто орієнтовані на швидке зниження емоційного дискомфорту, проте не враховують загального контексту та можуть мати довготривалі негативні наслідки. Натомість копінг-стратегії дозволяють реалістично оцінити ситуацію, врахувати наявні ресурси та орієнтуватися на майбутнє, сприяючи адаптації до складних умов.

Психологічна адаптація онкохворих пацієнтів є багатофакторним процесом, який залежить як від індивідуальних, так і від соціально-психологічних чинників. Вона охоплює емоційний стан самого пацієнта, його готовність до лікування, а також вплив психоемоційного стану близьких. Рівень резильєнтності, або здатність до відновлення після стресу, відіграє вирішальну роль у виборі копінг-стратегій. Пацієнти з високою резильєнтністю легше адаптуються до складних життєвих умов, знижують негативний вплив захворювання на психічне здоров'я та успішніше справляються зі стресом, що супроводжує їх під час лікування.

Таким чином, ефективна адаптація до онкологічного захворювання є результатом взаємодії інтерпретації стресових ситуацій, рівня резильєнтності та використання відповідних копінг-стратегій. Цей процес не лише зменшує негативний вплив хвороби, але й сприяє збереженню психічного здоров'я та загального благополуччя пацієнта.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ В ОНКОХВОРИХ ОСІБ

2.1. Methodика організації і проведення дослідження

Для вивчення психологічних особливостей реагування онкохворих осіб на стресові ситуації, виборів ними копінг-стратегій у подоланні стресу проведено емпіричне дослідження.

Емпіричне дослідження проводилося у декілька послідовних кроків, що реалізують основні завдання діагностичного дослідження та розробки рекомендацій для психокорекційної роботи з оптимізації реагування онкохворих на стресові ситуації (рис. 2.1.).



Рис. 2.1. Модель проведення дослідження психологічних особливостей реагування онкохворих осіб на стресові ситуації

Послідовність виконання завдань основних етапів експерименту описана нижче, де вказано кроки з їх реалізації:

I. Констатувальний етап, метою якого є визначення психологічних особливостей реагування онкохворих осіб на стресові ситуації, з'ясування копінг-стратегій подолання ними стресу, включав виконання завдань за такими кроками:

- Підготовчий, на якому сформовано вибірку респондентів, вибрано психодіагностичні методики, проведено підготовчу роботу з повідомлення респондентам цілей проведення опитування та процедури обробки результатів дослідження;

- Власне дослідницький, під час якого здійснено опитування респондентів за обраними методиками, опрацьовано первинні результати;

- Аналітичний, на якому проаналізовано психологічні особливості реагування онкохворих осіб на стресові ситуації, встановлено зв'язки між резильєнтністю, копінг-стратегіями та механізмами реагування онкохворих осіб на стресові ситуації.

II. Методично-рекомендаційний етап, мета якого є розроблення рекомендацій і програми психологічних занять для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб, включав виконання завдань за такими кроками:

- Методичний, що включав аналіз напрямів надання психологічної допомоги онкохворим, пошук засобів і методів, доступних для самостійного опрацювання та здійснення самопідтримки і самодопомоги у стресових ситуаціях;

- Рекомендаційний, відповідно до якого запропоновано програму психологічних занять для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб.

Вибірку опитуваних склали 40 осіб, з них 20 осіб мають в анамнезі онкологічні захворювання (зараз знаходяться у стадії ремісії), і 20 осіб знаходяться в активній фазі лікування від онкозахворювань (рис. 2.2.).

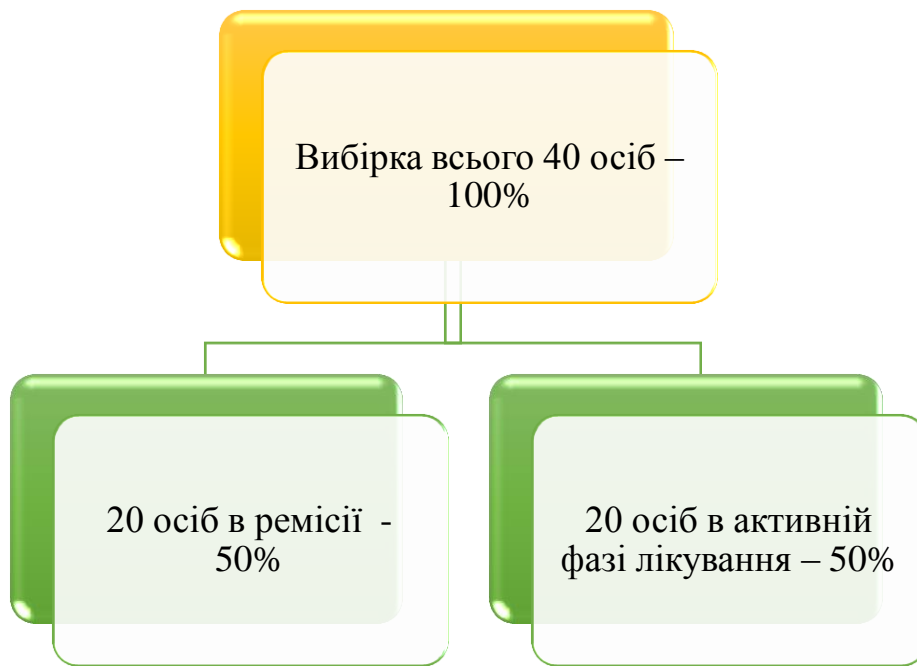


Рис. 2.2. Характеристика вибірки онкохворих

При аналізі відповідей респондентів та визначенні психологічних особливостей їх реагування на стресові ситуації ми приділяли увагу виділенню двох підгруп – «в ремісії» та «в активній фазі лікування», оскільки передбачаємо, що залежно від етапу та успішності лікування онкозахворювання можуть залежати й психологічні особливості використання копінг-стратегій у подоланні стресу.

Теоретичний аналіз, представлений у першому розділі, та зроблені на його основі висновки дозволили сформулювати ключові гіпотези нашого дослідження, які потребували емпіричної перевірки.

Гіпотези дослідження полягають у припущенні, що:

1) існує зв'язок між копінг-стратегіями та особистісними якостями онкохворих осіб, що відображається на їх реагуванні щодо стресових ситуацій (емоційної стійкості, інтроверсії, резильєнтності, життєстійкості, здатності до посттравматичного зростання);

2) існують відмінності у проявах життєстійкості, резильєнтності, копінг-стратегій, здатності до посттравматичного зростання в онкохворих осіб на різних етапах лікування.

2.2. Психодіагностичні методики дослідження

Під час проведення емпіричного дослідження використано такі психодіагностичні методики:

1. «Шкала резильєнтності» (CD-RISC-10) (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірон) [26];
2. Методика «Індикатор копінг-стратегій» (Д. Амірхан) (в адаптації В. Зливкова, С. Лукомської, О. Федан) [14];
3. Особистісний опитувальник Айзенка (EPI) (в адаптації М. Корольчук, В. Крайнюк) [31];
4. «Тест самооцінки життєстійкості» (опитувальник на контактність Форверга, модифікований Т.О. Ларіною) [72];
5. «Опитувальник посттравматичного зростання» (PGI; R. Tedeschi, L. Calhoun, адаптований Д. Зубовським) [15].

Проаналізуємо процедуру використання обраних методик та особливості опрацювання результатів за ними.

«Шкала резильєнтності» (CD-RISC-10) (в адаптації З. Кіреєвої, О. Односталко, Б. Бірон) призначена для діагностики рівня резильєнтності. Була адаптована українськими науковцями З. Кіреєвою, О. Односталко та Б. Бірон у двох варіантах – коротка шкала (9 тверджень) та розширена шкала (14 тверджень).

Респонденту пропонується 9 тверджень, які він має оцінити за шкалою від «ніколи» (0 балів) до «завжди» (4 бали), вказуючи власний досвід переживання стресових подій, виявів власної поведінки з подолання стресів.

На основі підрахування суми балів визначається рівень резильєнтності. Більша кількість балів вказує на вищий рівень резильєнтності [59, с. 86-87].

Припускаємо, що до 18 балів може вказувати на низький рівень резильєнтності респондента; бали від 19 до 27 – на середній рівень, а від 28 до 36 – на високий рівень, оптимальний рівень резильєнтності [26, с. 115].

Методика «Індикатор копінг-стратегій» (Д. Амірхан) призначена для діагностики домінуючих копінг-стратегій у людей.

Респонденту дається бланк опитувальника, який містить 33 твердження, і пропонується вибрати один з трьох найбільш прийнятних варіантів відповідей для кожної позиції: «повністю згоден»; «згоден»; «не згоден».

У процесі обробки результатів відповіді опитуваного порівнюються з ключем, аналізується домінуюча стратегія копінг-поведінки.

Для отримання суми балів за відповідною стратегією підраховуються бали за всіма 11 пунктами, що стосуються цієї стратегії.

Мінімальна оцінка по кожній шкалі – 11 балів, максимальна – 33 бали. Далі на основі порівняння результатів опитуваного із ключем методики визначається рівень сформованості частоти використання ним цієї чи іншої стратегії копінгу:

- «вирішення проблем» має вияви у свідомому підході до проблеми, докладання належних зусиль з її вирішення, пошуку ресурсів, інформації, порад щодо організації своєї діяльності з подолання стресу, вирішення складної ситуації. Респонденти, які обирають цю стратегію, відповідальні, свідомі, активні у вирішенні завдань, вони вміють організувати свою діяльність та здатні її покроково втілювати відповідно до поставлених цілей. Завдяки вибору цієї копінг-стратегії респонденти здатні вчасно помітити проблему, проаналізувати її та вирішити з наявним комплектом ресурсів. При успіху – вони визнають свої заслуги, розуміють, що досягли їх власними зусиллями, а при невдачах – також здатні адекватно оцінити власну роль, визначити допущені помилки і зробити висновки. Вони здатні сприймати ситуації неуспіху як моменти досвіду, і надалі запобігати повторенню таких ситуацій.

- «пошуку соціальної підтримки». Ця стратегія передбачає звернення за підтримкою до друзів, родичів чи фахівців, які можуть надати інформаційну допомогу, поспівчувати та обговорити проблему. Основна мета респондентів

— отримати емоційну підтримку та співчуття. Однак надмірне використання цієї стратегії, що зводиться лише до обговорення проблем і співчуття без подальших дій, дає короточасне полегшення, але не вирішує проблему чи її наслідки. Часто це супроводжується униканням відповідальності та перекладанням вирішення на інших, формуючи залежну позицію, яка може призводити до комплексу неповноцінності, заниженої самооцінки або синдрому вивченої безпорадності.

- чи «уникання проблем». Стратегія орієнтована на фізичне чи психологічне дистанціювання від проблем та необхідності їх вирішувати. Включає як дійсний вихід із конфлікту, фізичне покидання кімнати, так і свідомі дії із запобігання конфліктів, згладжування гострих кутів у спілкуванні. Однак найчастіше має вияв ігнорування проблеми, надії, що вона вирішиться сама, чи виникнуть нові умови, за яких її не потрібно буде вирішувати, або ж – якщо через певний час з'являться додаткові ресурси (нова інформація про проблему, сили і натхнення її вирішувати та ін.). В будь-якому випадку ця стратегія є не продуктивною, оскільки при униканні, ігноруванні проблеми вона може поглибитися, і тоді для її вирішення доведеться докласти більше зусиль. Або ж втратиться сприятливий час для її вирішення взагалі, а людина упустить вдалий момент, щоб навчитися долати подібні стреси і проблеми, не отримає цінного досвіду, корисного для майбутньої життєдіяльності.

Відповідно до прояву високих рівнів прояву копінгу визначається домінуюча стратегія копінг-поведінки. Зауважимо, що найбільш оптимальною стратегією є «вирішення проблем», стратегія «пошуку соціальної підтримки» є умовно оптимальною, а «уникання проблем» є не продуктивною копінг-стратегією, що має переважно негативні наслідки після її використання.

Особистісний опитувальник Айзенка (ЕРІ) призначений для діагностики індивідуально-типологічних особливостей людей.

Включає 57 питань, з яких 24 спрямовано на діагностику показників за шкалою «екстраверсії-інтроверсії», ще 24 – на визначення показників за шкалою «нейротизму-емоційної стабільності». І решта 9 – входять в контрольну групу питань, які допомагають визначити міру правдивості, щирості респондента, його свідоме і відповідальне ставлення до самого факту опитування та ймовірності отримання чесних результатів.

Обробка результатів відбувається за ключем методики, де відповіді, що збігаються з ключем, отримують по 1 балу, і підсумовуються загальна сума балів за трьома шкалами окремо.

Далі отримані суми порівнюються із наведеними у методиці діапазонами значень за шкалами:

1. «Екстраверсія – інтроверсія»: визначаються такі вияви: «яскравий екстраверт», «екстраверт», «середні значення», «інтроверт», «глибокий інтроверт». Високі показники свідчать про активність, енергійність, ініціативність, але також легковажність і недостатню сумлінність. Екстраверти комунікабельні, прагнуть соціального визнання, але можуть втрачати інтерес при труднощах. Низькі показники вказують на інтроверсію, що проявляється у свідомості, сумлінності, здатності критично аналізувати, самостійно працювати та ефективно вирішувати проблеми завдяки самоконтролю й емоційній регуляції.

2. «Нейротизм – емоційна стійкість»: визначаються такі вияви: «дуже високий нейротизм», «високий нейротизм», «середні значення», «низький нейротизм» (емоційна стійкість). Високі показники свідчать про нейротизм: емоційну чутливість, відсутність витримки, схильність до бурхливих негативних реакцій, конфліктності та невротичної поведінки. У стресових умовах такі люди емоційно реагують замість вирішення проблем. Низькі показники вказують на емоційну стійкість: здатність до самоконтролю, спокій, впевненість, адекватну реакцію на стрес та ефективну самореалізацію.

3. Шкала «не правди»: визначаються два вияви: «норма» і «нещирість відповідей». У разі норми респондент дає щирі відповіді, усвідомлено ставиться до обстеження і цікавиться результатами. Нещирість проявляється у прагненні показати себе кращим, ніж є насправді, приховати соціально несхвалювану поведінку або навпаки — отримати схвалення. Це також може свідчити про незнання чи неприйняття себе, своїх рис і здібностей, що ускладнює свідоме вирішення проблем.

При аналізі результатів опитування ми виділяли відповіді респондентів за двома шкалами, і зважали, що дані, які вказують на їх «не щирість» варто виключити із загального масиву отриманих результатів дослідження.

«Тест самооцінки життєстійкості» (опитувальник на контактність Форверга, модифікований Т. Ларіною) спрямований на діагностику осмисленості та сформованості в людини певних особистісних рис, що характеризують сформованість у неї як складових життєстійкості, важливих для досягнення успіхів у спілкуванні, взаємодії з іншими, що допомагає вирішувати життєві проблеми.

Респонденту дається бланк із 9 шкал, до кожної з яких пропонується набір тверджень. Він має вказати, як сильно сформованою у нього є зазначена риса у балах від «-4» до «+4».

За кожною рисою підраховується сума балів за трьома твердженнями, що відповідають шкалам:

- «Емпатія»;
- «Тепло, повага»;
- «Щирість, справжність»;
- «Ініціативність»;
- «Рішучість»;
- «Відповідальність»;
- «Терпіння»;
- «Оптимістичність»;
- «Мобільність».

За загальною сумою балів робиться висновок про рівень осмисленості та сформованість складових життєстійкості:

- менше 40 балів – низький рівень;
- від 41 до 60 балів – середній;
- більше 61 балів – високий рівень життєстійкості у спілкуванні з іншими [72, с. 90-91].

«Опитувальник посттравматичного зростання» (PGI; R. Tedeschi, L. Calhoun, адаптація Д. Зубовського) призначений для діагностики шляхів (напрямів) та загального показника посттравматичного зростання. Передбачає визначення даних за шкалами «Стосунки з оточуючими»; «Нові можливості»; «Особистісне зміцнення»; «Духовні та екзистенційні зміни»; «Поцінування життя» та загального показника посттравматичного зростання [15].

Опитувальник складається з 25 тверджень, за якими респондент має вказати, в якій мірі пережита травма (фізична і психічна) вплинула на його життя. Оцінювання виконується за 5-бальною шкалою Лайкерта (від «я не відчув цієї зміни» (0 балів) до «я пережив цю зміну в дуже великому ступені» (5 балів)).

За отриманими результатами визначається рівень за кожною із 5 шкал (по 5 тверджень на шкалу), де сума балів коливається від 0 до 25 балів. Загальна сума балів вказує на загальний показник зростання, який може перебувати у діапазоні від 0 до 125 балів.

Тобто за шкалами може бути така градація:

0-10 балів – низький рівень;

11-17 балів – середній, 18-25 балів – високий рівень.

А загальний рівень посттравматичного зростання можна визначати так:

від 0 до 50 балів – низький рівень;

51-90 балів – середній рівень

91-125 балів – високий рівень посттравматичного зростання [15].

Процедура дослідження включала опитування онкохворих за обраними методиками, обробку результатів і визначення психологічних особливостей їх реагування на стресові ситуації, з'ясування використання ними копінг-стратегій подолання стресів. Під час опрацювання результатів дослідження використано методи якісного та кількісного аналізу, порівняння, узагальнення, всі матеріали представлено у графічній і табличній формі, ілюстровані за допомогою діаграм. На основі отриманих результатів дослідження напрацьовано рекомендації онкохворим для самопомоги і відновлення; програму психологічних занять для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб.

Висновки до розділу 2

Для вивчення психологічних особливостей реагування онкохворих осіб на стресові ситуації, виборів ними копінг-стратегій у подоланні стресу проведено емпіричне дослідження. Визначено мету і завдання двох етапів його проведення: констатувального та методично-рекомендаційного, побудовано модельного реалізації.

Сформовано вибірку опитуваних: 40 осіб, з них 20 осіб у стадії ремісії після лікування онкологічних захворювань, і 20 осіб перебувають в активній фазі лікування від онкозахворювань.

У процесі дослідження підібрано та використано психодіагностичні методики: «Шкала резильєнтності» (CD-RISC-10); «Індикатор копінг-стратегій» (Д. Амірхан); «Особистісний опитувальник» Г. Айзенка (EPI); «Тест самооцінки життєстійкості» (Форверга); «Опитувальник посттравматичного зростання» (R. Tedeschi, L. Calhoun).

Процедура дослідження включала опитування онкохворих, опрацювання результатів дослідження, з'ясування використання ними копінг-стратегій подолання стресів. Отримані результати лягли в основу ідей

для розробки рекомендацій та психологічних занять для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВИКОРИСТАННЯ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ В ОСІБ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАННЯ

3.1. Аналіз психологічних особливостей реагування на стресові ситуації в осіб з онкологічною патологією

Здійснимо аналіз психологічних особливостей реагування онкохворих осіб на стресові ситуації та з'ясуємо специфіку використання ними копінг-стратегій у подоланні стресу відповідно до різних етапів лікування онкозахворювань.

Використовуючи «Шкалу резильєнтності» в опитуванні онкохворих, отримано такі дані (рис. 3.1.).

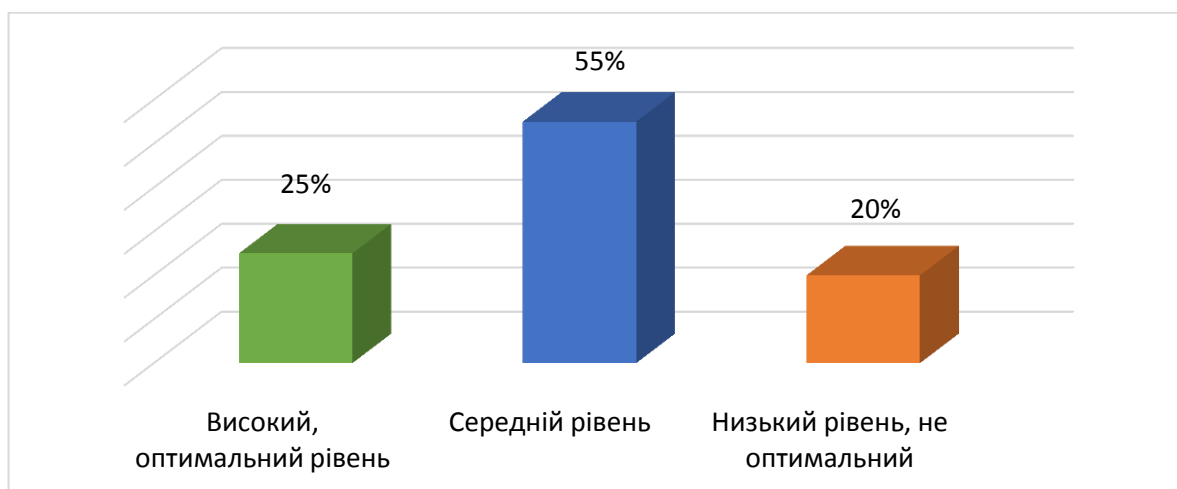


Рис. 3.1. Рівні резильєнтності онкохворих (за шкалою «CD-RISC-10»)

Високий рівень резильєнтності властивий лише для 25% осіб, які здатні успішно долати стреси, швидко відновлюватися після них, не втрачати попереднього рівня продуктивності. Також ці респонденти здатні сприймати сучасні виклики життя як задачі для виконання, а тому сприймають та аналізують їх з різних сторін, приділяючи увагу пошуку різноманітних

способів і засобів їх подолання. Вони здатні проаналізувати будь-який, навіть негативний досвід, та прийняти його для наступних звершень.

Для більшості онкохворих характерний середній рівень резильєнтності, вони здатні розпізнавати стресові події, їх вирішувати, однак довго відновлюються після їх впливу, негативно реагують на саму ситуацію кризи.

І решті властивий низький рівень резильєнтності, вони не вміють опиратися стресам, не здатні сприймати кризові ситуації як виклики та приймати досвід з їх вирішення.

Нижче представлено дані щодо опитування хворих з різними етапами лікування від онкозахворювань (табл. 3.1.).

Таблиця 3.1.

Рівні резильєнтності онкохворих (за шкалою «CD-RISC-10»)

Рівні резильєнтності	В активній фазі лікування (20 осіб)		У ремісії (20 осіб)	
	n	%	n	%
Високий, оптимальний рівень	4	20%	6	30%
Середній рівень	11	55%	11	55%
Низький рівень, не оптимальний	5	25%	3	15%

Оптимальний високий рівень резильєнтності властивий для 20% осіб в активній стадії лікування і третина осіб в ремісії. Ці опитувані здатні розпізнавати стресові ситуації, запобігати їх загостренню, вміло вирішують проблеми, не знижуючи попереднього рівня продуктивності діяльності.

У переважної більшості опитаних виявлено середній рівень резильєнтності. Водночас ці опитувані відчувають виразний вплив стресу на своє життя, не завжди швидко та успішно його долають, що негативно відображається на стані їх психоемоційного настрою та соматичного здоров'я. Переважно вони здатні вирішувати стресові ситуації, хоча й довше відновлюють попередній рівень продуктивності і адекватного стану здоров'я (порівняно з особами, які мають високу резильєнтність).

І для решти опитаних властивий низький рівень резильєнтності, не оптимальний. Ці респонденти не вміють розпізнавати стрес-чинники та загрозливі стрес-події, не здатні швидко і гнучко їх вирішувати, не вміють

стійко опиратися впливу стресу. Різні складні і непередбачувані ситуації надовго вибивають їх з ладу, завдають виразної шкоди для настрою, поведінки, когнітивних здібностей. Ці опитувані не можуть швидко відновлюватися, відрізняються зниженим рівнем енергії, що й очевидно, зважаючи на їх захворювання. Це не допомагає їм продуктивно вирішувати проблеми і досягати швидких високих результатів у лікуванні та житті.

Вважаємо, осіб, які мають низький, не оптимальний рівень резильєнтності, варто залучити до психологічної роботи з оптимізації їх психоемоційних станів та надання допомоги із виборів конструктивних копінг-стратегій у стресових ситуаціях, адекватної поведінки з вирішення проблем.

За методикою «Індикатор копінг-стратегій» (Д. Амірхан) отримано наступні результати опитування респондентів (рис. 3.2.).

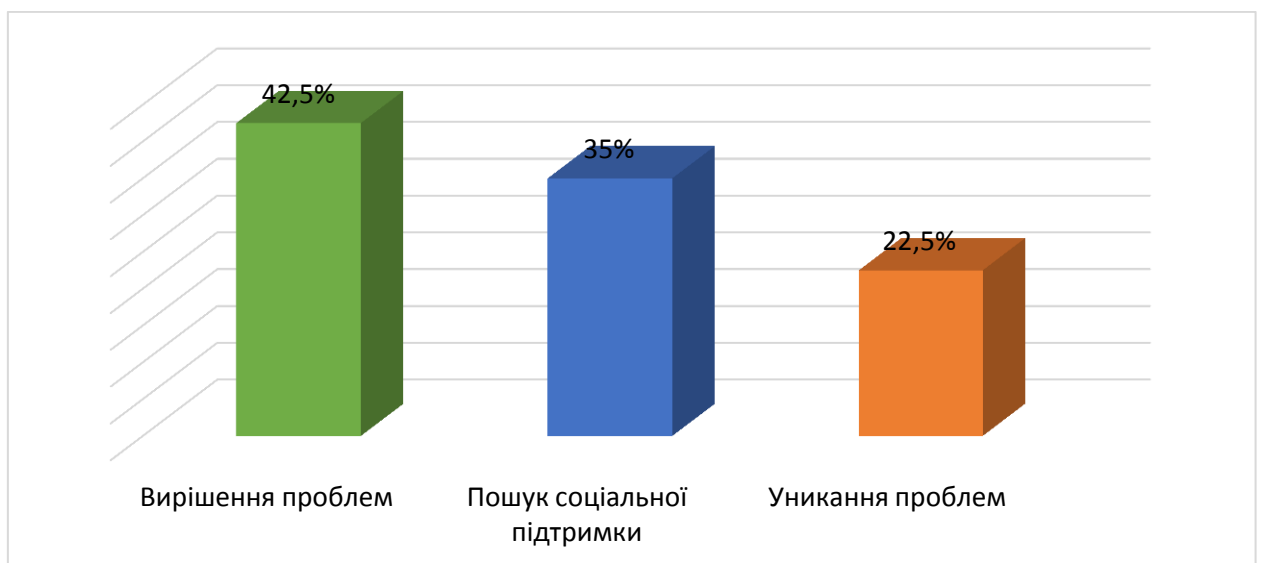


Рис. 3.2. Стратегії копінг-поведінки онкохворих (за методикою Д. Амірхана)

Більшість осіб схильні до «вирішення проблем», що є активною копінг-стратегією, за якої людина намагається використовувати власні ресурси для пошуку ефективних, всіх можливих способів подолання проблеми. Вона вдумливо аналізує проблему, записує всі необхідні ресурси, які в неї є, а які може знайти, отримати, забезпечити для кращого вирішення проблеми.

У третини опитаних встановлено схильність до «пошуку соціальної підтримки». За переконанням автора методики, Д. Амірхана, вказана копінг-стратегія також відноситься до активних поведінкових стратегій, що сприяє вирішенню проблемних ситуацій. Шукаючи підтримки, людина звертається по допомогу до навколишнього середовища, оточуючих людей (членів сім'ї, друзів, значущих інших), намагається залучити їх до вирішення проблеми. І дуже часто близькі та друзі можуть заспокоїти, надати якщо не дійсну фізичну, то хоча б психологічну допомогу, розрадити у скрутному становищі, підказати спосіб подолання стресу та ін.

У решти встановлено схильність до «уникання», що не є оптимальною стратегією при подоланні стресів. Такі людина намагаються уникати контактів з навколишнім середовищем, відійти від необхідності вирішення проблем. Найчастіше вони замикаються в собі, не можуть повірити, що з ними щось трапилося, чи наважитися вирішити проблему хоча б якимось способом. Вони прагнуть ухилитися від відповідальності з подолання стресової ситуації. Також проаналізовано стратегії копінг-поведінки онкохворих на різних стадіях лікування (табл. 3.2.).

Таблиця 3.2.

Стратегії копінг-поведінки онкохворих (за методикою Д. Амірхана)

Копінг-стратегії	В активній фазі лікування (20 осіб)		У ремісії (20 осіб)	
	n	%	n	%
Вирішення проблем	6	30%	11	55%
Пошук соціальної підтримки	8	40%	6	30%
Уникання проблем	6	30%	3	15%

Більшість хворих у ремісії обирають активну поведінкову стратегію «вирішення проблем», що допомагає їм раціонально підійти до сутності проблеми, складної ситуації, визначення причини стресу, в який вони потрапили. Завдяки свідомому підходу до аналізу події вони досягають успіхів у послідовному вирішенні проблем, подоланні стресів. А серед онкохворих в активній стадії лікування ця стратегія виявляється дещо менше,

вони також намагаються розібратися у ситуації, що виникла, та знайти успішне її рішення.

Копінг-стратегію «пошук соціальної підтримки» обирають більшість онкохворих у стадії активного лікування і третина осіб у стадії ремісії. Вибір цієї стратегії є очевидним, оскільки багато онкохворих розуміють, що не можуть самостійно здолати складні проблеми, пов'язані із станом здоров'я, дійсно потребують фізичної і психологічної допомоги, опори на якусь людину, якій можуть довіряти і разом долати стреси, вирішувати проблеми. Відповідно цього онкохворі шукають підтримки й допомоги з боку інших людей, найчастіше рідних і близьких. Бувають випадки, що онкохворі соромляться свого захворювання, особливо якщо воно стосується інтимних частин тіла (статевих органів), «не чистих систем організму» (кишківника чи ін.).

Водночас ця копінг-стратегія, хоча й вважається активною поведінковою (на думку Д. Амірхана), однак не завжди є продуктивною. Адже коли у людини немає до кого звернутися за підтримкою, або ж вона звертається не до тих людей (не до експертів чи консультантів, а до друзів, незнайомих людей), то або ж її проблема залишається не вирішеною (що особливо важливо на етапі вчасної діагностики та пошуку ефективного протоколу лікування), або розв'язується інакшим чином, ніж можна це було зробити.

Стратегія «уникання проблем», виявлена у третини осіб в активній фазі лікування та в меншій кількості осіб з ремісією, вказує на два вияви крайнощів – безвідповідальне ставлення до свого здоров'я та уникання заходів з його підтримання або ж свідоме ставлення виникаючих труднощів та намагання ухилитися від необхідності їх вирішення. Часто такі особи займають вичікувальну позицію, сподіваючись, що проблема вирішиться сама (однак онкозахворювання не зникають), або ж хтось інший її вирішить, прийме за них відповідальне рішення. В дуже обмежених випадках ця стратегія копінгу може бути ефективною, однак забирає можливості в

особистості довести свою спроможність подолати стрес, справитися із проблемами, відчути себе головною в своєму житті.

Отже, стратегія «вирішення проблем» більше властива для осіб в ремісії, стратегія «пошуку соціальної підтримки» більш властива для респондентів в активній стадії лікування. Стратегія «уникання проблем» властива для третини осіб в активній фазі лікування і для 15% осіб в ремісії. Тобто перебуваючи в активній стадії лікування, онкохворі мають менш оптимальні стратегії реагування на стрес, чим ті, хто успішно подолав рак, напрацював адекватні способи справлятися із труднощами життя, стійко витримав випробування для здоров'я.

Використовуючи «Особистісний опитувальник Г. Айзенка» (ЕРІ), встановлено такі індивідуально-типологічні властивості онкохворих (рис. 3.3)

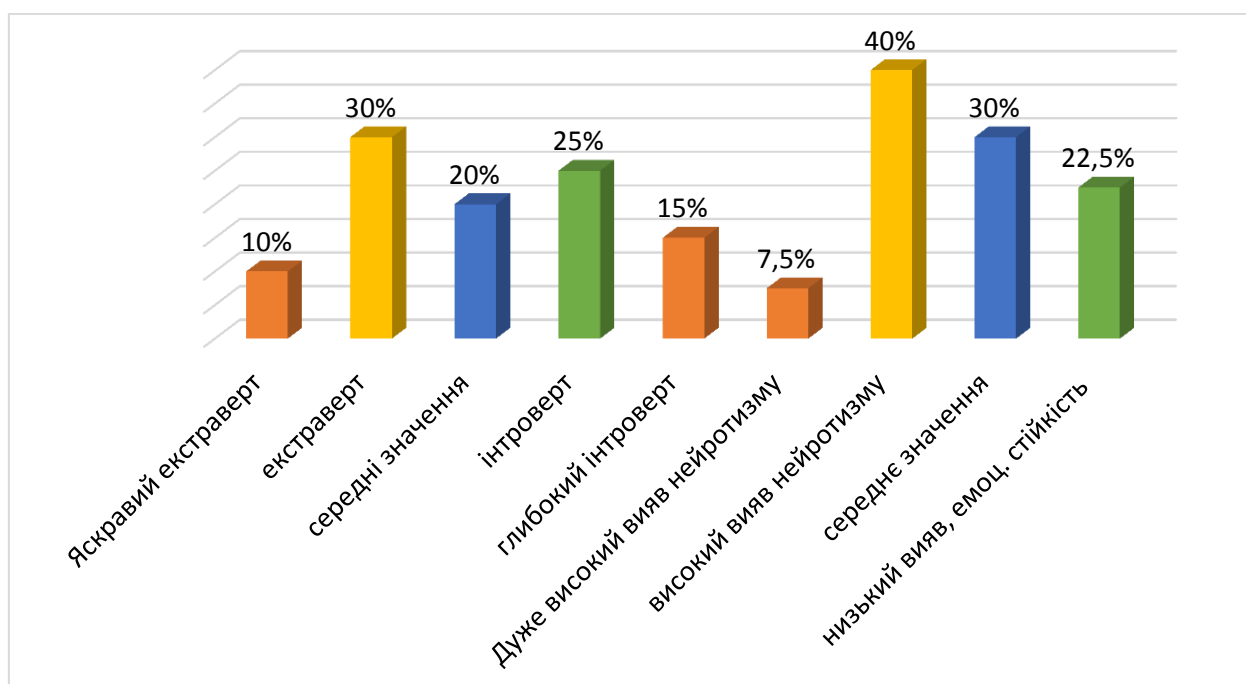


Рис. 3.3. Індивідуально-типологічні властивості онкохворих (за методикою Г. Айзенка)

Дуже високі прояви екстраверсії («яскравий екстраверт») встановлено у 10% осіб, які відрізняються виразними характеристиками активності, енергійності, ініціативності, однак також легко втрачають інтерес до справ, і можуть не довести їх до кінця, стикнувшись із першими труднощами. Ці

респонденти легковажні, схильні до безвідповідальної поведінки, у невдачах звинувачують долю чи інших осіб, намагаються уникати необхідності вирішувати проблеми.

Ще для третини осіб властивий високий вияв екстраверсії, вони володіють активністю, рішучістю, наполегливістю при вирішенні справ. Комунікбельні, легко встановлюють контакти з іншими, намагаються досягати гармонії у стосунках з іншими. Водночас потребують соціального схвалення, хочуть бути «хорошими для всіх інших», що може зумовлювати їх схильність до самопожертви, не бажання відстоювати свої інтереси, негативно відобразитися на їх поведінці і особистісному розвитку.

Для 20% осіб властиві середні показники, епізодичні вияви як екстраверсії, так і інтроверсії, що може керуватися людиною свідомо відповідно до ситуації, в яку вона потрапила, чи яку потрібно подолати. Або ж це відбувається не свідомо, і в одних випадках – вона весела, активна, жвава, а інших – замкнута в собі, зібрана на вирішенні відповідальних завдань. Або ж це стосується кола спілкування та довіри – якщо людина з інтровертованими рисами спілкується із знайомими, друзями, яким довіряє, вона може бути активною, веселою, підтримувати дружні стосунки. А з незнайомцями, чи неприємними для неї людьми – поводитися замкнуто, уникати контакту очима, ігнорувати запитання та ін.

Для 25% осіб характерні показники інтроверсії, позитивного її вияву, що свідчить про здатність опитуваних свідомо контролювати свої емоції і поведінку, докладати зусиль з вирішення проблем, раціонально аналізувати вхідну інформацію і на її основі приймати зважені відповідальні рішення.

І ще 15% мають показники «глибокого інтроверта», вони занурені у внутрішній світ, намагаються уникати спілкування з великою кількістю людей, не люблять бути в центрі уваги. Заглиблюються у переживання, відрізняються тривожністю, розчаруванням в світі, в людях, в собі. Вони надають перевагу індивідуальній роботі, часто мають труднощі із встановленням контактів та підтриманням гармонійного спілкування з

іншими, що перешкоджає досягненню високих результатів у спільній діяльності.

Отже, більшості онкохворих властиві прояви екстраверсії, що відрізняється легковажністю, ігноруванням проблем, недостатньою сумлінністю при виконання завдань, інтроверсії, що оптимально характеризує їх як свідомих, зібраних, здатних до самоконтролю, регуляції емоцій і поведінки, успішного вирішення проблем. Ще у 20% виявлено середні показники між оптимальними проявами екстраверсії-інтроверсії. Однак для 10% осіб властива «яскрава екстраверсія», а для 15% «глибока інтроверсія», що є крайніми проявами цієї шкали і негативними характеристиками, що не допомагають вирішувати проблеми, здійснювати продуктивне подолання стресів та забезпечувати комфортні умови для життєдіяльності.

За проявами типологічних властивостей нейротизму-емоційної стійкості встановлено, що більшість онкохворих мають негативний вияв високого нейротизму, а ще незначна частина – дуже високого. Вони емоційно не стійкі, вимогливі, відрізняються невротичними переживаннями, напружені, тривожні, переживають через власне захворювання, побоюються несприятливого перебігу лікування та наслідків оперативного втручання. Ці респонденти дуже вразливі, будь-яку несподівану подію сприймають як загрозу, здригаються від незвичних звуків, бояться шуму, яскравого світла, напередодні важливих подій впадають в паніку. У третини осіб виявлено середні значення, що вказує на епізодичні вияви нейротизму та емоційної стійкості. Очевидно, це залежить від особистої значущості та важливості ситуацій, в які вони потрапляють, складності проблем, які мають бути вирішені.

Лише в 22,5% онкохворих виявлено низький нейротизм, тобто емоційну стійкість. Ці опитувані переважно спокійні, володіють самоконтролем і витримкою. У складних ситуаціях схильні до пошуку ефективних стратегій подолання стресів, вирішення проблем. Вміють

помічати та аналізувати свої емоції та враховувати емоційні стани співрозмовників, з якими спілкуються, а тому переважно досягають успіхів у співпраці з ними.

Нижче наведено індивідуально-типологічні властивості онкохворих на різних етапах лікування з методикою Г. Айзенка (табл. 3.3.).

Таблиця 3.3.

Індивідуально-типологічні властивості онкохворих (за методикою Г. Айзенка)

Показники	В активній фазі лікування (20 осіб)		У ремісії (20 осіб)	
	n	%	n	%
Шкала «Екстраверсія – інтроверсія»				
яскравий екстраверт	1	5%	3	15%
екстраверт	4	20%	8	40%
середнє значення,	5	25%	3	15%
інтроверт,	6	30%	4	20%
глибокий інтроверт.	4	20%	2	10%
Шкала «Нейротизм – емоційна стійкість»				
дуже високий вияв нейротизму	3	15%	-	-
високий вияв нейротизму	8	40%	8	40%
середнє значення	7	35%	5	25%
низький вияв; емоц. стійкість	2	10%	7	35%

За шкалою екстраверсії дуже високі прояви, що відповідають характеристиці «яскравий екстраверт», спостерігаються у незначній кількості осіб, які перебувають в активній фазі лікування. Серед пацієнтів у стані ремісії таких проявів значно більше. Високий рівень екстраверсії виявляється у помітної частини осіб, що проходять активну стадію лікування, проте серед тих, хто знаходиться в ремісії, цей показник зустрічається майже вдвічі частіше. Це свідчить про те, що екстраверсія частіше характерна для пацієнтів у стані ремісії, ймовірно, через те, що вони вже завершили лікування, яке пройшло успішно. Завдяки цьому вони можуть дозволити собі жити більш розслаблено, відкриваючи себе для нових соціальних контактів та активностей.

Середні показники спостерігаються у чверті осіб, які перебувають в активній фазі лікування, і у меншій частини пацієнтів у стані ремісії. Оптимальні прояви інтроверсії характерні для приблизно третини пацієнтів, які проходять активну фазу лікування, та для меншій частини тих, хто знаходиться в ремісії. Негативні прояви глибокої інтроверсії частіше зустрічаються серед пацієнтів в активній фазі лікування, проте їхня кількість є незначною.

Отже, екстраверсія (висока і дуже висока) частіше властива для респондентів у ремісії, середні показники – для осіб в активній фазі лікування, інтроверсія і глибока інтроверсія – також для опитуваних активній фазі лікування.

За проявами нейротизму – дуже високі показники мають 15% осіб в активній фазі лікування, і не встановлені в опитуваних у ремісії. Високі характеристики нейротизму (негативні показники) мають однакова кількість осіб в активній фазі лікування та опитаних в ремісії. Ці респонденти нетерплячі, напружені, емоційно чутливі до будь-яких несподіваних ситуацій, на які гостро реагують. Вони не вміють контролювати свої емоції та висловлювання, схильні до конфліктів з оточуючими, вимогливі щодо них, дозволяють собі критикувати дії інших осіб.

Середні значення нейротизму-емоційної стійкості виявляють четверта частина всіх опитаних, а оптимальні прояви емоційної стійкості властиві лише для 10% респондентів в активній стадії лікування та третини осіб в ремісії. Тобто при перевазі негативних показників високого нейротизму в 40% осіб в обох підгрупах встановлено також вияви дуже високого нейротизму в 15% осіб в активній фазі лікування та менші прояви емоційної стійкості серед опитаних цієї підгрупи (на 25%).

Загалом бачимо, що опитуваним в активній фазі лікування більш властиві прояви інтроверсії, що характеризує їх як зібраних, свідомих щодо свого здоров'я та лікування, але також і заглиблених й свої переживання. І водночас цим респондентам менш властиві вияви емоційної стійкості (на

25%), що могла б підтримати їх на шляху боротьби з раком. Відповідно до цих даних вважаємо доцільним залучити онкохворих до психологічної групової роботи зі сприяння їх емоційній стійкості, зміцненню життєстійкості, напрацюванню конструктивних способів подолання проблем і стресів.

Використовуючи «Тест самооцінки життєстійкості» (Форверга), ми аналізували такі характеристики контактності як вияву рис життєстійкості в міжособистісному спілкуванні онкохворих (рис. 3.4.).

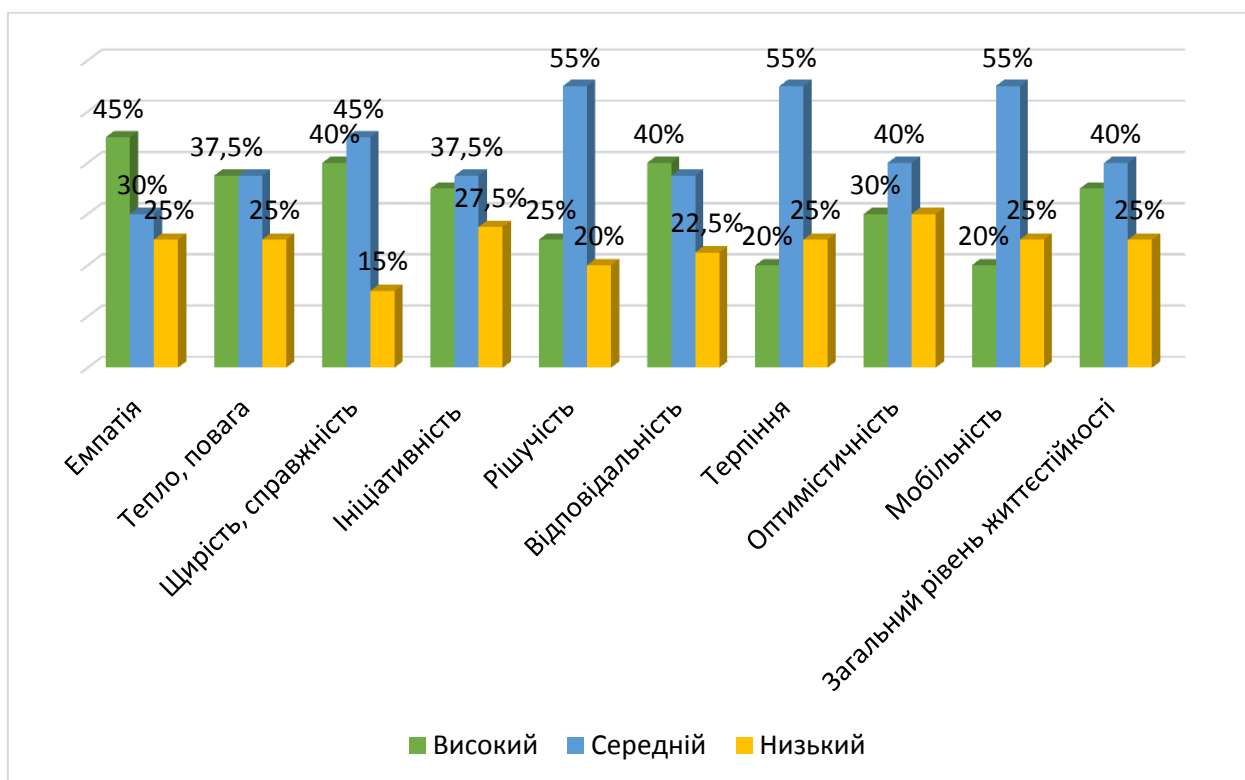


Рис. 3.4. Характеристики і рівні життєстійкості онкохворих (за тестом Форверга)

За шкалою емпатії високі прояви встановлено у більшості осіб, які здатні емоційно підтримати інших, поспівчувати їм, відчувати їх страждання, біль, поставити себе на їх місце. У третини виявлено середні прояви, ще 25% мають низький показник емпатії, вони не чутливі до емоцій інших людей, не вміють їм співчувати і підтримувати. Навпаки – орієнтовані на себе, і заглиблені лише у свої переживання, іноді виявляють егоїстичні тенденції у поведінці, намагаючись реалізувати лише свої інтереси і досягати вирішення

своїх завдань і цілей за рахунок докладання спільних зусиль з іншими людьми.

Високі прояви тепла і поваги виявляють третина онкохворих, які здатні поважати інших, демонструють ціннісне ставлення до оточуючих, вміють враховувати їхні інтереси і потреби, емоційні стани в розмові з ними. Ще у третини виявлено середні прояви, однак 25% осіб мають низькі показники, їм властиві агресія, жорстокість, ворожість щодо інших, вони не довіряють оточуючим, і часто не поважають їх, вважаючи недалекими, не розумними.

Щирість і справжність у спілкуванні виявляють більшість онкохворих, які схильні до довірливого спілкування, щирі у взаємодії з іншими, здатні виявляти повагу та підтримку співрозмовникам. Вони чесні, відкриті, інколи наївні у спілкуванні, не мають прихованих мотивів до маніпулювання іншими. Ще у виразній частині респондентів виявлено середні прояви, а 15% осіб встановлено низьку щирість, вони не схильні до довірливого спілкування, часто намагаються показати себе кращими, ніж є насправді, прагнуть до досягнення своїх корисливих цілей, маніпулюють іншими. Також вони не здатні безкорисливо допомагати, спеціально обманюють, щоб досягти своїх цілей.

Ініціативність властива лише для третини респондентів на високому рівні, вони активні, спрямовані у вирішенні проблем, проте не завжди шукають найкращі шляхи вирішення проблем, а прагнуть діяти, навіть не маючи достатньої інформації для початку діяльності. Відповідно до своєї ініціативності – починають діяти, які тільки ідея прийшла, не обговорюючи її з іншими чи не зважуючи її позитивних і негативних сторін. Ще в третини виявлено середні показники, що є найбільш оптимальними, оскільки допомагають висувати ідеї, їх обдумувати та активно впроваджувати. У решти опитаних виявлено протилежний вияв – безініціативність, пасивність, не вміння висувати гіпотези чи ймовірні шляхів подолання стресових ситуацій. Вони відрізняється апатією, байдужістю до необхідності вирішувати проблеми.

За шкалою рішучості 25% осіб мають високі прояви, вони наполегливі, здатні докласти відповідних зусиль, і досягти успіхів у подоланні проблем. У більшості виявлено середні прояви, а в 20% – встановлено нерішучість, тривожність. Низькі прояви рішучості негативно відображаються на загальній активності людини та її успішності у вирішенні проблем. Часто ці респонденти не впевнені у собі, своїх силах, не вірять у можливості і здібності, і не докладають зусиль для подолання поточних проблем. Ці респонденти не відстоюють інтереси, соромляться публічно висловлюватися, озвучувати свої проблеми, побоюючись осуду чи насмішок інших людей.

Більшість онкохворих осіб мають високу відповідальність, ще у третини встановлено середні її вияви. Ці респонденти здатні усвідомлювати свою відповідальність при вирішенні поточних справ, здатні поводити себе справедливо, чесно, свідомо. Вони здатні передбачити наслідки своєї поведінки, усвідомлюють відповідальність за виконання різних завдань. Для 22,5% осіб не властива відповідальність, вони не здатні до свідомої поведінки, уникають необхідності долати стреси і проблеми. При потраплянні у складні ситуації, при стресах, невдачах намагаються знайти когось, хто б допоміг, взяв на себе відповідальність за їх подолання. Безвідповідальні люди намагаються докладати зусиль не для вирішення проблеми, а щоб уникнути покарання, запобігти негативним наслідкам, і то така поведінка виявляється у них не часто. Багато хто із цих осіб схильні зважати на долю, а про себе говорять – «така вже я вродилася», «це доля так розпорядилася» та ін.

Терпіння на високому рівні мають лише 20% онкохворих, майже у половини виявлено середні показники. Ці респонденти чуйні і терплячі до себе та до інших, здатні толерантно ставитися до виявів незручної для них поведінки. Можуть зачекати, скільки потрібно, терпляче налаштовані на те, що деякі прояви займають більше часу, чим планувалося спочатку. Особливо це стосується їх лікування, протягом його вони намагаються не втрачати віри у свої сили. І в решти 25% осіб встановлено низьку терпіння, вони не здатні

терпляче ставитися до інших у спілкуванні, не можуть спокійно очікувати своєї черги чи якихось подій, не тактовні у спілкуванні, часто перебивають співрозмовників. Через свою нетерплячість можуть навмисно перебивати співрозмовника, коли чують думку, яка не співпадає з їхньою, щоб заперечити, обговорити відмінності у поглядах. Ця поведінка дуже дратує інших людей, оскільки нетерплячий респондент демонструє неповагу до інтересів та думок інших, не вміє стримано поводитися у взаємодії з оточуючими.

Оптимістичність у поглядах на життя та свої перспективи у лікуванні мають третина онкохворих, ще у виразній частині виявлено середні прояви. Ці опитувані схильні позитивно ставитися до себе і до життя, намагаються прогнозувати майбутнє, не зациклюватися на стані здоров'я та негативних загрозах. Докладають зусиль для вирішення проблем у поточному моменті життя, покладаються на свої знання, ресурси, здібності і сили. Вірять у можливість досягнення успіху, продовження життя без захворювань. У третини онкохворих встановлено низькі прояви оптимістичності, тобто домінуючий песимізм. Вони негативно ставляться до себе і до свого життя в поточному моменті, відчувають емоційний дискомфорт, сум і важкі відчуття при необхідності вирішувати багато проблем, пов'язаних із лікуванням. Відчувають гострий стрес, фрустрацію, роздратування від того, що в їх житті і так все важко, а в суспільстві виникають все нові ускладнюючі обставини, труднощі, проблеми, яких би не виникло у мирний час. Ці опитувані переживають негативні емоції з різних причин, не лише щодо стану здоров'я, а через накопичений стрес, довгий період лікування та відновлення, що негативно вплинув на їх здатність радіти, помічати можливості для приємних емоцій. Також вони часто не впевнені в собі, у своєму майбутньому песимістично ставляться до прогнозів лікування та наступного життя, бояться можливого розвитку подій, не очікують нічого гарного від спілкування з медичним персоналом, з іншими особами.

За шкалою мобільності високі прояви мають 20% осіб, ще у 5% онкохворих виявлено середні показники. Ці респонденти здатні швидко зібратися, сконцентруватися та адаптивно відреагувати на проблеми, подолати несподівані труднощі. 25% осіб мають низьку мобільність, не вміють зібратися і швидко виконати необхідні завдання, досягати поставлених цілей. Їм важко змінювати свої цілі і плани відповідно до виникаючих обставин, вони не погоджуються переїхати в інше місце, кинути роботу, щоб приділити увагу і час своєму здоров'ю тощо.

За загальним рівнем осмисленості та життєстійкості виявлено у третини онкохворих високі прояви. Вони володіють емпатією, повагою до себе і до інших, виявляють активну рішучість, відповідальність, оптимістичність при вирішенні проблем. Ці респонденти відповідальні, терплячі, розуміють, що деякі справи не робляться швидко, і потрібно спокійно дочекатися гарних новин та прогресу в лікуванні. Ще для 40% властиві середні показники, ці респонденти володіють переважно оптимальними характеристиками контактності, проте не завжди впевнені в собі, можуть бути не ініціативні і нерішучі, особливо при стресах, у складних ситуаціях, де неможливо спрогнозувати перебіг подій.

У решти онкохворих виявлено низьку осмисленість життя і недостатність життєстійкості, що виявляється у недостатності емпатії, тепла і поваги до інших людей, не щирості у спілкуванні з ними. Ці респонденти відрізняються переважною безініціативністю, пасивністю і не рішучістю у вирішенні проблем, їх властива часта тривожність і бездіяльність. Вони не вміють швидко і адаптивно реагувати на мінливі обставини. Внаслідок свого захворювання мають негативне ставлення до життя у поточному моменті та не можуть прогнозувати майбутнього, оскільки бояться смерті, виявляють песимістичний світогляд. Відсутність визначеності майбутнього щодо стану здоров'я накладається на стрес війни, коли неможливо поставити короткочасні та довготривалі цілі на рік чи декілька років. І це викликає роздратування, негативізм переживань. Ці респонденти нетерплячі до всього,

що завдає їм хоча б мінімальні страждання чи не зручності, не вміють підтримувати доброзичливу взаємодію з іншими. Не можуть тактовно поставитися до незручностей, завданих зовнішнім виглядом чи поведінкою інших, схильні перебивавати співрозмовників, чим відштовхують від себе. На нашу думку, ці опитувані мають потребу в отриманні психологічної підтримки, спрямованої оптимізацію психоемоційного стану, зниження їх напруженості, тривожності, побоювань щодо майбутнього і свого стану здоров'я, їх доцільно залучити до психологічної групової роботи, що сприяє зміцненню їх психологічного здоров'я, розвитку життєстійкості, напрацюванню навичок гармонійної міжособистісної взаємодії, розвитку комунікативних вмінь для підтримання приемних стосунків з іншими, вдосконаленню особистісних якостей і рис.

Також проаналізовано результати опитування онкохворих на різних етапах лікування щодо виявів їх контактності, вміння виявляти емпатію, повагу до інших, бути ініціативним і щирим, відкритим у спілкуванні, що комплексно входять до складу життєстійкості (табл. 3.4.).

Таблиця 3.4.

Характеристики життєстійкості онкохворих (за тестом Форверга)

Шкали і рівні		В активній фазі лікування (20 осіб)		У ремісії (20 осіб)	
		n	%	n	%
Емпатія	В	10	50%	8	40%
	С	4	20%	8	40%
	Н	6	30%	4	20%
Тепло, повага	В	6	30%	9	45%
	С	9	45%	6	30%
	Н	5	25%	5	25%
Щирість, справжність	В	8	40%	8	40%
	С	8	40%	10	50%
	Н	4	20%	2	10%
Ініціативність	В	6	30%	8	40%
	С	7	35%	8	40%
	Н	7	35%	4	20%
Рішучість	В	4	20%	6	30%
	С	11	55%	11	55%
	Н	5	25%	3	15%
Відповідальність	В	6	30%	10	50%
	С	8	40%	7	35%
	Н	6	30%	3	15%

Терпіння	В	5	25%	3	15%
	С	8	40%	14	70%
	Н	7	35%	3	15%
Оптимістичність	В	4	20%	8	40%
	С	8	40%	8	40%
	Н	8	40%	4	20%
Мобільність	В	2	10%	6	30%
	С	12	60%	10	50%
	Н	6	30%	4	20%
Загальний рівень осмисленості і життєстійкості	В	6	30%	8	40%
	С	8	40%	8	40%
	Н	6	30%	4	20%

Високий рівень емпатії виявлено у половини осіб в активній фазі лікування і 40% осіб в ремісії, низькі прояви емпатії властиві для третини осіб в активній фазі лікування і 20% осіб в ремісії. Тобто опитувані з активною фазою лікування частіше виявляють егоїстичні тенденції у поведінці, чим респонденти з ремісією. Очевидно, це пов'язано із страхом ймовірної смерті, невдалим прогнозом лікування, не вмінням регулювати свої емоції жалості до себе, що нівелюють вияви співчуття та емпатії до інших. Ці особи вважають, що лише вони мають найбільше горе та відчують складні проблеми, а тому не виявляють підтримки та співчуття до інших, адже до них у свій час також було виявлено мало співчуття та емпатії.

За шкалою тепла і поваги – високі показники властиві для третини осіб з активній фазі лікування і 45% осіб в ремісії. А низькі – для 25% осіб в обох підгрупах. Загалом опитувані з ремісією виразніше виявляють тепло і повагу до інших, оскільки отримавши досвід успішного подолання онкозахворювання, вони більш чутливо ставляться до інших осіб, можуть поділитися своїми переживаннями, підбадьорити оточуючих своїм прикладом.

Щирість, справжність високо виявляють більшість осіб в кожній підгрупі, а низькі показники за цією шкалою мають 20% осіб в активній фазі лікування і 10% осіб в ремісії. Загалом онкохворим характерні оптимальні високі і середні показники, проте третині осіб в активній фазі лікування властива замкненість в собі, не щирість, що може бути пов'язана із бажанням

приховувати певні факти, поводитися нещиро у спілкуванні з іншими, маніпулювати ними, щоб досягати своїх цілей.

Ініціативність на високому рівні виявлена у третини в активній фазі лікування і 40% осіб в ремісії. Ці опитувані самі легко встановлюють контакти з іншими, висувають ідеї та докладають зусиль, щоб залучити оточуючих до спільної діяльності. Низьку ініціативність демонструють третина осіб в активній фазі лікування і 20% осіб в ремісії.

Високі прояви рішучості встановлено у 20% осіб в активній фазі лікування і третина осіб в ремісії. Вони готові докладати зусиль, щоб вирішити проблему, налагодити взаємодії з потрібними їм людьми. У 25% осіб в активній фазі лікування і 15% осіб в ремісії встановлено низькі показники, вони навпаки часто відчують неспівісність, напруженість, страх, тривогу. Вони побоюються майбутнього та свого діагнозу, прогнозу лікування, не можуть наважитися активно діяти, щоб не спровокувати погіршення фізичного стану. Тривожаться через ймовірні невдачі у справах, однак рідко починають їх вирішувати, а тому не можуть знати, чи досягли б успіху чи отримали цінний досвід.

Відповідальність на високому рівні виявляється у третини осіб в активній фазі лікування і половини осіб в ремісії, а низький її рівень – властивий для третини осіб в активній фазі лікування і 15% осіб в ремісії. Тобто більшості осіб в ремісії властива висока відповідальність, а третина онкохворих в активній фазі лікування мають низьку відповідальність, намагаються уникати необхідності вирішувати проблеми, перекладають відповідальність за це на інших осіб.

Терпіння на високому рівні властиве для 25% осіб в активній фазі лікування і 15% осіб в ремісії, а нетерплячість – більш властива для осіб в активній фазі лікування, чим для осіб в ремісії. Поєднуючись з емоційною нестійкістю, не терпіння онкохворих вказує на відсутність у них комунікативної тактовності, толерантного ставлення до інших. З такими людьми не хочеться мати справу, у спілкуванні з ними часто виникають

непорозуміння і конфлікти, що викликає намагання дистанціюватися від них, уникати контактів чи швидко їх закінчувати.

Оптимістичність виявлена у 20% осіб в активній фазі лікування і 40% осіб в ремісії, які позитивно сприймають поточний стан своїх справ, налаштовані на оптимістичне майбутнє. Ще у 405 осіб обох підгруп виявлено середні показники оптимістичності, вони здатні докладати певних зусиль для позитивного вирішення проблем, а у випадку невдач – не фокусуються на них надовго, а планують інші можливості для розвитку подій. Низький прояв оптимізму властивий для 40% осіб в активній фазі лікування і 20% осіб в ремісії. Вони песимістично ставляться до стан свого здоров'я, до осмисленості життя та можливого майбутнього, не вірять у сприятливий прогноз спілкування, не очікують гарного перебігу подій.

Висока мобільність частіше властива для осіб в ремісії, чим для осіб в активній фазі лікування, які виснажені складним лікуванням і тривалим періодом відновлення. А низька мобільність властива для третини осіб в активній фазі лікування і 20% осіб в ремісії.

За загальним рівнем осмисленості та життєстійкості високі прояви спостерігаються у значної частини осіб, які перебувають в активній стадії лікування, та у ще більшої частини пацієнтів у ремісії. Середні показники життєстійкості характерні для приблизно однакової кількості осіб на різних стадіях лікування. Низький рівень осмисленості та життєстійкості частіше виявляється у пацієнтів в активній фазі лікування, однак зустрічається також і серед меншої частини осіб у стані ремісії. З цими респондентами варто організувати психологічну роботу для сприяння розвитку їх життєстійкості, зміцненню психологічного здоров'я, розвитку особистісних якостей та комунікативних навичок, необхідних для встановлення і підтримання приємних міжособистісних взаємин.

Застосовуючи **«Опитувальник посттравматичного зростання»** (адаптований Д. Зубовським), виявили такі дані щодо здатності онкохворих до посттравматичного зростання при потраплянні їх у кризові умови

(рис. 3.5.). До позитивних стосунків з оточуючими як виду ресурсів для посттравматичного зростання схильні третина осіб на високому рівні, і ще третина – на середньому.

До помічання нових можливостей та їх використання здатні лише третина онкохворих, ще третина осіб мають середню здатність до використання нових можливостей у житті. Решті онкохворих властивий низький рівень, вони не вміють помічати нові можливості, не сприймають власну хворобу (кризову ситуацію, травму) як можливість для розвитку.

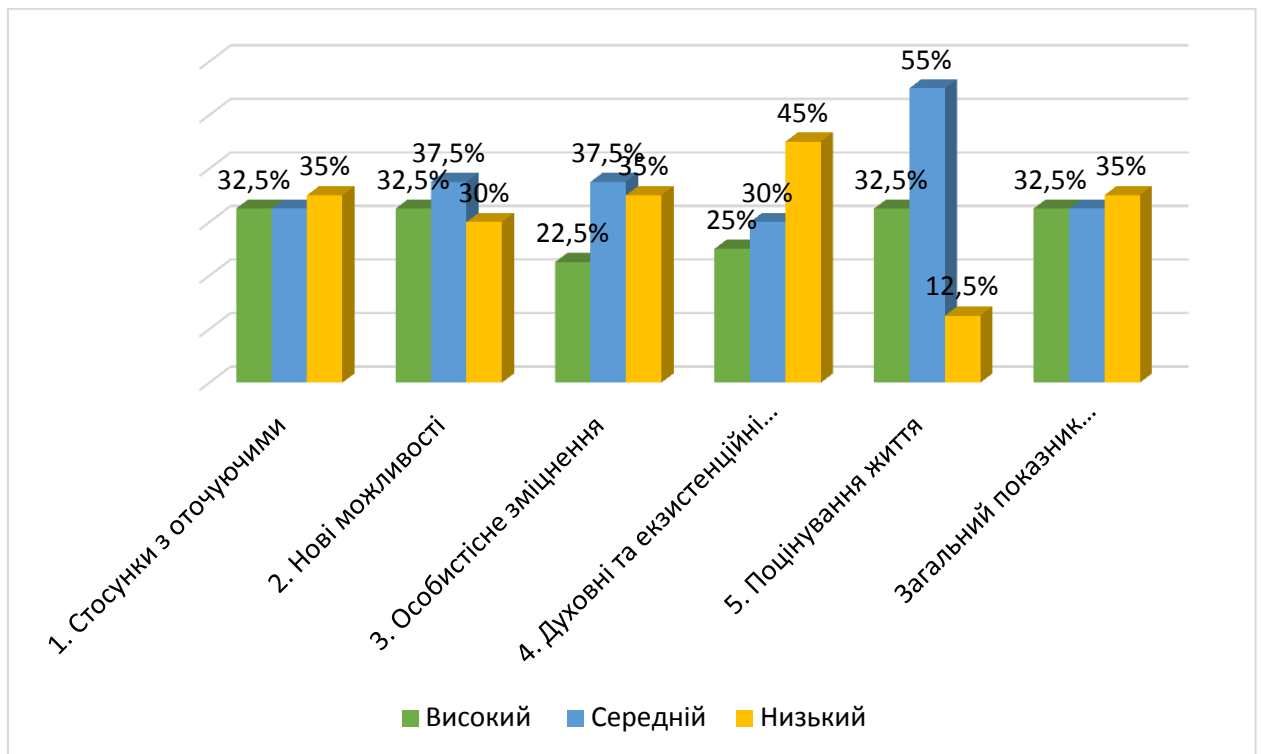


Рис. 3.5. Характеристики і рівні посттравматичного зростання у онкохворих (за методикою Р. Тадеші, Л. Галхорна)

До особистісного зміцнення після пережитої травми здатні 22,5% осіб, і в ще третина з них мають середній прояв за цією шкалою, низький – виявлено у решти.

До духовних та екзистенційних змін після пережитої травми здатні лише чверть осіб, ще у третини спостерігалися середні показники за цією шкалою. На низькому рівні схильність до вказаних змін встановлено у 45% осіб.

До поцінування життя, розуміння його сенсу та зберігання продуктивної життєдіяльності схильні третина онкохворих, ще для 55% осіб властивий середній рівень за цією шкалою. І в 12,5% онкохворих виявлено низький рівень, вони не надто цінують життя, не розуміють його сенсу, особливо після встановлення діагнозу онкозахворювання.

За загальним показником здатності до посттравматичного зростання – лише третина онкохворих здатні використати свій травматичний досвід для подальшого зростання, ще у третини виявлено середній рівень здатності до переосмислення життя, готовності помічати нові можливості та підтримувати позитивні стосунки з іншими людьми.

Решта осіб мають низьку здатність до посттравматичного зростання, вони не готові підтримувати оптимальні стосунки, не вміють помічати нові можливості. Не можуть докласти зусиль для особистісного зростання при потраплянні у стресові, травматичні умови життя. Не відчувають духовних та екзистенційних змін, не схильні переосмислити власне життя і не розуміють, як жити далі, які перспективи їх чекають у майбутньому.

Нижче наведено результати опитування онкохворих на різних етапах лікування щодо їх здатності до посттравматичного зростання при потраплянні у кризові умови (табл. 3.5.).

Таблиця 3.5.

**Характеристики і рівні посттравматичного зростання у онкохворих
(за методикою Р. Тадеші, Л. Галхорна)**

Шкали / рівні		В активній фазі лікування (20 осіб)		У ремісії (20 осіб)	
		n	%	n	%
1. Стосунки з оточуючими	В	6	30%	7	35%
	С	6	30%	7	35%
	Н	8	40%	6	30%
2. Нові можливості	В	5	25%	8	40%
	С	8		7	
	Н	7	35%	5	25%
3. Особистісне зміцнення	В	3	15%	8	40%
	С	9		6	
	Н	8	40%	6	30%
4. Духовні та екзистенційні зміни	В	3	15%	7	35%

	С	7		5	
	Н	10	50%	8	40%
5. Поцінування життя	В	5	25%	8	40%
	С	10	50%	12	60%
	Н	5	25%	-	
Загальний показник посттравматичного зростання	В	5	25%	8	40%
	С	7	35%	6	30%
	Н	8	40%	6	30%

Позитивні стосунки з оточуючими як ресурс посттравматичного зростання виявляються важливими для третини осіб в активній фазі лікування і в ремісії, а низькі їх прояви – частіше властиві для осіб в активній фазі лікування.

Здатність побачити нові можливості після пережитих психотравматичних подій, оперативного лікування онкозахворювання мають лише 25% осіб в активній фазі лікування і 40% осіб в ремісії низькі показники за цією шкалою мають третина осіб в активній фазі лікування і менше осіб в ремісії.

До особистісного зміцнення після пережитих травм схильна лише незначна частина пацієнтів, які перебувають в активній фазі лікування, тоді як у стані ремісії це спостерігається значно частіше. Водночас багато осіб в активній фазі лікування та помітна кількість пацієнтів у стані ремісії досі не відчують достатньо сил і натхнення для особистісного зміцнення та саморозвитку. Одні перебувають в активній стадії лікування і не можуть приділяти увагу нічому іншому, крім здоров'я, інші – переживши складні операції, починають переосмислювати життя і не знаходять в собі внутрішньої енергії для активного саморозвитку.

Духовні та екзистенційні зміни властиві для 15% осіб в активній фазі лікування і чверть осіб в ремісії, які звернулися до бога, молитви як дієвої практики заспокоєння, відновлення віри в людство, у вищі сили, у краще майбутнє. Вони змогли по-іншому поглянути на сутність свого життя та досягати просвітлення в думках та очікуванні майбутнього. Однак більшості онкохворих властиві низька показники за цією шкалою – половина осіб в

активній фазі лікування та 40% осіб в ремісії. Ці респонденти не мають схильності до пошуків духовних та екзистенційних смислів свого життя, надаючи перевагу вирішенню поточних проблем і щоденному побуту, простому сімейному щастю.

У 25% осіб в активній фазі лікування та 40% осіб в ремісії виявлено високі показники поцінування життя. Ці респонденти почали уважніше ставитися до свого здоров'я, до питання кінечності свого життя, задумуватися про улюблені хобі та справи, яким приділяють мало часу. При розподілі сил на роботу, сім'ю, особисті задоволення ці опитувані частіше зважають, що хочеться саме їм. Низькі показники за цією шкалою властиві для 25% осіб в активній фазі лікування, які втрачають віру у можливість продовження продуктивного та успішного життя в процесі лікування та після нього, пристосування до нових умов життя після оперативного втручання та обмеження функціонування організму чи окремих його органів.

За загальним показником здатності до посттравматичного зростання високий рівень мають 25% онкохворих в активній фазі лікування та 40% осіб в ремісії. Ще третина всіх опитаних мають середній рівень. Решта мають низьку здатність до посттравматичного зростання. Загальні результати здатності до посттравматичного зростання онкохворих осіб вказують на перевагу середнього і низького рівнів. Зокрема, високий рівень мають лише третина всіх опитуваних, що більше виявляється в осіб з ремісією.

Для порівняння двох груп опитуваних використано U-критерій Манна-Уїтні. Це дозволило оцінити статистичну значущість відмінностей між групами опитуваних в активній фазі лікування та на стадії ремісії за низкою психологічних показників. Розрахунки зроблені на основі вхідних даних (Додаток Е), повні результати розрахунків приведені в Додатку Ж, а основні результати в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6.

**Порівняння рівня психологічних показників в групах опитуваних
(на основі критерію Мана-Уїтні)**

Психологічні показники	Статистика	Значимість, p	Різниця середніх
Резильєнтність	132.0	0.068	5.40
Вирішення проблем	82.0	0.001	5.00
Пошук соц. підтримки	146.5	0.150	3.00
Уникнення проблем	72.5	<.001	-8.00
Екстраверсія - Інтроверсія	109.0	0.014	8.00
Нейротизм	141.0	0.113	-3.64
Життєстійкість	77.5	<.001	12.00
Посттравматичне зростання	114.5	0.021	15.76

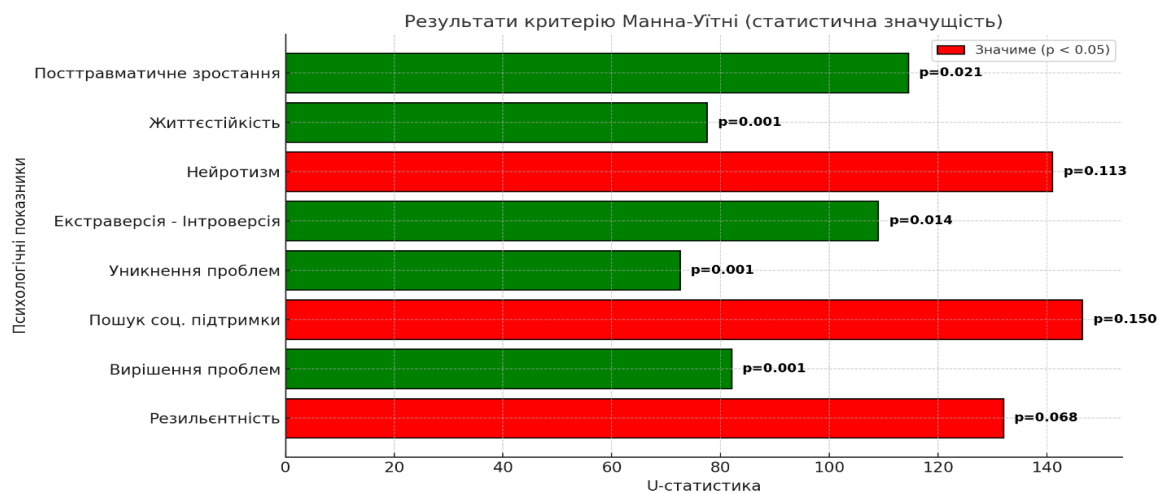


Рис. 3.6. Рівні психологічних показників в групах опитуваних (на основі критерію Мана-Уїтні)

За результатами аналізу (рис. 3.6) можна зробити наступні висновки:

1. Резильєнтність (здатність до відновлення). Середній рівень резильєнтності в групі респондентів на стадії ремісії складає 19.4 бали, а в активній фазі лікування – 14.4 бали. Різниця між групами не є статистично значущою ($U=132.0$, $p=0.068$, $p>0.05$), хоча спостерігається тенденція до вищої резильєнтності у групі ремісії.

2. Вирішення проблем. Середній показник вирішення проблем у групі ремісії становить 26.8 балів, тоді як в активній фазі лікування – 21.2 бали. Різниця між групами є статистично значущою ($U=82.0$, $p=0.001$, $p<0.05$), що свідчить про більш активне використання стратегій вирішення проблем особами в ремісії.

3. Пошук соціальної підтримки. Середній рівень пошуку соціальної підтримки в групі ремісії становить 23.1 бали, а в активній фазі лікування –

20.2 бали. Різниця між групами не є статистично значущою ($U=146.5$, $p=0.150$, $p>0.05$), що вказує на схожий рівень пошуку соціальної підтримки в обох групах.

4. Уникнення проблем. Середній показник уникнення проблем у групі осіб з ремісією складає 16.8 балів, тоді як в осіб в активній фазі лікування – 24.4 бали. Різниця між групами є статистично значущою ($U=72.5$, $p<0.001$, $p<0.05$), що свідчить про те, що особи в активній фазі лікування частіше вдаються до уникнення проблем.

5. Екстраверсія – Інтроверсія. Середній рівень екстраверсії у групі ремісії становить 18.2 бали, а в активній фазі – 11.8 балів. Різниця між групами є статистично значущою ($U=109.0$, $p=0.014$, $p<0.05$), що вказує на більш екстравертовані риси у осіб в ремісії.

6. Нейротизм. Середній рівень нейротизму в групі ремісії становить 10.3 бали, а в активній фазі – 13.8 балів. Різниця між групами не є статистично значущою ($U=141.0$, $p=0.113$, $p>0.05$), що свідчить про подібний рівень нейротизму в обох групах.

7. Життестійкість. Середній показник життестійкості у групі ремісії становить 52.8 балів, тоді як в активній фазі – 41.8 балів. Різниця між групами є статистично значущою ($U=77.5$, $p<0.001$, $p<0.05$), що свідчить про вищий рівень життестійкості у осіб в ремісії.

8. Посттравматичне зростання. Середній рівень посттравматичного зростання в групі ремісії становить 67.4 бали, а в активній фазі – 51.0 балів. Різниця між групами є статистично значущою ($U=114.5$, $p=0.021$, $p<0.05$), що вказує на більший рівень посттравматичного зростання у осіб в ремісії.

Отримані дані свідчать про те, що стадія захворювання та етап лікування суттєво впливає на психологічні особливості реагування онкохворих осіб на складні життєві ситуації. Результати дослідження можуть бути використані для покращення якості психологічної допомоги та підтримки онкохворих пацієнтів.

Проведення однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA) дозволило виявити, які психологічні змінні суттєво відрізняються між групами респондентів, що перебувають на різних стадіях лікування. Зокрема, результати аналізу показали статистично значущі відмінності за такими показниками, як життєстійкість, вирішення проблем, уникнення проблем, екстраверсія-інтроверсія та посттравматичне зростання, що підкреслює вплив стадії захворювання на особливості адаптації до стресу. Представимо всі отримані результати опитуваних онкохворих з різними рівнями резильєнтності (табл. 3.7.).

Таблиця 3.7.

Дисперсійний аналіз (ANOVA) для оцінки статистично значущих відмінностей між двома групами

Психологічні показники	F-статистика	p-значимість	Різниця середніх
Резильєнтність	2.98	0.0922	5.4
Вирішення проблем	11.90	0.0013	5.0
Пошук соц. підтримки	2.51	0.1214	3.0
Уникнення проблем	15.44	0.0003 (<.001)	-8.0
Екстраверсія-інтроверсія	8.26	0.006541	8.0
Нейротизм	3.5	0.068	-3.64
Життєстійкість	5.87	0.021	12.0
Посттравматичне зростання	4.67	0.037	15.76

Результати дисперсійного аналізу (ANOVA) виявили, що за кількома психологічними показниками існують статистично значущі відмінності між групами, що перебувають на стадії ремісії та в активній фазі лікування. Зокрема, особи у ремісії демонструють вищий рівень «вирішення проблем» (різниця середніх: 5.0 бала, $p=0.0014$), екстраверсії (різниця середніх: 8.0 бала, $p=0.0065$), життєстійкості (різниця середніх: 12.0 бала, $p=0.021$) та посттравматичного зростання (різниця середніх: 15.76 бала, $p=0.037$). Водночас, уникнення проблем частіше зустрічається в активній фазі лікування (різниця середніх: -8.0 бала, $p<0.001$). За іншими показниками,

такими як резильєнтність ($p=0.092$), пошук соціальної підтримки ($p=0.121$) та нейротизм ($p=0.068$), статистично значущих відмінностей між групами не виявлено, що свідчить про їхній подібний рівень незалежно від стадії лікування. Ці результати підкреслюють, що стадія захворювання має значний вплив на окремі аспекти психологічного стану онкохворих, особливо у контексті життєстійкості, посттравматичного зростання та адаптивних стратегій.

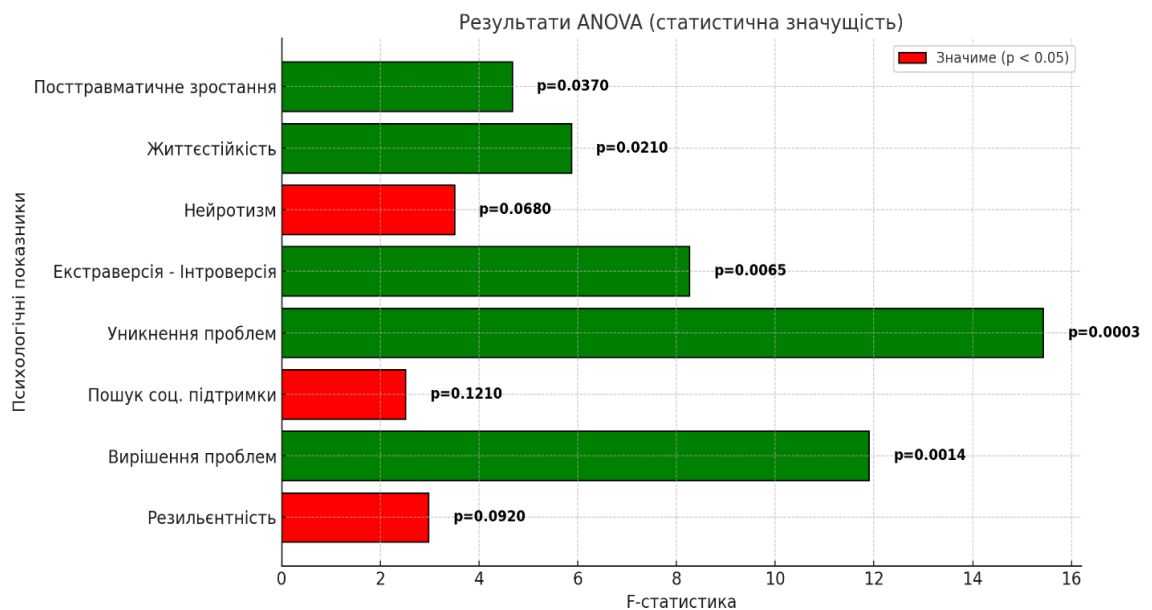


Рис. 3.7. Порівняння рівня психологічних показників в групах опитуваних (на основі дисперсійного аналізу ANOVA)

Результати аналізу ANOVA (рис. 3.7.) здебільшого узгоджуються з результатами, отриманими за допомогою критерію Манна-Уїтні. Обидва методи дають взаємодоповнювальні результати, що підсилює надійність висновків. Ці результати свідчать, що стадія захворювання та лікування мають суттєвий вплив на психологічний стан онкохворих пацієнтів.

Зважаючи на отримані результати, бачимо, що виразна частина опитаних не здатні до посттравматичного зростання, не вміють використовувати свій досвід для подолання криз, дезорієнтовані у ситуаціях переживання кризи, пов'язаної із станом здоров'я, не вміють вирішувати проблеми і долати стреси. Вважаємо доцільним надати їм рекомендації для

підвищення стресостійкості, зміцнення навичок вирішення проблем, подолання стресів.

3.2. Встановлення зв'язку між резильєнтністю і копінг-стратегіями

Перейдемо до встановлення зв'язку між резильєнтністю, копінг-стратегіями онкохворих осіб при реагуванні на стресові ситуації.

Для цього представимо всі отримані результати опитуваних онкохворих з різними рівнями резильєнтності (табл. 3.7.).

Таблиця 3.8.

Психологічні особливості реагування на стресові ситуації в онкохворих з різними рівнями резильєнтності

Показники і рівні	Рівні резильєнтності					
	Високий (10 осіб)		Середній (22 особи)		Низький (8 осіб)	
	n	%	n	%	n	%
Копінг-стратегії						
Вирішення проблем	10	100%	7	31,8%	-	-
Пошук соціальної підтримки			12	54,5%	2	25%
Уникання проблем			3	13,6%	6	75%
Індивідуально-типологічні показники						
Шкала «Екстраверсія – інтроверсія»						
яскравий екстраверт			4	18,2%		
екстраверт	4	40%	8	36,3%		
середнє значення	4	40%	4	18,2%		
інтроверт	2	20%	6	27,3%	2	25%
глибокий інтроверт					6	75%
Шкала «Нейротизм – емоційна стійкість»						
дуже високий вияв нейротизму					3	37,5%
високий вияв нейротизму			11	50%	5	62,5%
середнє значення	2	20%	10	45,5%		
низький вияв; емоц. стійкість	8	80%	1	4,5%		
Загальний рівень осмисленості і життєстійкості						
Високий, оптимальний	8	80%	6	27,3%		
Середній	2	20%	12	54,5%	2	25%
Низький			4	18,2%	6	75%
Загальний показник посттравматичного зростання						

Високий, оптимальний	10	100%	3	13,6%		
Середній			13	59,1%		
Низький			6	27,3%	8	100%

Отже, особам з високою резильєнтністю властивий вибір копінг-стратегії «вирішення проблем»; переважні прояви екстраверсії та середніх значень між екстраверсією та інтроверсією, вияви емоційної стійкості; високий, оптимальний рівень життєстійкості і здатності до посттравматичного зростання. Відповідно до вказаного респондентам, які мають високу резильєнтність, характерні й інші оптимальні психологічні характеристики реагування на стрес та здатності обрати найбільш конструктивну стратегію поведінки, щоб подолати його разом з наслідками.

Особам із середніми проявами резильєнтності властива перевага виборів стратегій «пошук соціальної підтримки» та «вирішення проблем»; проявів екстраверсії та інтроверсії, вияви високого нейротизму та його середніх значень; середній та високий вияви осмисленості та життєстійкості; середній показник посттравматичного зростання, і ще третині властивий низький його прояв.

Респондентам із низькою резильєнтністю властивий вибір копінг-стратегії «уникання проблем», а частині з них також характерна стратегія «пошуку соціальної підтримки». У цих осіб переважають прояви глибокої інтроверсії, що вказує на замикання в собі та уникання контактів з людьми. Лише незначна частка демонструє оптимальні риси інтроверсії, такі як свідомий аналіз стресових подій, самоконтроль емоцій та зважений підхід до вирішення проблем. Цим респондентам властиві високий і дуже високий рівні нейротизму, що проявляється у нетерплячості, невмінні регулювати емоції та поведінку, невротичних рисах і частих проявах генералізованого тривожного розладу. Вони гостро реагують на стреси, уникають контактів і схильні до використання неадаптивних способів уникнення, таких як вживання алкоголю, наркотиків, надмірне захоплення комп'ютерними іграми чи інтернетом. Крім того, маючи низьку резильєнтність, люди не вміють

адекватно справлятися із своїм стресом та переживаннями, потребують допомоги. Зокрема, за даними нашого дослідження встановлено, що цим респондентам також властиві й низькі прояви осмисленості та життєстійкості (75%), не здатності до посттравматичного зростання (100%). Відтак, онкохворі респонденти з низькою резильєнтністю відрізняються не оптимальними особистісними та поведінковими характеристиками, які не сприяють швидкому подоланню стресів та вирішенню проблем, а тому потребують психологічної підтримки і допомоги.

Також проаналізуємо психологічні особливості реагування онкохворих на стресові ситуації залежно від вибору ними копінг-стратегій (табл. 3.8.).

Таблиця 3.9.

Особливості використання копінг-стратегій онкохворими при подоланні стресових ситуацій

Показники і рівні	Копінг-стратегії					
	Вирішення проблем (17 осіб)		Пошук соціальної підтримки (14 осіб)		Уникання проблем (9 осіб)	
	п	%	п	%	п	%
Рівні резильєнтності						
Високий, оптимальний рівень	10	58,8%				
Середній рівень	7	41,2%	12	85,7%	3	33,3%
Низький рівень, не оптимальний			2	14,3%	6	66,7%
Індивідуально-типологічні показники						
Шкала «Екстраверсія – інтроверсія»						
яскравий екстраверт	-		2	14,3%	2	22,2%
екстраверт	5	29,4%	4	28,6%	3	33,3%
середнє значення,	6	35,3%	2	14,3%	-	
інтроверт,	6	35,3%	4	28,6%	-	
глибокий інтроверт.	-		2	14,3%	4	44,4%
Шкала «Нейротизм – емоційна стійкість»						
дуже високий вияв нейротизму	-	-	-	-	3	33,3%
високий вияв нейротизму	2	11,8%	9	64,3%	5	55,6%
середнє значення	6	35,3%	5	35,7%	1	11,1%
низький вияв; емоц. стійкість	9	52,9%	-	-	-	-
Загальний рівень осмисленості і життєстійкості						
Високий, оптимальний	10	58,8%	4	28,6%	-	
Середній	7	41,2%	7	50%	2	22,2%
Низький	-		3	21,4%	7	77,8%

Загальний показник посттравматичного зростання						
Високий, оптимальний	10	58,8%	3	21,4%		
Середній	7	41,2%	6	42,9%		
Низький			5	35,7%	9	100%

Респондентам із копінг-стратегією «вирішення проблем» властиві високий і середній прояви резильєнтності; середні значення екстраверсії-інтроверсії та вияви інтроверсії і ще частина мають характеристики екстраверта; перевагу емоційної стійкості і середні значення нейротизму; високий і середній вияви осмисленості та життєстійкості; такі ж високий, оптимальний та середній вияви здатності до посттравматичного зростання.

Отже, особи, які вибирають копінг-стратегію «вирішення проблем», мають найбільш оптимальні особистісні та поведінкові характеристики, які допомагають їм успішно справлятися із стресами і проблемами (високу резильєнтність, життєстійкість, посттравматичне зростання).

Особам із копінг-стратегією «пошук соціальної підтримки» характерні переважні середні прояви резильєнтності; вияви екстраверсії та інтроверсії. Цим опитуваним властиві прояви високого і середнього нейротизму; середніх і високих показників життєстійкості; середні та низькі здібності до посттравматичного зростання. Тобто ці респонденти мають переважні середні прояви всіх поведінкових та особистісних якостей, що допомагають долати стреси, крім високого нейротизму, що відрізняє їх емоційну сферу та вказує на гостре реагування на стресові події, важкі життєві ситуації. Особи, які прагнуть отримати соціальну підтримку, часто надмірно емоційно реагують на стресові чинники, використовуючи спілкування як засіб для самозаспокоєння та розради. У таких випадках взаємодія носить односторонній характер: респонденти зосереджуються на власних проблемах, виявляють егоїстичні тенденції, перекладають відповідальність за вирішення своїх труднощів на інших, іноді маніпулюючи співрозмовниками.

Опитаним з вибором копінг-стратегії «уникання проблем» властиві низькі, не оптимальні прояви резильєнтності, виразні прояви глибокої

інтроверсії, але також і виразної екстраверсії і навіть рис яскравого екстраверта. Тобто до уникання проблем схильні як екстраверти, так і інтроверти, однак для більшості осіб з вибором копію «уникання проблем», властиві високі і дуже високі вияви нейротизму, що нашу думку, обумовлюється категорією онкохворих респондентів, які не вміють регулювати свої емоції, відчуваючи вразливість перед стресами. Також цим респондентам з виборами стратегії «уникання» характерні низькі прояви осмисленості та життєстійкості і здатності до посттравматичного зростання. Відтак, опитуваним з вибором цієї стратегії властиві не оптимальні особистісні та поведінкові риси, які ускладнюють адекватне реагування на стреси, викликають труднощі у вирішенні поточних проблем, плануванні майбутніх справ та реалізації себе у майбутньому.

За допомогою критерію кореляції Пірсона оцінено тісноту зв'язку між психологічними показниками (Додаток 3, табл. 3.9).

Таблиця 3.10.

Кореляційний аналіз

	Резильєнтність	Вирішення проблем	Пошук соц. підтримки	Уникнення проблем
Екстраверсія - Інтроверсія	0.752***	0.679***	0.129	-0.679***
Нейротизм	-0.744***	-0.596***	-0.064	0.570***
Життєстійкість	0.854***	0.692***	0.307	-0.809***
Посттравматичне зростання	0.907***	0.667***	0.297	-0.722***

Позначкою «***» в таблиці відмічені значимі кореляції.

В результаті кореляційного аналізу для виявлення взаємозв'язків між різними психологічними характеристиками онкохворих осіб отримано наступні результати:

1. Зв'язок між резильєнтністю та іншими змінними:

- існує сильна позитивна кореляція між резильєнтністю та здатністю вирішувати проблеми ($r=0.709$, $p<0.001$). Це означає, що особи з вищим рівнем резильєнтності більш схильні до активного вирішення проблем;

- спостерігається сильна негативна кореляція між резильєнтністю та уникненням проблем ($r=-0.703$, $p<0.001$), що свідчить про те, що більш резильєнтні особи менш схильні уникати проблемних ситуацій;

- сильна позитивна кореляція з екстраверсією ($r=0.752$, $p<0.001$) вказує на те, що екстраверти мають вищий рівень резильєнтності.

- сильна негативна кореляція з нейротизмом ($r=-0.744$, $p<0.001$) свідчить про те, що особи з високою резильєнтністю мають нижчий рівень нейротизму.

- дуже сильна позитивна кореляція з життєстійкістю ($r=0.854$, $p<0.001$) вказує на тісний зв'язок між цими двома характеристиками.

- дуже сильна позитивна кореляція з посттравматичним зростанням ($r=0.907$, $p<0.001$) свідчить про те, що резильєнтність тісно пов'язана з позитивними змінами після травматичного досвіду.

2. Зв'язок між стратегією «вирішення проблем» та іншими змінними:

- помірна негативна кореляція ($r=-0.554$, $p<0.001$) вказує на те, що особи, які активно вирішують проблеми, менш схильні уникати їх.

- сильна позитивна кореляція ($r=0.679$, $p<0.001$) свідчить про те, що екстраверти більш схильні до активного вирішення проблем.

- сильна негативна кореляція ($r=-0.596$, $p<0.001$) означає, що особи з високим нейротизмом менш схильні до вирішення проблем.

- сильна позитивна кореляція ($r=0.692$, $p<0.001$) вказує на зв'язок між здатністю вирішувати проблеми та життєстійкістю.

- сильна позитивна кореляція ($r=0.667$, $p<0.001$) свідчить про те, що активне вирішення проблем пов'язане з посттравматичним зростанням.

3. Зв'язок між стратегією «уникнення проблем» та іншими змінними:

- сильна негативна кореляція ($r=-0.679$, $p<0.001$) означає, що екстраверти менш схильні уникати проблем.

- помірна позитивна кореляція ($r=0.570$, $p<0.001$) свідчить про те, що особи з високим нейротизмом частіше вдаються до уникнення проблем.

- сильна негативна кореляція ($r=-0.809$, $p<0.001$) вказує на те, що особи з високою життєстійкістю рідше уникають проблемних ситуацій.

- сильна негативна кореляція ($r=-0.722$, $p<0.001$) свідчить про те, що уникнення проблем пов'язане з нижчим рівнем посттравматичного зростання.

4. Зв'язок між стратегією «пошук соціальної» підтримки та іншими змінними. Значущих кореляцій з іншими змінними не виявлено (всі $p>0.05$), що вказує на те, що в даному дослідженні пошук соціальної підтримки не має суттєвого зв'язку з іншими психологічними характеристиками.

Теплова карта (рис. 3.8) візуально підтверджує результати кореляційного аналізу, допомагаючи зрозуміти, як різні психологічні характеристики взаємопов'язані у контексті адаптації до стресу. Теплова карта ілюструє кореляційні зв'язки між основними психологічними змінними, які брали участь у дослідженні: резильєнтність, «вирішення проблем», «пошук соц. підтримки», «уникнення проблем», екстраверсія - інтроверсія, нейротизм, життєстійкість та посттравматичне зростання.

Колірна шкала: синій колір вказує на позитивну кореляцію (чим темніше, тим сильніший зв'язок); червоний колір вказує на негативну кореляцію (чим темніше, тим сильніший зворотний зв'язок); нейтральні відтінки означають слабкий або відсутній зв'язок.

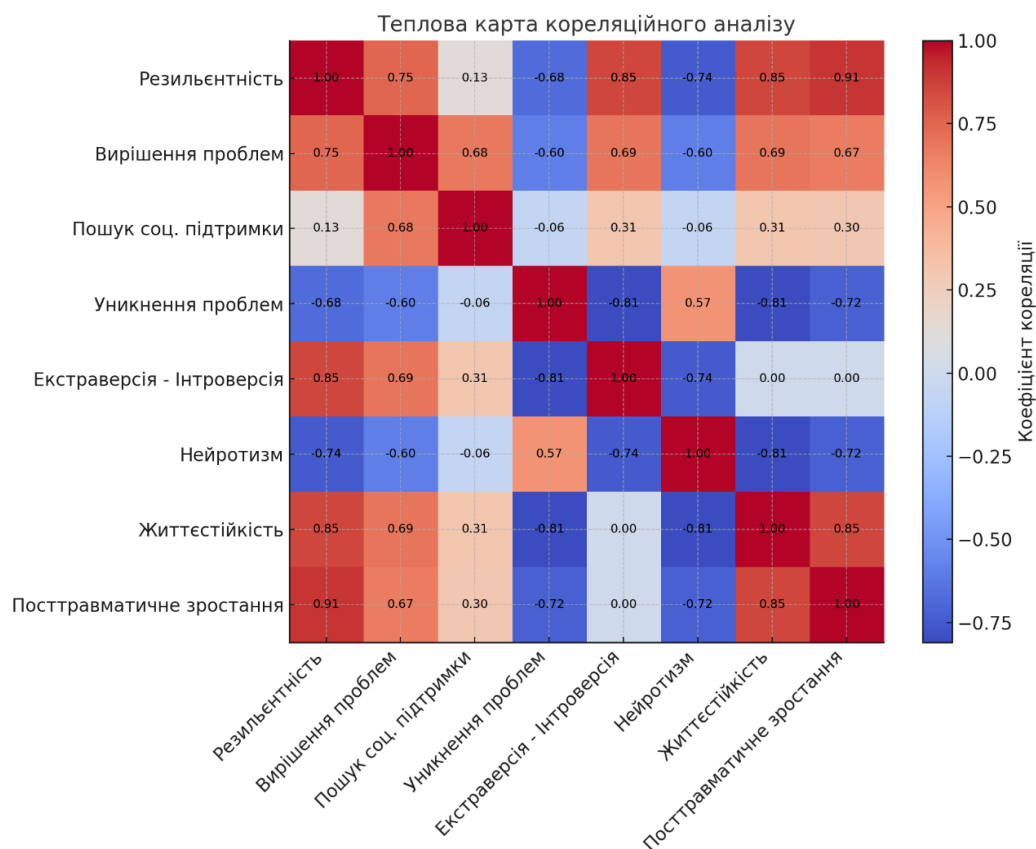


Рис. 3.8. Теплова карта кореляційного аналізу

Отже, резильєнтність, життєстійкість та посттравматичне зростання мають дуже сильні позитивні кореляції між собою. Це свідчить про те, що підвищення одного з цих показників може сприяти зростанню інших, що є важливим для психологічної реабілітації онкохворих осіб. Активні стратегії подолання («вирішення проблем») пов'язані з кращими психологічними показниками, тоді як пасивні стратегії («уникнення проблем») асоціюються з негативними наслідками для психологічного благополуччя.

3.3. Психологічні рекомендації для оптимізації реагування на стресові ситуації, вибору копінг-стратегій

Для надання психологічної допомоги онкохворим одним із ефективних шляхів є рекомендації із самопомоги, залучення соціального кола підтримки та запрошення до психологічної тренінгової роботи, відвідування групової терапії в соціальних центрах, терапевтичних груп при

волонтерських організаціях, факультативних заходів, організованих психологом лікувальної установи та ін.

Зважаючи на потребу психологічної підтримки респондентів, які мають недостатні показники життєстійкості, та намагаються уникати проблеми замість їх вирішення (що не є оптимальним вибором копінг-стратегій) у боротьбі зі стресом, вважаємо за доцільне розробити і запропонувати:

- рекомендації для самодопомоги і відновлення;
- програму психологічних занять для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб.

Рекомендуємо методи, якими можуть скористатися онкохворі на різних етапах лікування (переважно у процесі відновлення після хіміотерапії):

1) групи соціальної підтримки і допомоги. Спілкування з людьми допомагає відволіктися від переживань, почути досвід інших та знайти варіанти вирішення проблем. Групова терапія та підтримка фахівців (психологів, соціальних працівників) сприяють відчуттю спільності, обміну досвідом, отриманню підтримки та поваги.

2) ефективне застосування фітотерапевтичних засобів, ароматичних масел, які знижують напругу, тривогу, занепокоєння (за призначенням лікаря). Використання таких засобів допомагає розслабитися, сформувати впевненість в собі, відчуття факт самотурботи, що піднімає впевненість в собі, відчуття самоцінності, унікальності, потрібності цьому світу [69].

Наприклад, у праці З. Назаренко, І. Марченко М. Шундрик наводяться результати дослідження про релаксуючу та заспокійливу дію ароматичних олій на психоемоційний стан пацієнтів. Дослідники довели ефективність застосування аромотерапії перед оперативним втручанням, та оптимальний її вплив на динаміку функціональних показників [84, с. 47].

3) засоби і методи релаксації, саморегуляції емоцій, які допомагають візуалізувати спокійні місця, моменти успіхів, надихають продовжувати боротьбу із складними ситуаціями та мотивують до пошуку сенсу життя в майбутньому;

4) засоби м'язової релаксації, самомасажі, лікувальні розслаблюючі процедури (з дозволу лікаря). Такі заходи повертають контакт з тілом, дають відчуття м'язової релаксації, допомагають відновити чутливість у різних органах. Корисними також є методи тілесної психотерапії, спеціальні розтяжки на відчуття тіла, поєднані із йогою, вправами під музику тощо.

5) методи ауторегуляції, аутотренінгу – самонавіювання і проговорювання заспокійливих, підбадьорливих, життєствердних фраз, які допомагають регулювати свої емоції і поведінку, вирішувати проблеми, стабілізувати внутрішні переживання. Метод аутогенного тренування сприяє психічній саморегуляції та оптимізації функціонального стану людини. Завдяки спеціальному самонавіюванню здійснюється саморегуляція функцій організму.

Значний вплив на негативні емоції, стресові переживання здійснює здатність людини до релаксації. Можливість розслаблятися, суб'єктивно та психологічно впливати на м'язовий тонус є цінною умовою для нівелювання напруження, збудження, викликаного гнівом, страхом, тривогою. Корисними тут є методи прогресуючої м'язової релаксації Джекобсона, тілесної терапії, медитації, аутогенного тренування та ін. Для подолання неконтрольованого вираження гніву доцільними є поведінкові і когнітивні терапевтичні прийоми тощо.

Суголосною є думка Н. Присяжнюк, яка відносить до профілактичних засобів боротьби зі стресом та тривожністю хворих методи психічної саморегуляції. Вона вказує на доцільності використання методів: прогресивної м'язової релаксації, релаксаційно-дихальної гімнастики, аутогенного тренування та т.д. Це допомагає знижувати напруження у тілі, зокрема у мозку та серці, збагачує киснем кров, яка вільніше циркулює в організмі та покращує загальний стан здоров'я, сприяє накопиченню енергії і кращій концентрації уваги, зосередженості на поточних і майбутніх завданнях, на життєвих ситуаціях [56, с. 12].

Приклад експрес-допомоги наводить В. Шелков, який пропонує застосовувати у стресових ситуаціях техніку дихальної релаксації, призначеної для екстреного застосування, тому дає швидкий ефект. Щоб досягати швидкого ефекту можна використовувати цю техніку не лише в стресових умовах, а й протягом дня для розслаблення, приділяючи максимум по 1 хв. Тобто відволікаючись від роботи лише на 1 хв., людина може полегшити стан своєї свідомості, звільняючи її від поточних переживань, стимулює розслаблення м'язів, що відновлює сили і зберігає працездатності [83, с. 58].

Іноді при виконанні практики можна відчувати легке запаморочення, тому її варто виконувати сидячи та скоротити кількість циклів, виконаних за один підхід [83, с. 59]. Вказана техніка є доцільною при регуляції емоційного збудження, у стані напруження, при виникненні сильного серцебиття у момент сильних переживань, для зменшення втоми, для збереження спокою у стресових, конфліктних ситуаціях.

За даними С. Світозарової, методи, які ефективно використовуються з корекційною і терапевтичною метою із соматичними хворими, які пережили психотравму, можна поділити на чотири категорії:

1. Освітні, що включають обговорення книг і статей, ознайомлення з основними концепціями психофізіології для розуміння симптоматики переживання стресу, що допомагає людям усвідомити типовість і нормальність переживань у різних складних ситуаціях. Знаючи, що багато людей стикаються із такими проблемами, хворі розуміють, що також існує й достатньо варіантів справлятися із ними, а це стимулює їх шукати типові і нестандартні способи подолання стресів.

2. Ціннісне ставлення до здоров'я. За можливості люди мають вести здоровий спосіб життя, докладаючи зусиль для збереження достатньої фізичної активності протягом всього часу свого функціонування. А тому одним із методів корекції негативних станів та підвищення впевненості в собі, формування стресостійкості є дотримання режиму праці і сну, їжі,

відпочинку. Потрібно правильно харчуватися, відмовитися від зловживання алкоголем і сильнодіючими препаратами в необмеженій кількості, що створює основу для ефективного відновлення після складного лікування.

3. Методи збільшення соціальної підтримки та наступної соціальної інтеграції. Залучення до груп підтримки, проведення групових тренінгів, групової терапії, розвиток мережі підтримки і допомоги є дуже потрібними для психосоціальної реабілітації хворих.

4. Четверта група методів – терапія, що включає психологічну роботу з горем, страхами, психосоматикою, травматичними спогадами та ін. Основна мета цих методів – допомогти клієнтам «опрацювати» проблему та позбавити хворих гострих симптомів, навчитися справлятися із стресами, хворобами, продовжувати жити у зміненій внаслідок травми чи хвороби реальності, адаптуватися до світу із новими умовами та функціональними можливостями [63, с. 176].

Для надання психологічної допомоги онкохворим на різних етапах лікування пропонуємо розроблену нами програму психологічних занять для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб. При складанні програми занять використали напрацювання Л. Апостолакі, О. Бондарьової, В. Горбунової, Н. Кальки та З. Ковальчук, В. Карпової, О. Коваленко, А. Король, О. Кравченко, І. Мазур, В. Назаревич, О. Смирнової та С. Юр'євої, Т. Ткачук, В. Федорчук і Л. Комарніцької та ін.

Нижче наведемо основний зміст розроблених занять програми для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб, повні конспекти занять представимо у додатку К.

Програма психологічних занять для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб

Мета: розвиток стресостійкості і життєстійкості; формування навичок саморегуляції; сприяння вибору адекватних копінг-стратегій у стресових ситуаціях.

Завдання:

- ознайомлення із сутністю життєстійкості та стресостійкості як чинників адекватного реагування на стрес, запобігання його впливу на стан здоров'я;
- формування навичок саморегуляції емоцій та поведінки;
- мінімізувати психоемоційне напруження, знизити тривожність учасників;
- сприяння пошуку внутрішніх ресурсів для відновлення психологічного комфорту, відчуття спокою;
- спрямування до вирішення проблем, конструктивного вирішення конфліктів та ін., вибору адекватних способів подолання проблем і труднощів, мирного розв'язання конфліктів;
- формування здатності до постравматичного зростання після пережитих психотравматичних подій.
- розвиток навички планування майбутнього із врахуванням пережитих подій.

Структура: 6 занять по 1 год. – 1 год. 20 хв. кожне.

Заняття № 1

Мета: сприяти самопізнанню, розвивати навички позитивного самоствавлення та презентації своїх сильних сторін; ознайомити із причинами стресу в житті та проаналізувати міфи про вплив стресу на здоров'я і життя людини; ознайомити із сутністю поняття життєстійкості; формувати життєстійкість і стресостійкість; допомогти з'ясувати способи управління емоціями та розвивати навички саморегуляції; сприяти адекватному прийняттю психотравми, захворювання, кризової події в житті; знижувати тривожність, вчити прийомам релаксації.

Привітання

Вправа-знайомство «Гра в імена»; Правила поведінки в групі; Вправа-самопізнання «Як розібратися в собі»; Дискусія «Причини стресу в нашому житті»; Інформаційне повідомлення «Розвіювання міфів про стрес»; Міні-інформування «Життєстійкість»; Вправа «Почуй себе, здолай стрес»;

Мозковий штурм «Способи саморегуляції»; Техніка «Прийняття травми» ;
Вправа-релаксація «Очищення від тривоги».

Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Заняття № 2

Мета: ознайомити із техніками дихальної регуляції емоцій та переживань, сприяти зниженню стресу; обговорити способи подолання проблем і труднощів; сприяти розвитку навичок самоаналізу і рефлексії; ознайомити з відомостями про конфлікт, вчити будувати 3-D моделі конфліктів; вчити обирати конструктивні способи подолання проблем і вирішення конфліктів; ознайомити із порадами-антистресам та порадами для позбавлення гніву, дратівливості, поганого настрою; сприяти розвитку навичок саморефлексії, релаксації, розслаблення і заспокоєння.

Привітання

Вправа-розминка «Незакінчені речення»; Вправа-регуляція «Непотрібне продишайте»; Вправа-дискусія «Способи подолання проблем і складних життєвих труднощів»; Вправа-саморефлексія «5 запитань, щоб краще зрозуміти себе»; Вправа «Моя карта конфлікту» («3-D модель конфлікту»); Інформаційне повідомлення «Конфлікт, його види»; Поради «Як впоратись з дратівливістю, гнівом та поганим настроєм?»; Вправа «Заспокійливий мішечок»; Арт-терапевтична вправа «Внутрішня зірка»; Вправа-рефлексія «Ресурсний стан»

Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Заняття № 3

Мета: сприяти пошуку внутрішніх ресурсів для подолання стресів, проблем, психоемоційних переживань; допомогти учасникам опанувати методам релаксації, дихальними практиками; обговорити поради для превенції стресових переживань; ознайомити із характеристиками конструктивного і деструктивного копінгу; із формулами самопереконання для розвитку навичок управління емоціями; допомогти визначити альтернативні способи реакції на провокацію чи агресію з боку інших осіб;

відпрацювати на практиці навички проактивної поведінки, вмінь застосовувати конструктивні копінги для вирішення проблемних ситуацій.

Привітання

Вправа «Малюнок емоцій»; Вправа «Дихання»; Міні-інформування «Поради для превенції стресових переживань»; Вправа «Точка опори»; Міні-інформування «Характеристики конструктивного і деструктивного копінгу»; Вправа «Формули самоперекоення» для самоуправління емоціями; Вправа «Нахаба»; Мозковий штурм «Альтернативні способи реакцій»; Вправа «Поради щодо подолання стресу»; Арт-терапевтична вправа-метафора на витримку «Міцна гора».

Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Заняття № 4

Мета: розвивати навички самоаналізу, вміння пізнавати себе, підвищувати самооцінку, визначати риси, необхідні для успіху; формувати навички позитивного мислення; ознайомити із способами саморегуляції емоцій і поведінки в стресових ситуаціях; розвивати навички застосування формул самозаспокоєння (аутотренінгу); знижувати тривожність, сприяти розслабленню, концентрації на внутрішньому стані; стимулювати прагнення турбуватися про своє фізичне, психічне, ментальне здоров'я.

Привітання

Вправа-розминка «Мій настрій наче птах»; Вправа-анкета «Мої сильні сторони»; Групова дискусія «Ліки для повернення спокою і радості»; Вправа-завдання «Мої думки»; Вправа «Формування звички позитивно мислити»; Вправа «Вчинки для позитивного майбутнього»; Вправа-аутотренінг «Формули самозаспокоєння»; Тілесно-дихальна вправа-релаксація «Дерево»; Рекомендації «Короткі і довготривалі засоби повернення радості в життя»; Вправа «Будьте вдячними»

Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Заняття № 5

Мета: ознайомити із конструктивними способами подолання гніву і злості; вчити використовувати дихальні вправи, техніки заспокоєння, регуляції емоцій; допомогти скласти свою соціальну мережу підтримки; визначити коло власного контролю; обговорити характеристики стресостійкої людини; допомогти проаналізувати власні можливості та ресурси для подолання проблем і стресів; сприяти вибору адекватної копінг-поведінки в стресових ситуаціях; розвивати навички позитивного мислення і оптимістичного прийняття майбутнього.

Привітання

Вправа-розминка «Слухаємо себе»; Міні-інформування «Конструктивні способи подолання гніву та злості»; Вправа «Дихання»; Вправа «Соціальна мережа підтримки»; Вправа «Що я можу контролювати»; Вправа «Хто така стресостійка людина»; Вправа-практикум «Тематичний життєвий багаж»; Вправа-медитація-релаксація «Мої можливості»; Вправа-рекомендації «Як поглянути на світ позитивно»

Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Заняття № 6

Мета: сприяти розвитку навичок саморегуляції, м'язової релаксації; обговорити способи конструктивного вираження почуттів, відпрацювати навички вербалізації емоцій у стресових ситуаціях; ознайомити з основними етапами розв'язання проблеми; мотивувати піклуватися про себе, власне психічне здоров'я в складні часи; знижувати тривожність, створювати передумови гармонійного сприйняття майбутнього; розвивати навички просити і приймати соціальну підтримку; допомогти учасникам відчувати себе в енергетично-ресурсному стані; обговорити поради для адаптивного пристосування до мінливого світу, для активізації власної життєстійкості.

Привітання

Вправа «Гора з плечей»; Міні-інформування «Способи конструктивного вираження почуттів»; Вправа «Навіщо я прийшов у цей світ»; Вправа «Як було б, якби»; Поради для адаптивного пристосування до

мінливого світу; Рекомендації для активізації власної життєстійкості; Вправа «Кроки на шляху до подолання депресивного настрою»; Інформповідомлення «Етапи розв'язання проблеми»; Дискусія на тему «Від чого залежить вміння просити і приймати соціальну підтримку?»; Вправа «Допоможи мені»; Вправа-пам'ятка «Як піклуватися про себе в складні часи?»»

Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Отже, для психологічної роботи з онкохворими напрацьовано такі матеріали: рекомендації для самопомоги і відновлення; та програму психологічних занять для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб.

Програма має на меті розвиток стресостійкості і життєстійкості; формування навичок саморегуляції; сприяння вибору адекватних копінг-стратегій у стресових ситуаціях; включає 6 занять. Вважаємо її доцільною до використання в роботі психолога з групою пацієнтів, які проходять відновний період після хіміотерапії та на етапі психосоціальної реабілітації. Корисним є залучення до групової роботи й пацієнтів у стадії ремісії, які можуть поділитися своїм досвідом з іншими. підбадьорити їх.

Висновки до розділу 3

За результатами дослідження високі прояви резильєнтності властиві лише для четвертини опитаних онкохворих осіб, для більшості респондентів характерний середній рівень. При цьому оптимальний високий рівень резильєнтності властивий частіше для осіб в ремісії.

При виборі копінгу – більшість осіб схильні до «вирішення проблем», що є активною копінг-стратегією. У третини встановлено схильність до «пошуку соціальної підтримки», і решті властивий вибір копінгу «уникання»,

що не допомагає долати стреси, а приносить лише тимчасове полегшення, свідчить про намагання дистанціюватися від проблеми і уникнути необхідності її вирішувати.

За даними мат-статистичної обробки результатів виявлено значущі відмінності в досліджуваних показниках онкохворих осіб з різними фазами лікування, зокрема, для осіб в ремісії частіше властиві вища резильєнтність, життєстійкість, здатність до посттравматичного зростання, більш активне використання стратегій вирішення проблем. Хворі в активній фазі лікування частіше вдаються до уникнення проблем. Отже, стадія захворювання та фаза лікування суттєво впливають на психологічні особливості реагування онкохворих осіб на складні життєві ситуації.

Напрацьовано психологічні рекомендації для оптимізації реагування на складні життєві ситуації в онкохворих осіб. Рекомендовані методи самодопомоги, якими можуть скористатися онкохворі, включають: 1) групи соціальної підтримки і допомоги; 2) ефективне застосування фітотерапевтичних засобів, ароматичних масел, які знижують напругу, тривогу, занепокоєння; 3) засоби і методи релаксації, саморегуляції емоцій; 4) засоби м'язової релаксації, самомасажі, лікувальні розслаблюючі процедури (з дозволу лікаря); 5) методи ауторегуляції, аутотренінгу – самонавіювання та ін.

Розроблено програму психологічних занять для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб, що включає 6 занять, спрямованих на реалізацію мети: розвиток стресостійкості і життєстійкості; формування навичок саморегуляції; сприяння вибору адекватних копінг-стратегій у стресових ситуаціях. Розроблена програма занять може бути корисною для психологів, які працюють із вказаним контингентом пацієнтів.

ВИСНОВКИ

На основі теоретичного обґрунтування та емпіричного дослідження психологічних особливостей використання копінг-стратегій в онкохворих осіб на різних етапах лікування зроблено такі висновки:

1. Здійснено теоретичний аналіз проблеми стресових ситуацій та реагування особистості на них, особливості трактування копінг-поведінки у психологічній літературі. Стресові ситуації, які супроводжують людину мало не щодня, у психологічній літературі трактуються як неординарні ситуації, обтяжені підвищеними вимогами до адаптаційних ресурсів людини. Стрес розуміється як певна неспецифічна реакція організму на подію, що перевищує ресурси чи можливі резерви сил людини. Виділено три типи стресових ситуацій: ситуація травматичної втрати; загрози; виклику. Вони зумовлюють певні реакції на стрес, викликаючи стресові стани, вимагаючи від людини певних дій та вчинків щодо подолання стресу та його наслідків.

Потенційна стресовість ситуації пов'язується з її об'єктивною та суб'єктивною значимістю, при цьому існує індивідуальне сприйняття ситуації як стресової, тобто не всі люди однаково сильно будуть переживати стрес при потраплянні в одні й ті ж обставини життя.

Вміння долати стреси, запобігати негативному впливу їх наслідків на свою життєдіяльність передбачає сформованість копінг-стратегій, що трактуються як способи подолання складних ситуацій, стресів, станів, умов, що свідомо застосовуються людиною.

2. Розглянуто сутність копінг-стратегій, характеристики адаптивних та неадаптивних стратегій копінг-поведінки особистості. Серед безлічі варіантів копінг-поведінки можна виділити базові копінг-стратегії, до яких належать: «розв'язання проблем», «пошук соціальної підтримки» й «уникання».

Копінг-стратегії зазвичай поділяють на активні та пасивні. За джерелами підтримки копінг-стратегії поділяють на 2 види: соціальні; індивідуальні стратегії. До адаптивних копінг-стратегій відносяться всі, що

входять в категорію «вирішення проблем» (фокусування на вирішенні проблеми; наполеглива праця; орієнтованість на високі досягнення та ін.); умовно адаптивними є стратегії «пошуку соціальної підтримки», і зовсім не адаптивними, мало конструктивними є «уникання проблем, втеча від реальності».

На вибір копінг-стратегії для подолання стресів та вирішення проблем впливає стан здоров'я людини, особливо – наявність серйозних захворювань, таких як онкологічні. Також значно впливає на поведінку подолання тип і стадія захворювання, прогноз лікування, попередній досвід боротьби із кризовими ситуаціями, можливість отримати соціальну підтримку та індивідуально-психологічні характеристики пацієнтів.

Психологічні особливості онкохворих залежать від індивідуальної стійкості до різних впливів важких життєвих ситуацій, та можуть виявлятися як у дезорієнтованих вчинках, униканні проблеми, відходу у віртуальний світ (вживання алкоголю, наркотиків, занурення в інтернет), так і адекватних поведінкових стратегіях – лікуванні, вирішенні проблем, стійкій боротьбі з хворобою та іншими виникаючими викликами сучасного життя.

3. Емпірично досліджено психологічні особливості використання копінг-стратегій онкохворими особами на різних етапах лікування; розкрито психологічні аспекти використання копінг-стратегій в онкохворих осіб.

Вибираючи стратегію для вирішення проблем і подолання стресів, онкохворі надають перевагу «вирішенню проблем», що є активною копінг-стратегією. У третини опитаних встановлено схильність до «пошуку соціальної підтримки», і в решти осіб встановлено схильність до «уникання», що не є оптимальною стратегією при подоланні стресів.

Копінг-стратегія «вирішення проблем» встановлена у третини осіб в активній фазі лікування і більшості осіб в ремісії. «Пошуком соціальної підтримки» у стресовій ситуації займаються подібна кількість осіб в обох групах. А не оптимальну стратегію «уникання проблем» обирають третина осіб в активній фазі лікування і менше осіб з ремісією.

Для онкохворих пацієнтів типовим є обмежений репертуар стрес-долаючої поведінки, вони виявляють знижений рівень соціальної активності, мають труднощі осмислення сенсу життя, втрату концентрації уваги, тимчасове чи стійке зниження когнітивних функцій та креативності. Часто онкохворі використовують неадаптивні копінг-стратегії уникання проблеми, а шукаючи соціальної підтримки – залишаються незадоволеними її якістю чи можливостями інших людей підтримати, поспівчувати, допомогти.

4. Встановлено та проаналізовано зв'язок між резильєнтністю і копінг-стратегіями в онкохворих осіб.

За даними мат-статистичної обробки результатів виявлено значущі відмінності в досліджуваних показниках осіб з різними фазами лікування. Зокрема, виявлено в групі осіб в ремісії виявлено тенденцію до вищої резильєнтності, більш активне використання стратегій вирішення проблем, вищий рівень життєстійкості і здатності до посттравматичного зростання. Особи в активній фазі лікування частіше вдаються до уникнення проблем. Також виявлено схожий рівень пошуку соціальної підтримки в обох групах та подібний рівень нейротизму в осіб з ремісією та в осіб на активній фазі лікування. За цими даними зрозуміло, що стадія захворювання та фаза лікування суттєво впливають на психологічні особливості реагування онкохворих осіб на складні життєві ситуації.

Також встановлено, що існує сильна позитивна кореляція між резильєнтністю та здатністю вирішувати проблеми, що вказує на те, що особи з вищим рівнем резильєнтності більш схильні до активного вирішення проблем. Виявлена сильна позитивна кореляція резильєнтності з життєстійкістю вказує на тісний зв'язок між цими двома характеристиками. Також резильєнтність онкохворих тісно пов'язана з позитивними змінами після травматичного досвіду.

Встановлено зв'язок між копінг-стратегією «вирішення проблем» та здатністю долати стреси і вирішувати проблеми, тобто життєстійкістю, посттравматичним зростанням. Зауважено, що резильєнтність,

життєстійкість та посттравматичне зростання мають дуже сильні позитивні кореляції між собою та вибором конструктивної копінг-стратегії «вирішення проблем», що зумовлює доцільність їх комплексного розвитку та підвищення.

5. Запропоновано психологічні рекомендації для оптимізації реагування на складні життєві ситуації в онкохворих осіб, для вибору ними адаптивних копінг-стратегій. Рекомендовані методи самопомоги для онкохворих осіб включають: групи соціальної підтримки і допомоги; ефективно застосування фітотерапевтичних засобів для зниження напруги, тривоги, занепокоєння; засоби і методи релаксації, оволодіння навичками саморегуляції емоцій; навчання м'язовій релаксації; самомасажі, лікувальні розслаблюючі процедури (з дозволу лікаря); методи аутотренінгу, самопереконавання, самонавіювання та ін.

Розроблено програму психологічних занять для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб, яка має мету: розвиток стресостійкості і життєстійкості; формування навичок саморегуляції; сприяння вибору адекватних копінг-стратегій у стресових ситуаціях. Включає 6 занять, спрямованих на вирішення таких завдань, як: сприяння пошуку внутрішніх ресурсів для відновлення психологічного комфорту, відчуття спокою; спрямування до вирішення проблем, конструктивного вирішення конфліктів та ін., вибору адекватних способів подолання проблем і труднощів, мирного розв'язання конфліктів; формування здатності до посттравматичного зростання; розвиток навички планування майбутнього із врахуванням пережитих подій.

Рекомендуємо розроблену програму занять до використання в роботі психолога з групою пацієнтів, які проходять відновний період після хіміотерапії та на етапі психосоціальної реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Азаматова Н. Психологічні проблеми людей з історією раку. URL: <https://gematolog.ck.ua/news/psihologichni-problemi-lyudej-z-istori%D1%94yu-raku/>.
2. Андрущенко І. Г. Психологічні особливості впливу копінг-стратегій на саморозвиток особистості юнацького віку. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : збірник наукових праць*. Острог : Вид-во НаУОА, квітень 2018. № 6. С. 4–8.
3. Апостолак Л. С. Тренінг «Я сам будує своє життя! Все в моїх руках!». URL: <https://naurok.com.ua/trening-ya-sam-buduyu-svoe-zhittya-vse-v-mo-h-rukah-241069.html>.
4. Бондарьова О. С. Вправа для релаксації «Очищення від тривог». URL: <https://vseosvita.ua/blogs/vprava-dlya-relaksatsii-ochyshchennya-vid-tryvoh-34273.html>
5. Василенко М. М. Сучасні напрями психологічних досліджень копінг-стратегій. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2009. Т. XI. Ч. 7. С. 95–107.
6. Васильєва Ю. О., Ковальова О. М. Роль психологічної підтримки в комплексному лікуванні онкологічних хворих. *Здоров'я України*. 2019. № 21. С. 30-32.
7. Вдовиченко А. В. Особливості копінг-поведінки особистості у життєвих та професійних ситуаціях. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Сер. : Психологічні науки*. 2013. Вип. 114. С. 17–20.
8. Вознюк О. В. Здоров'я людини – фундаментальний чинник, умова запобігання COVID-19. *Психологія і педагогіка у протидії пандемії COVID-19: Інтернет-посібник / за наук. ред. В. Г. Кременя*. Київ : ТОВ «Юрка Любченка», 2020. С. 116–123.

9. Всесвітня організація охорони здоров'я. *Важливі навички в періоди стресу: ілюстроване керівництво*. Європейський регіональний офіс Всесвітньої організації охорони здоров'я, 2021. URL: <https://iris.who.int/handle/10665/339150>
10. Горбунова В. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). URL: www.prostirnadii.org.ua.
11. Грузинська І. М. Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в умовах воєнного стану. *Вісник Національного авіаційного університету. Серія: Педагогіка. Психологія*. К. : Національний авіаційний університет, 2022. Вип. 2(21). С. 97-107.
12. Дворніченко Л. Л., Горбунова А. В. Стрес в житті людини: проблеми чи можливості. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (22-23 лютого 2018 року, м. Суми)*. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2018. С. 33–35.
13. Демчук О. А. Локус контролю у структурі Я-концепції особистості як когнітивна детермінанта вибору копінг-стратегій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2016. Вип. 2(1). С. 53–58.
14. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
15. Зубовський Д. Адаптація та апробація україномовної версії методики «Опитувальник посттравматичного зростання». *Психологічний часопис : збірник наукових праць*. 2018. № 7. Вип. 17. С. 121–135.
16. Іванова Н. М. Психоемоційні розлади при онкологічних захворюваннях (публікація 1.02.2018). URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/6438-psihoemotsiyeni-rozladi-pri-onkologichnih-zahvoryuvannya/>.

17. Імунна система і стрес. 2023. URL: <https://dila.ua/innovation/stresta-imunna-systema.html> (дата звернення 19.11.2024)
18. Ісаєнко С. В. Клінічні та психопатологічні особливості формування та перебігу депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих. *ScienceRise: Medical Science*. 2017. № 9 (17). С. 7-10.
19. Ісаєнко С. В. Психотерапевтична підтримка і профілактика суїцидальної поведінки у хворих з онкологічною патологією позамозкової локалізації. *Архів психіатрії*. 2020. Том 22. № 1 (91). С. 85-88.
20. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії: навч.-метод. посібник. Ч. 1. Львів : ЛьвДУВС, 2020. 232 с.
21. Каменьок Ю. Визначення стресу та особливості реагування на стресові ситуації. *Об'єднані наукою 2024: матеріали XI Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Об'єднані наукою: перспективи міждисциплінарних досліджень»*. (м. Київ, 18 - 20 листопада. 2024 р.). Київ, 2024.
22. Карамушка Л. М., Снігур Ю. С. Копінг-стратегії: сутність, підходи до класифікації, значення для психологічного здоров'я особистості та організації. *Актуальні проблеми психології*. 2020. Том I. Випуск 55. С. 23-29.
23. Карпова В. В. Тренінг «Розв'язання конфліктів». URL: http://svitlosvit.com.ua/scientific_methodical_work/trening-rozvyazannya-konfliktiv.print.
24. Кирилова О. О., Кирилова Є. І., Вострокнутов І. Л. Особливості соматопсихічних проявів в онкології на різних етапах протипухлинного лікування (оглядова стаття). *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2020. Вип. 6. С. 159-168.
25. Кінаш І. Життя у стресі чи стрес у житті? *Газета «Медична академія»*. 28.10.2024. URL: <https://www.tdmu.edu.ua/medychna-akademia/>.

26. Кіреєва З. О., Односталко О. С., Бірон Б. В. Психометричний аналіз адаптованої версії шкали резильєнтності (CD-RISC-10). *Габітус*. 2020. Вип. 14. С. 110-116.
27. Коваленко О. В. Розвиваюче тренінгове заняття «Будь собою». URL: <https://naurok.com.ua/treningove-zanyattya-bud-soboyu-dlya-uchniv-starsho-shkoli-486.html>.
28. Ковальчук Л. В. Психоонкологія в Україні: стан і перспективи розвитку. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина*. 2020. Вип. 2(70). С. 90-93.
29. Ковальчук Л. В., Маркова Н. В., Чепурко О. Б. Стратегії копінгу в пацієнтів з онкологічними захворюваннями. *Український журнал психоневрології*. 2017. Т. 25, № 3. С. 57-62.
30. Король А. Самопізнання – це шлях до внутрішньої гармонії та щасливого життя. URL: <https://www.rozмова.me/blog/yak-rozibratysya-v-sobi>.
31. Корольчук М. С, Крайнюк В. М. Теорія і практика професійного психологічного відбору: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. К.: Ніка-Центр, 2010. 536 с. С. 390-394.
32. Кравченко О. Соціально-психологічний практикум для педагогічних та медичних працівників «Збереження та зміцнення здоров'я засобами саморегуляції». URL: <https://naurok.com.ua/zberezhennya-ta-zmicnennya-zdorov-ya-zasobami-samoregulyaci-socialno-psihologichniy-praktikum-dlya-pedagogichnih-ta-medichnih-pracivnikiv-213442.html>.
33. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Київ : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
34. Куцевий Є. В. Роль психологічної підтримки у комплексному лікуванні онкологічних захворювань. *«Онкологія. Гематологія. Хіміотерапія»*. 2023. № 3 (82). С. 15-20.
35. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, огляд сучасних досліджень. *Актуальні проблеми психології. Том 3.: Консультативна психологія і психотерапія*. Вип. 14. Інститут психології

імені Г. С. Костюка НАПН України. Вінниця, ФОП Рогальська І. О., 2018. Вип. 14. С. 26–64.

36. Лисник К. А. Модель надання психологічної допомоги особистості в умовах кризи, спричиненої онкозахворюванням. URL: <https://ekhsuir.kspu.edu/bitstream/handle/123456789/13825/%D0%9B%D0%B8%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%BA.pdf>)

37. Лукомська С. О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід. *Актуальні проблеми психології*: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том XIV: Методологія і теорія психології. Київ-Ніжин. Видавець «ПП Лисенко М.М.», 2018. Вип. 1. С. 187-198.

38. Лукомська С.О. Психосоціальні ресурси онкологічних хворих. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/718467/1/Лукомская.pdf>.

39. Мазур І. В. Конфлікти та шляхи їх вирішення : Заняття з елементами тренінгу для педагогічного колективу. URL: http://n-arkhangel-bdut.edukit.kr.ua/vid_socialjnogo_pedagoga/pedagogam/zanyattya_z_elementami_treningu_konflikti_ta_shlyahi_ih_virishennya/.

40. Макієнко Н., Гершанов О. Шлях до зцілення: основи роботи з наслідками травматичних подій. *Israel Trauma Coalition*. 2023. С. 32-33.

41. Малімон Л., Балабус В. Взаємозв'язок характеристик копінг-поведінки особистості з проявами симптоматики її травматичного досвіду. *Науковий часопис Українського державного університету імені Михайла Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки*. 2024. Випуск 24(69). С. 13-22.

42. Мартинова Л. Психічне здоров'я і COVID-19. *Neuronews. Психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2021. № 1 (122). URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/1%28122%29/pages-6-7/psihichne-zdorov-ya-i-covid-#gsc.tab=0>.

43. Москаленко О. В. Психотравмувальна ситуація: види, ознаки, особливості переживання. *Слобожанський науковий вісник. Серія Психологія*. 2024. Вип. 1. С. 111-115.

44. Мохорєва О. М. Особистість, суспільство, війна: тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму (7 квітня 2023 р., м. Харків, Україна). *Тези доповідей учасників міжнародного психологічного форуму*. Харків: Харківський національний університет внутрішніх справ, 2023. С. 161.
45. Мухаровська І. Р. Медико-психологічна допомога в онкологічній практиці. *НейроNEWS*. 2018. Вип. 7 (99). С. 47-50.
46. Мушкевич М. І., Чагарна С. І. Основи психотерапії : навч. посіб / за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк : Вежа-Друк, 2017. 420 с.
47. Назаревич В. «Міцна гора» арттерапевтична метафора на витримку. URL: <https://vseosvita.ua/blogs/mitsna-hora-artterapevtychna-metafora-na-vytrymku-67083.html>.
48. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
49. Оверчук В. А. Особливості опановуючої поведінки особистості в подоланні кризових станів. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 5. С. 223–227.
50. Омельченко Я. М. Значення типу реагування на стрес значимих дорослих у процесі формування стресостійкості особистості. *Психологічний журнал*. 2019. Т. 5. Вип. 12. С. 169–181.
51. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навч. посібник. Том 1. / Авт. кол.: Н. Пророк, О. Запорожець, Л. Гридковець, Л. Царенко та ін.; заг. ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
52. Особливості функціонування механізмів психологічного захисту у рятувальників в умовах екзистенціальної загрози: Монографія. / Олійников О. А., Оніщенко Н. В., Тімченко О. В., Тітаренко Д. С., Христенко В.Є. Х.: НУЦЗУ, 2011. 245 с.
53. Осьодло В. І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 14. Ч. І. С. 243–253.

54. Паливода Л. І. Механізми психологічного захисту та копінг-стратегій у подоланні стресу. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2023. Вип. 3. С. 76-79.
55. Предко В. В, Сомова О. О. Вплив війни на зміну рівня стресу та стратегій збереження життєстійкості українців. *Психологія національної безпеки та безпеки життєдіяльності*. 2022. Т. 33 (72). № 4. С. 89-98.
56. Присяжнюк Н. Ю. Калейдоскоп: програма подолання психоемоційного напруження учасників НТУ «Потенціал» : [корекційно-розвивальна програма]. Ковалівка: Полтавський обласний ліцей-інтернат для обдарованих дітей із сільської місцевості імені А.С. Макаренка. 2011. 14 с.
57. Прокоф'єва Л. Аналіз феномену «резильєнтність»: вивчення та перспективи. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи*. Збірник наукових праць. Ізмаїл: РВВ ІДГУ. 2021. С.126-131.
58. Прошукало І. Соматична хвороба як стресових чинник порушення сексуального здоров'я людини. *ЛОГОС. Мистецтво наукової думки*. 2020. Вип. 9. С. 75-80.
59. Психодіагностика в клінічній психології.: навч. посіб. / Укл. Л. М. Співак, А. М. Османова. К.: Університет «Україна», 2023. 146 с.
60. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / Уклад. О. Ю. Овчаренко. К. : Університет «Україна», 2023. 266 с.
61. Радченко О. М. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*. 2022. № 15-16 (532-533). URL: <https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinari-problemi/71356-teorya-stresu-ta-filosofsk-poglyadigansasel-znachennya-dlya-suchasno-meditsin>.
62. Романюк В. Л. Стресореактивність і стресостійкість та психічне здоров'я особистості. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія» : науковий журнал*. Острог : Вид-во НаУОА, 2022. № 14. С. 9–15.

63. Світозарова С. В. Засади психологічної допомоги в посттравматичний період. *Вісник Черкаського університету*. 2011. Вип. 94. С. 175-179.
64. Смирнова О. П., Юр'єва С. В. Програма тренінгу з актуалізації професійно-особистісного потенціалу особистості в ситуації безробіття. *Соціально-психологічний супровід у роботі фахівців служби зайнятості: монографія / за заг. ред. Г. А. Приба, Є. М. Калюжної*. Київ: ІПК ДСЗУ, 2020. С. 128–132.
65. Соломка Е. Т., Хома Т. В., Хлопек А. Б. Опанувальна поведінка особистості у психологічних дослідженнях та деякі методи управління стресом. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Психологія*. Ужгород : Видавничий дім «Гельветика», 2021. Вип. 2. С.23–27.
66. Становський Б.О. Особливості стрес-долаючої поведінки пацієнок з вперше діагностованою онкопатологією в умовах хронічного соціального стресу: автореф. дис. ... докт. філософ.: 225 «Медична психологія». Київ: Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, 2024. 20 с.
67. Стельмащук Х. Р. Психологічні фактори подолання стресу. *Проблеми сучасної психології*. 2015. Вип. 29. С. 671–684. С.671
68. Степаненко Л. В. Порівняльний аналіз копінг-захисних механізмів психологів у різних стресових ситуаціях. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. 2022. Вип. 4. С. 17-21.
69. Строяновська О. В. Психолого-дидактичні засоби реабілітації онкологічних хворих різного віку: автореф. дис. ... канд. психол.наук: 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. Національний педагогічний університет імені М.П. Драгоманова, Київ, 2003. 23 с.
70. Стуліка О. Б., Бабкіна А. П. Психологічні механізми особистісного реагування в ситуації невизначеності. *Молодий вчений*. 2021. № 3 (91). С. 193–198.

71. Сучасні методи і засоби для визначення і діагностування емоційного стресу : монографія / С. М. Злепко, О. П. Мінцер, В. В. Сергєєва, О. Ю. Азархов, С. В. Костішин; за заг. ред. О. П. Мінцера. Вінниця : ВНТУ, 2010. 228 с.

72. Титаренко Т. М., Ларіна Т.О. Життєстійкість особистості: Соціальна Необхідність та безпека. Київ: ФОП-Марич В. М, 2009. 104 с.

73. Ткачишина О. Р. Кризові ситуації: адаптаційні ресурси особистості та соціальні стереотипи. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. Вип. 3 (1). С. 116-120.

74. Ткачук Т. А. Особливості психологічної та соціальної адаптації підлітків засобами копінг-поведінки. *Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства: матеріали III Всеукраїнського науково-практичного круглого столу (6 березня 2018 року)*. Ірпінь: Університет державної фіскальної служби України. 2018. С. 184–190.

75. Федорчук В. М., Комарніцька Л. М. Психологічне забезпечення резильєнтності суспільства в умовах постійного стресу. *Освітня діяльність працівників соціально-психологічної сфери: виклики сьогодення та реалії : Всеукраїнська науково-практична конференція (м. Кам'янець-Подільський, 01 лютого 2022 р.)*. Кам'янець-Подільський : НРЗВО «Кам'янець-Подільський державний інститут». 2022. С. 225-228.

76. Франкова І. Життя на межі: стрес, травма та психопатологія: Огляд матеріалів 29-го конгресу Європейської колегії нейропсихофармакології. *PMGP*. 2017. № 2(1). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/15>.

77. Хак К., Спют Д. Психоонкологія, що базується на психоаналізі. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 400 с.

78. Худякова Н. Профілактика негативних наслідків стресу в дітей. *Психолог*. 2015. № 11/12. С. 31–34.

79. Чекстере О. Ю. Життестійкість, резильєнтність і копінг стратегії як психологічні феномени, що сприяють адаптивності особистості. *I International Scientific and Theoretical Conference «Scientific method: reality and future trends of researching»* (March 24, 2023; Zagreb, Croatia). Published March 24, 2023. URL: <https://previous.scientia.report/index.php/archive/issue/view/24.03.2023>.
80. Шайхлісламов З. Р., Горбенко В. Ю. Теоретичні підходи визначення копінг-стратегії поведінки особистості. *Вчені записки ТНУ ім. В. І. Вернадського*. 2023. Том 34 (73) № 1. С. 64–69.
81. Шевцова А.І., Морозова О.Г., Федоренко З.П. Медико-соціальні аспекти онкологічної допомоги в Україні. *Онкологія*. 2016. Вип. 18, № 2. С. 144- 148.,
82. Шевченко А. І. Теорії копінг-поведінки к сучасній українській психології. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (28 лютого-1 березня 2019 року, м. Суми)*. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2019. С. 113–116.
83. Шелков В. Ю. Профілактика синдрому вигорання у медичних працівників методами психологічної саморегуляції. *Український медичний часопис : наук.-практ. загальномедичний часопис*. К: МОРІОН. 2009. №2(70) III-IV. С. 57-59.
84. Шундрик М. А., Назаренко З. Ю., Марченко І. Я. Використання ароматерапії для корекції психоемоційного стану пацієнтів перед стоматологічним втручанням. *Український стоматологічний альманах*. Полтава: Укр. мед. стомат. акад., 2012. Т. 1. № 4. С. 46-49.
85. Ahles, T. A., Root, J. C. Cognitive Effects of Cancer and Cancer Treatments. Review. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2018. Vol. 14. P. 425-451.
86. Amanda Biggs., Paula Brough. Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory February. *In book: The Handbook of Stress and Health:*

A Guide to Research and Practice, 2017. P. 349-364.
DOI:10.1002/9781118993811

87. Andersen, B. L., Thornton, L. M., Shapiro, C. L., Farrar, W. B., Mundy, B. L., Yang, H. C., et al. Biobehavioral, immune, and health benefits following recurrence for psychological intervention participants. *Clinical Cancer Research*, 2010. 16(12), P. 3270-3278.

88. Andersen, B. L., Yang, H. C., Farrar, W. B., Golden-Kreutz, D. M., Emery, C. F., Thornton, L. M., et al. Psychological intervention improves survival for breast cancer patients: A randomized clinical trial. *Cancer*, 2008. 113(12), p. 3450-3458.

89. Biggs A., Brough P. Lazarus and Folkman's Psychological Stress and Coping Theory. *The Handbook of Stress and Health: A Guide to Research and Practice*, 2017. P. 349–364. DOI: 10.1002/9781118993811.ch21.

90. Breitbart, W. Spirituality and meaning in supportive care: Spirituality and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Support Care Cancer*. 2002. 10(4). P. 272-280.

91. Cancer in Ukraine, 2022-2023. Incidence, mortality, prevalence and other relevant statistics Bulletin of the national cancer registry of Ukraine. Kyiv, 2024. 25. URL: http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_25/index.htm#hcr. Accessed June 07

92. Frydenberg, E., Lewis, R. Teaching Coping to adolescents: when and to whom? *American Educational Research Journal*. 2000. № 37. P. 727–745

93. Hellerstein D. How I Can Become Resilient. Heal Your Brain. URL: <http://www.psychologytoday.com/blog/heal-your-brain>.

94. Hoyt, M. A., Stanton, A. L., Bower, J. E., Thomas, K. S., Litwin, L. S., Breen, E. C., et al. Inflammatory biomarkers and emotional approach coping in men with prostate cancer. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2013 №32. P. 173-179.

95. Jacobsen, P., Andrykowski, M. Tertiary prevention in cancer care: Understanding and addressing the psychological dimensions of cancer during the active treatment period. *American Psychologist*. 2015. 70(2). P. 134-145.

96. Jimmie C. Holland Psycho-oncology:overview, obstaclesand opportunities. *Psycho-oncology*. 2018. vol. 27. P.1364-1376.
97. Khoori E., Torklalebaq F., Reyhani M. Investigating the Relationship between Psychological Adjustment and the Quality of Marital Relationship Dimensions of Women with Breast Cancer in Golestan Province in 2022. *Clinical Epidemiology and Global Health*. 2024. DOI: 10.1016/j.cegh.2023.101495.
98. Larue, F., Colleau, S., Fontaine, A., Brasseur, L. Attitudes of Oncologists and Primary Care Physicians Toward Pain Control and Morphine Prescribing in France. *Cancer*. 1995. Vol. 76, No. 11, P. 2375-2382.
99. Lazarus R. Theory of stress and psychophysiological research. Emotional stress. Wetness. 1990. P. 178–208.
100. Lazarus R. S. The role of coping in the emotions and how coping changes over the life course. *Handbook of emotion, adult development, and aging / C. Maletesta-Magni, S. H. McFadden*. New York: Academic Press, 1996. P. 289–306.
101. Lazarus R. S, Folkman S. Coping and adaptation. The handbook of behavioral medicine. N. Y.: Guilford. 1984. P. 282-325
102. Luigi Grassi Psychiatric and psychosocial implications in cancer care: the agenda of psycho-oncology. DOI: 10.1017/S2045796019000829.
103. Moorey, S., Greer, S. Oxford Guide to CBT for People with Cancer. 2nd ed. New York: Oxford University Press. 2012. 299 p.
104. Peter Sample Factors improving Resilience Effectiveness® *Executive1 FiRE Index by Leadership Choices. Executive FiRE Report*. 2020. P. 28
URL:https://www.resilienz-akademie.com/wp-content/uploads/ExecutiveFiREIndex_peter-sample.pdf
105. Samami E., Elyasi F. Coping strategies-oriented interventions in breast cancer women: A systematic scoping review of the quantitative evidence. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2020. 14(2). DOI: <https://doi.org/10.5812/ijpbs.99884>.

106. Selye H. *Stress of My Life: A Scientist's Memoirs*. Van Nostrand Reinhold Company, New York. 1979. P. 296.
107. Silverman J., Aafjes-van Doorn K. Coping and defense mechanisms: A scoping review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2023. 30(4), P. 381–392. DOI: 10.1037/cps0000139.
108. Stanovskiy, B. Psychological help for patients with cancer. *Journal of Education, Health and Sport*. 2024. 52. P. 242–253. DOI:10.12775/JEHS.2024.52.
109. Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., et al. Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2000. 68(5). P. 875-882.
110. Tyrrell P., Harberger S., Schoo C. *Kubler-Ross Stages of Dying and Subsequent Models of Grief*. NCBI Books, 2023. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507885/>.
111. Vaillant, G.E. Defense Mechanisms. In: Zeigler-Hill, V., Shackelford, T.K. (eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer, Cham. 2020. URL: https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_1372.
112. William J. Grief Counselling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner. *British Journal of Social Work*. 2019. 49(6) DOI:10.1093/bjsw/bcz004

ДОДАТКИ

Додаток А

«Шкала резильєнтності» (CD-RISC-10) в адаптації З. О. Кіресвої, О. С. Односталко, Б. В. Бірон

Мета: визначити рівень резильєнтності обстежуваного.

Матеріал та обладнання: бланк із запитаннями, ручка або олівець.

Процедура дослідження

Дослід можна проводити як із одним обстежуваним, так і з групою з 5-9 осіб. Основні умови в роботі з групою – зручно розташувати обстежуваних, забезпечити кожного бланками для відповідей, ручками і дотримуватися тиші.

Інструкція: «Прочитайте уважно подані твердження. Визначте ступінь Вашої згоди з кожним твердженням згідно такої шкали: 0 – ніколи; 1 – рідко; 2 – іноді; 3 – часто; 4 – завжди. Позначте обраний Вами варіант знаком «+» у відповідній клітинці бланку для відповідей».

Бланк для відповідей

Твердження	0	1	2	3	4
1. Я можу пристосуватися до змін.					
2. Я можу подолати все, що трапляється.					
3. Я намагаюся бачити позитивну сторону речей, коли я стикаюся з проблемами.					
4. Коли я справляюся зі стресом, відчуваю, що став(ла) сильнішим(ою).					
5. Я можу поновлюватися після хвороби чи інших негараздів.					
6. Я вірю, що можу досягти своєї мети попри перешкоди.					
7. Під натиском я залишаюсь зосередженим(ою) і чітко думаю.					
8. Я вважаю себе сильною людиною, коли вирішую життєві виклики та труднощі.					
9. Я вмію впоратися з неприємними або болючими почуттями, такими як смуток, страх і гнів.					

Обробка результатів

Обчислюється загальна сума всіх балів.

Більша кількість балів свідчить про вищий рівень резильєнтності досліджуваного.

Методика «ІНДИКАТОР КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ» (Д. Амірхан)

ІНСТРУКЦІЯ: Нас цікавить, як люди справляються з проблемами, труднощами і неприємностями в своєму житті. У формі представлено кілька можливих способів подолання проблем і неприємностей. Ознайомившись з твердженнями, ви зможете визначити, який із запропонованих варіантів зазвичай використовується вами. Всі ваші відповіді залишаться невідомими стороннім. Спробуйте подумати про одну з серйозних проблем, з якою ви зіткнулися за останній рік і яка змусила вас неабияк хвилюватися. Опишіть цю проблему в декількох словах. Тепер, читаючи наведені нижче твердження, виберіть одну з трьох найбільш прийнятних відповідей для кожного твердження.

Бали нараховуються за наступною схемою:

1. Відповідь «Повністю згоден» оцінюється в 3 бали.
2. Відповідь: «Згоден» в 2 пунктах.
3. Відповідь - «Не згоден» в 1 бал.

Текст анкети

1. Я дозволяю собі поділитися своїм досвідом з другом.
2. Намагаюся робити все таким чином, щоб мати можливість вирішити проблему найкращим чином.
3. Я шукаю всі можливі рішення, перш ніж щось робити.
4. Я намагаюся відволіктися від проблеми.
5. Я приймаю співпереживання та розуміння когось.
6. Я роблю все можливе, щоб не давати іншим можливості бачити, що мої справи погані.
7. Обговоріть ситуацію з людьми, так як обговорення допомагає мені відчувати себе краще.
8. Я поставив перед собою ряд цілей, які дозволяють поступово справлятися з ситуацією.
9. Я дуже ретельно зважую можливості вибору.
10. Я мрію, фантазую про кращі часи.
11. Я намагаюся вирішити проблему різними способами, поки не знайду найбільш підходящий.
12. Я довіряю своїм страхам родичу чи другу.
13. Я проводжу більше часу, ніж зазвичай, на самоті.
14. Я розповідаю людям про ситуацію, тому що тільки обговорення її допомагає мені прийти до її вирішення.
15. Думаю про те, що потрібно зробити, щоб виправити ситуацію.
16. Я повністю зосереджуюся на вирішенні проблеми.
17. Я думаю про план дій для себе.
18. Я дивлюся телевизор довше, ніж зазвичай.
19. Я йду до когось (друга або фахівця), щоб допомогти мені почувати себе краще.
20. Я наполегливий і борюся за те, що мені потрібно в цій ситуації.
21. Я уникаю взаємодії з людьми.
22. Я переходжу на хобі або спорт, щоб уникнути проблеми.
23. Я йду до друга, щоб допомогти мені стати більш обізнаним про проблему.
24. Я йду до друга за порадою, як виправити ситуацію.
25. Я приймаю співпереживання, взаєморозуміння друзів, які мають таку ж проблему.
26. Я сплю більше, ніж зазвичай.
27. Я фантазую, що речі могли бути іншими.
28. Я уявляю себе героєм книг або фільмів.
29. Я намагаюся вирішити проблему.
30. Я хочу, щоб люди залишили мене в спокої.
31. Я приймаю допомогу від друга чи родича.
32. Я шукаю розради від тих, хто мене найкраще знає.
33. Я намагаюся ретельно планувати свої дії і не діяти імпульсивно.

Ключі:

Шкала «вирішення проблем» – відповіді «так» на пункти 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 30.

Шкала «пошук соціальної підтримки» – відповіді «так» по пунктах 1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32.

Шкала «уникнення проблем» – відповіді «так» на пункти 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30.

ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

Вирішення проблем: 11 – 16 балів – дуже низький; 17 – 21 бал – низький; 22 – 30 балів – середній; 31 і вище – високий.

Пошук соціальної підтримки: нижче 13 балів – дуже низький; 14 – 18 балів – низький; 19 – 28 балів – середній; 29 і більше балів – високий.

Уникнення проблем: 11 – 15 балів – дуже низький; 16 – 23 балів – низький; 24 – 26 балів – середній; 27 і більше балів – високий.

Особистісний опитувальник Г. Айзенка (ЕРІ)

Містить 57 питань, 24 з яких направлено на виявлення екстраверсії-інтроверсії, 24 інших - на оцінку емоційної стабільності-нестабільності (нейротизма), решта 9 складають контрольну групу питань, призначену для оцінки щирості випробуваного, його ставлення до обстеження та достовірності результатів. Г. Айзенк розробив два варіанти даної методики (А і В), які відрізняються тільки текстом опитувальника. Інструкція, ключ і обробка даних дублюються. Наявність двох форм дозволяє психологу проводити повторне дослідження.

Інструкція:

Вам пропонується відповісти на 57 запитань. Питання спрямовані на виявлення вашого звичайного способу поведінки. Постарайтеся уявити типові ситуації і дайте перший «природний» відповідь, який прийде вам в голову. Відповідайте швидко і точно. Пам'ятайте, що немає «хороших» або «поганих» відповідей. Якщо ви згодні з твердженням, поставте поруч з його номером знак + (так), якщо ні - знак - (немає).

Обробка результатів

ключ:

Відповіді, що збігаються з ключем, оцінюються в 1 бал.

Екстраверсія - інтроверсія:

«Так» (+): 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56;

«Немає» (-): 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

Нейротизм (емоційна стабільність - емоційна нестабільність):

«Так» (+): 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

«Шкала брехні»:

- «Так» (+): 6, 24, 36;

- «Ні» (-): 12, 18, 30, 42, 48, 54.

Інтерпретація результатів

При аналізі результатів слід дотримуватися наступних орієнтирів.

екстраверсія:

- Більше 19 - яскравий екстраверт,

- Більше 15 - екстраверт

- 12 - середнє значення,

- Менше 9 - інтроверт,

- Менше 5 - глибокий інтроверт.

нейротизм:

- Більше 19 - дуже високий рівень нейротизму,

- Більше 14 - високий рівень нейротизму,

- 9-13 - середнє значення,

- Менше 7 - низький рівень нейротизму.

брехня:

- Більше 4 - нещирість у відповідях, що свідчить також про деяку демонстративність поведінки і орієнтованості випробуваного на соціальне схвалення,

- Менше 4 - норма.

Тестовий матеріал

Будь ласка, дайте відповідь на питання «так», якщо ви згодні з твердженням, і «ні», якщо ви не згодні.

1. Часто відчуваєте тягу до нових вражень, щоб відволіктися, випробувати сильні

- відчуття? (так-ні)
2. Ви часто відчуваєте, що вам потрібні друзі, які зможуть вас зрозуміти, підбадьорити, висловити співчуття?
 3. Чи вважаєте ви себе безтурботною людиною?
 4. Вам дуже складно відмовитися від своїх намірів?
 5. Ви повільно думаєте про свої справи і вважаєте за краще почекати, перш ніж діяти?
 6. Ви завжди виконуєте свої обіцянки, навіть якщо це не вигідно?
 7. У вас часто бувають злети і падіння?
 8. Ви зазвичай дієте і говорите швидко, і ви витрачаєте багато часу на роздуми?
 9. Чи відчували ви коли-небудь, що нещасні, хоча серйозних причин для цього не було?
 10. Чи правда, що ви здатні прийняти рішення про що-небудь, щоб посперечатися?
 11. Вам ніяково, коли ви хочете познайомитися з людиною протилежної статі, який привабливий для вас?
 12. Чи буває так, що коли ви злитесь, ви втрачаєте самовладання?
 13. Ви часто дієте на порозі моменту?
 14. Вас часто турбує думка про те, що ви не повинні щось робити або говорити?
 15. Ви віддаєте перевагу читанню книг, ніж зустрічам з людьми?
 16. Чи правда, що вас легко образити?
 17. Вам подобається часто бувати в компанії?
 18. У вас іноді виникають думки, якими ви не хочете ділитися з іншими людьми?
 19. Чи правда, що іноді ви настільки сповнені енергією, що все горить у вас в руках, а іноді ви відчуваєте себе дуже млявим?
 20. Ви намагаєтеся обмежити своє коло знайомств невеликою кількістю близьких людей?
 21. Багато мрієте?
 22. Коли хтось кричить на вас, ви відповідаєте добром?
 23. Як часто ви відчуваєте провину?
 24. Чи всі ваші звички хороші і бажані?
 25. Чи здатні ви дати волю власним почуттям і вдосталь повеселитися в галасливій компанії?
 26. Чи можна сказати, що ваші нерви часто напружені до межі?
 27. Чи вважають вас живим і життєрадісною людиною?
 28. Після того, як вчинок зроблений, як часто ви повертаєтеся до нього подумки і думаєте, що могли б зробити краще?
 29. Чи правда, що ви, як правило, мовчазні і стримані, коли перебуваєте серед людей?
 30. Чи буває так, що ви передаєте чутки?
 31. Чи буває так, що ви не спите від того, що в голову закрадаються різні думки?
 32. Чи правда, що вам часто приємніше і простіше читати про те, що вас цікавить, в книзі, хоча можна запитати швидше і простіше дізнатися про це від друзів?
 33. У вас сильне серцебиття?
 34. Вам подобається робота, яка вимагає пильної уваги?
 35. Чи бувають у вас напади тремтіння?
 36. Чи правда, що ви завжди говорите тільки хороше про людей, яких знаєте, навіть коли впевнені, що вони про це не знають?
 37. Чи правда, що вам неприємно перебувати в компанії, де постійно жартують один над одним?
 38. Чи правда, що ви дратівливі?
 39. Вам подобається робота, яка вимагає швидких дій?
 40. Чи правда, що вас часто переслідують думки про різні неприємності і «жахи», які могли статися, хоча і закінчилися добре?
 41. Чи правда, що ви неквапливі у своїх рухах?
 42. Ви коли-небудь запізнювалися на побачення або роботу?
 43. Вам часто сняться кошмари?

44. Чи правда, що ви настільки любитель поговорити, що ніколи не упустите можливості поговорити з незнайомою людиною?
45. Вас турбує біль?
46. Ви б засмутилися, якби довго не могли бачити своїх друзів?
47. Чи можна назвати себе нервовою людиною?
48. Чи є якісь ваші знайомі, які вам явно не подобаються?
49. Вам легко поранити критику ваших недоліків або вашої роботи?
50. Чи могли б ви сказати, що ви впевнена в собі людина?
51. Чи важко по-справжньому насолоджуватися подіями, які мають багато учасників?
52. Вас турбує відчуття, що ви якимось гірше за інших?
53. Чи змогли б ви принести азарт нудній компанії?
54. Чи буває так, що ви говорите про речі, які повністю розумієте і не розумієте?
55. Турбуєтеся про своє здоров'я?
56. Ви любите висміювати інших?
57. Ви страждаєте безсонням?

У загальному сенсі екстраверсія - це орієнтація індивіда на оточуючих людей і події, інтроверсія - орієнтація індивіда на свій внутрішній світ, а нейротизм - поняття, синонім тривоги - проявляється як емоційна нестійкість, напруженість, емоційна збудливість, депресія.

Ці властивості, з яких складається структура особистості по Айзенку, обумовлені генетично. Їх вираженість пов'язана зі швидкістю вироблення умовних рефлексів і їх силою, рівновагою процесів збудження і гальмування в центральній нервовій системі і рівнем активації кори головного мозку ретикулярної формації.

Так, екстраверт, в порівнянні з інтровертом, важче виробляє умовні рефлекси, має більшу терпимість до болю, але менше терпимість до сенсорної депривації, внаслідок чого погано переносить одноманітність, частіше відволікається під час роботи і т. д. Типовими поведінковими проявами екстраверта є товарицькість, імпульсивність і відсутність самоконтролю, хороша пристосованість до навколишнього середовища, відкритість в почуттях. Він чуйний, життєрадісний, впевнений в собі, прагне до лідерства, має багато друзів, нестриманий, шукає розваг, любить ризикувати, дотепний, не завжди обов'язковий.

У інтроверта переважають такі поведінкові особливості: він часто зациклюється на собі, відчуває труднощі з налагодженням контактів з людьми і адаптацією до реальності. У більшості випадків інтроверт спокійний, врівноважений, миролюбний, його дії продумані і раціональні. Коло його друзів невеликий. Інтроверт високо цінує етичні норми, любить планувати майбутнє, думає про те, що і як буде робити, не піддається миттєвим імпульсам, песимістично налаштований. Інтроверт не любить турбот, дотримується рутини життя. Він строго контролює свої почуття і рідко поводить себе агресивно, обов'язково.

На одному полюсі нейротизму (високі бали) знаходяться так звані невротики, які характеризуються нестабільністю, дисбалансом нервово-психічних процесів, емоційною нестабільністю, а також лабільністю вегетативної нервової системи. Тому вони збудливі, для них характерна мінливість настрою, чутливість, а також тривожність, недовірливість, повільність, нерішучість. Інший полюс нейротизму (низькі бали) - емоційно стійкі обличчя, що характеризуються спокоєм, врівноваженістю, впевненістю, рішучістю.

зادля досягнення мети. Я легко переключаюсь з однієї справи на іншу.									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ключ:

Рівні осмисленості та сформованості складових життєстійкості:

низький рівень: менше ніж 40 балів,

середній: 41- 60 балів,

високий: 61балів та більше.

**«Опитувальник посттравматичного зростання»
(PGI; R. Tedeschi, L. Calhoun; адаптований Д. Зубовським)**

Опитувальник складається з 25 тверджень, щодо яких досліджуваним пропонується вказати, в якій мірі та чи інша зміна відбулася у їхньому житті внаслідок участі у бойових діях із захисту України. Оцінювання здійснюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від «я не відчув цієї зміни» = 0 до «я пережив цю зміну в дуже великому ступені» = 5). Ці 25 тверджень відповідають п'ятьом шкалам (по 5 на кожному): стосунки з оточуючими, нові можливості, особистісне зміцнення, духовні та екзистенційні зміни, поцінування життя. Сума балів за всіма твердженнями складає загальний показник зростання.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____ Дата _____

Інструкція: «Для кожного з нижченаведених 25 тверджень вкажіть, обвівши кружечком відповідну цифру, в якій мірі та чи інша зміна відбулася у Вашому житті внаслідок участі у бойових діях із захисту України:

0 = я не відчув цієї зміни;

1 = я відчув цю зміну в дуже незначній мірі;

2 = я відчув цю зміну незначною мірою;

3 = я відчув цю зміну в помірній мірі;

4 = я пережив цю зміну значною мірою;

5 = я пережив цю зміну в дуже великому ступені».

	0	1	2	3	4	5
1. Я змінив свої пріоритети щодо того, що дійсно є важливим в житті						
2. Я став більше цінувати цінність власного життя						
3. У мене з'явилися нові інтереси						
4. У мене зросло почуття впевненості в собі						
5. Я став краще розуміти нематеріальний бік життя						
6. У мене зросла впевненість в тому, що можу розраховувати на людей у скрутний час						
7. Я намітив новий шлях для свого життя						
8. У мене зросло відчуття близькості з іншими						
9. Я охочіше став висловлювати свої емоції						
10. У мене зросла впевненість в тому, що можу впоратися з труднощами						
11. Я зрозумів, що можу зробити різні сторони свого життя кращими						
12. Я став більш позитивно сприймати те, як усе складається в моєму житті						
13. Я став краще цінувати кожен день свого життя						
14. Для мене стали доступними нові можливості, яких раніше не було						
15. У мене зросла здатність співчуття до інших						
16. Я став вкладати більше зусиль в успішність своїх стосунків						
17. У мене зросла рішучість змінити те, що потребує змін						
18. У мене зміцнилися мої життєві переконання						
19. Я з'ясував, що сильніший, ніж думав раніше						
20. Я багато дізнався про те, які насправді люди можуть бути чудовими						
21. Я став краще розуміти потреби інших						
22. У мене зросло відчуття гармонії зі світом						
23. У мене зросло відчуття взаємопоєднання з усім існуючим в світі						
24. Для мене стали зрозумілішими питання про життя і смерть						

25. Я став краще розуміти сенс життя									
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Обробка результатів

Кількісні результати опитувальника підраховуються згідно з ключем (сума балів).

1. Стосунки з оточуючими – 8, 9, 15, 16, 21.
2. Нові можливості – 1, 3, 6, 7, 14.
3. Особистісне зміцнення – 4, 10, 17, 19, 23.
4. Духовні та екзистенційні зміни – 5, 18, 22, 24, 25.
5. Поцінування життя – 2, 11, 12, 13, 20.
6. Загальний показник – сума всіх показників.

Оцінка для перших п'яти шкал знаходиться в діапазоні від 0 до 25 балів.

Для шостої шкали, як сумарного показника п'яти попередніх, оцінка може варіюватися у діапазоні від 0 до 125 балів.

Додаток Е

Вхідні дані

Група	Резильєн- тність	Вирішення проблем	Пошук соц. підтримки	Уникнення проблем	Екстраверсія - Інтроверсія	Нейротизм	Життєс- тійкість	Посттрав- матичне зростання
2	36	31	32	11	24	4	67	102
2	35	32	25	16	14	6	65	96
1	33	28	12	18	17	6	55	70
2	31	32	25	12	14	4	61	90
1	31	25	23	21	24	2	51	74
2	30	30	28	13	23	10	55	104
1	30	27	13	15	29	5	49	72
1	29	28	23	18	23	9	51	67
2	29	31	32	12	23	6	64	82
2	25	30	32	13	21	1	58	87
1	23	24	17	16	14	6	42	75
2	22	25	27	14	21	2	65	84
2	21	32	12	27	26	6	55	81
1	19	22	29	21	28	8	47	71
2	18	29	25	12	24	12	51	57
2	18	26	15	12	23	13	56	66
2	17	22	21	12	25	4	57	69
2	17	32	14	17	19	2	49	48
1	17	22	25	23	19	4	51	59
2	16	26	27	14	17	10	55	55
2	16	28	14	11	15	9	50	60
2	15	25	22	14	18	19	47	64
2	15	28	29	18	19	20	47	53
2	14	27	12	24	17	17	49	54
1	13	28	25	27	13	12	41	52
1	12	24	14	29	11	24	41	42
1	12	15	22	30	8	23	40	44
1	11	11	23	14	7	23	42	53
1	11	25	21	21	11	22	42	49
1	11	16	17	26	6	16	40	38
1	10	18	17	29	4	10	38	40
1	7	12	16	24	4	12	41	43
1	6	21	17	33	9	18	31	43
2	5	17	31	27	6	22	37	39
1	5	13	24	33	2	21	35	38
2	4	15	17	28	7	16	32	34
2	4	17	22	29	8	22	35	23
1	3	21	22	32	3	20	30	45
1	3	19	31	25	1	20	39	24
1	2	25	13	32	2	16	30	20

Порівняння психологічних показників в групах

Описові статистики груп						
	Група	N	Среднее	Медиана	SD	SE
Резильєнтність	Ремісія	20	19.4	17.50	9.42	2.11
	Активна фаза	20	14.4	11.5	9.93	2.22
Вирішення проблем	Ремісія	20	26.8	28.00	5.30	1.19
	Активна фаза	20	21.2	22.0	5.47	1.22
Пошук соц. підтримки	Ремісія	20	23.1	25.00	6.97	1.56
	Активна фаза	20	20.2	21.5	5.40	1.21
Уникнення проблем	Ремісія	20	16.8	14.00	6.37	1.42
	Активна фаза	20	24.4	24.5	6.21	1.39
Екстраверсія - Інтроверсія	Ремісія	20	18.2	19.00	6.01	1.34
	Активна фаза	20	11.8	10.0	8.90	1.99
Нейротизм	Ремісія	20	10.3	9.50	7.00	1.57
	Активна фаза	20	13.8	14.0	7.29	1.63
Життєстійкість	Ремісія	20	52.8	55.00	9.91	2.22
	Активна фаза	20	41.8	41.0	7.18	1.61
Посттравматичне зростання	Ремісія	20	67.4	65.00	22.84	5.11
	Активна фаза	20	51.0	47.0	16.35	3.66

T-тест незалежних вибірок

		Статистика	p	Різниця середніх
Резильєнтність	Манн-Уитни U	132.0	0.068	5.40
Вирішення проблем	Манн-Уитни U	82.0	0.001	5.00
Пошук соц. підтримки	Манн-Уитни U	146.5	0.150	3.00
Уникнення проблем	Манн-Уитни U	72.5	<.001	-8.00
Екстраверсія - Інтроверсія	Манн-Уитни U	109.0	0.014	8.00
Нейротизм	Манн-Уитни U	141.0	0.113	-3.64
Життєстійкість	Манн-Уитни U	77.5	<.001	12.00
Посттравматичне зростання	Манн-Уитни U	114.5	0.021	15.76

Додаток 3

Кореляційний аналіз

		Резил'єн тність	Виріш ення пробл ем	Пошу к соц. підтр имки	Уникн ення пробл ем	Екстра версія - Інтровер сія	Нейро тизм	Життєсті йкість	Посттравм атичне зростання
Резильєнт ність	Пірсо н r	—							
	df (ступ. своб оди)	—							
	p- знач ть	—							
Вирішенн я проблем	Пірсо н r	0.709***	—						
	df (ступ. своб оди)	38	—						
	p- знач ть	<.001	—						
Пошук соц. підтримки	Пірсо н r	0.183	0.069	—					
	df (ступ. своб оди)	38	38	—					
	p- знач ть	0.259	0.671	—					
Уникненн я проблем	Пірсо н r	- 0.703***	- 0.554* **	-0.275	—				
	df (ступ. своб оди)	38	38	38	—				
	p- знач ть	<.001	<.001	0.086	—				
Екстравер сія - Інтроверсі я	Пірсо н r	0.752***	0.679* **	0.129	- 0.679* **	—			
	df (ступ. своб	38	38	38	38	—			

	оди)								
	р-знач-ть	<.001	<.001	0.429	<.001	—			
Нейротизм	Пірсон r	- 0.744***	- 0.596**	-0.064	0.570**	- 0.663**	—		
	df (ступ. свобод оди)	38	38	38	38	38	—		
	р-знач-ть	<.001	<.001	0.694	<.001	<.001	—		
Життєстійкість	Пірсон r	0.854***	0.692**	0.307	- 0.809**	0.750** *	- 0.721**	—	
	df (ступ. свобод оди)	38	38	38	38	38	38	—	
	р-знач-ть	<.001	<.001	0.054	<.001	<.001	<.001	—	
Посттравматичне зростання	Пірсон r	0.907***	0.667**	0.297	- 0.722**	0.743** *	- 0.707**	0.863** *	—
	df (ступ. свобод оди)	38	38	38	38	38	38	38	—
	р-знач-ть	<.001	<.001	0.063	<.001	<.001	<.001	<.001	—
<i>Примітки</i> * p < .05, ** p < .01, *** p < .001									

Програма психологічних занять для оптимізації реагування на стресові ситуації в онкохворих осіб

Мета: розвиток стресостійкості і життєстійкості; формування навичок саморегуляції; сприяння вибору адекватних копінг-стратегій у стресових ситуаціях.

Завдання:

- ознайомлення із сутністю життєстійкості та стресостійкості як чинників адекватного реагування на стрес, запобігання його впливу на стан здоров'я;
- формування навичок саморегуляції емоцій та поведінки;
- мінімізувати психоемоційне напруження, знизити тривожність учасників;
- сприяння пошуку внутрішніх ресурсів для відновлення психологічного комфорту, відчуття спокою;
- спрямування до вирішення проблем, конструктивного вирішення конфліктів та ін., вибору адекватних способів подолання проблем і труднощів, мирного розв'язання конфліктів;
- формування здатності до посттравматичного зростання після пережитих психотравматичних подій.
- розвиток навички планування майбутнього із врахуванням пережитих подій.

Структура: 6 занять по 1 год. – 1 год. 20 хв. кожне.

Заняття № 1

Мета: сприяти самопізнанню, розвивати навички позитивного самоствавлення та презентації своїх сильних сторін; ознайомити із причинами стресу в житті та проаналізувати міфи про вплив стресу на здоров'я і життя людини; ознайомити із сутністю поняття життєстійкості; формувати життєстійкість і стресостійкість; допомогти з'ясувати способи управління емоціями та розвивати навички саморегуляції; сприяти адекватному прийняттю психотравми, захворювання, кризової події в житті; знижувати тривожність, вчити прийомам релаксації.

Привітання

Вправа-знайомство «Гра в імена»

Перший учасник чи учасниця називає своє ім'я, а потім додає характеристику, що починається з тієї самої літери, що й ім'я.

Наприклад, Олена – організована, Ірина – ініціативна, Сергій – сміливий, Артем – активний та ін.

Правила поведінки в групі

Учасникам групи повідомляється, що з метою організованої діяльності необхідно розробити правила спілкування й записати їх на плакаті, який завжди буде на заняттях.

Рекомендовано такі правила:

1. Конфіденційність.
2. Щирість і відвертість.
3. Повага до іншого.
4. Обговорення лише того, що відбувається в групі в даний момент.
5. Активна участь (при небажанні висловлюватись – «правило руки»).
6. Говорити від власного імені та про власні почуття.

Вправа-самопізнання «Як розібратися в собі» (авторська модифікація завдання за текстом А. Король) [30]

Психолог пропонує записати короткі відповіді на питання, а потім проаналізувати, як багато учасники знають про себе.

1. Що робить мене щасливим і як я можу створити більше щастя у своєму житті?
2. Які мої сильні та слабкі сторони?
3. Чим мені справді подобається займатись?

4. Які мої мрії, цілі та інтереси?
5. Які мої цінності та як вони впливають на мої рішення в житті?
6. Як я взаємодію з іншими людьми?
7. Що допомагає мені долати перешкоди?
8. Як я відпочиваю і відновлююсь?
9. Як я дбаю про своє здоров'я?
10. Як я можу стати кращою версією себе?

Обговорення: Чи на всі запитання у Вас були відповіді? Що було сказати найлегше про себе, що найважче?

Наприкінці вправи пропонує записати напроти кожної відповіді поставлені запитання та продумати вдома ще раз відповіді, дописати, доповнити, спробувати пізнати себе глибше.

Дискусія «Причини стресу в нашому житті»

Психолог запрошує учасників до висловлення думок, з яких причин найчастіше виникають стреси в їх житті. Після того, як всі учасники висловляться, він знайомить їх з найпоширенішими причинами стресу, і запрошує до обговорення тих, які на думку більшості, є важливими для групи.

Інформаційне повідомлення «Розвіювання міфів про стрес»

З поняттям стресу пов'язано багато міфів:

1. Симптоми стресу не можуть заподіяти мені шкоди. Це твердження можна назвати логічним, тому що стрес діє як на психіку, так і на соматіку. При цьому спостерігається зв'язок між соматикою і психікою.

2. Тільки слабкі люди страждають від стресу. Насправді дію надмірного стресу зазвичай зазнають дуже завантажені роботою люди з високим рівнем вимог, працелюбні. У певному розуміння кожна людина є мішенню для стресу.

3. Я не несу відповідальності за стрес у моєму житті, стрес у наш час неминучий – ми всі його жертви. У дійсності людина відповідальна за велику частину стресів у своєму житті. Стрес – це результат того, як людина реагує на події, що відбуваються з нею. Такий стрес є несвідомим вибором людини.

4. Я завжди знаю, коли я переживаю надмірний стрес. Насправді чим сильніший стрес, тим менше людина відчуває його симптоми до того моменту, коли стрес досягає такої сили, за якої його симптоми вже не можна ігнорувати.

5. Пізнати джерела надмірного стресу легко. Однак це не зовсім так. У деяких людей ознаки стресу не розвиваються доти, доки не зникає стресор. У цих ситуаціях такі симптоми виявляються у формі психологічного й фізичного виснаження.

6. Усі люди реагують на стрес однаково. Це твердження неправильне. Ми відрізняємося один від одного за джерелами стресу, симптомами і захворюваннями, що розвиваються внаслідок надмірного стресу.

7. Коли я починаю переживати надмірний стрес, усе, що я повинен зробити – це сісти і розслабитися. Це твердження також неправильне, хоча релаксація (розслаблення) і корисна, але насправді мало хто вміє глибоко розслабитися, до того ж зняття стресу не зводиться тільки до релаксації.

Міні-інформування «Життєстійкість»

Поняття «життєстійкість» (hardiness) як ключовий ресурс особистості у науковий обіг було введено американським вченим С. Мадді, воно відображає, на думку автора, психологічну живучість і є показником психічного здоров'я людини.

Життєстійкість формує здатність визнавати стрес та перетворювати його в перевагу; відображає готовність активно і гнучко діяти в ситуації стресу та труднощів, зберігаючи при цьому соматичне та душевне здоров'я, а також успішність діяльності; сприяє оптимальному переживанню ситуації невизначеності та тривоги; впливає не лише на оцінку ситуації, але й на активність людини у подоланні цієї ситуації, тобто вибір копінг-стратегії. Життєстійкість пов'язана з такими психологічними змінними:

- саморегуляція та самоорганізація;
- осмисленість діяльності;
- резистентність людини до втрати смислу в діяльності та пошук нового сенсу;
- самоефективність;
- почуття пов'язаності;
- оптимізм; віра та довіра;
- особистісна надійність;
- осмисленість життя та толерантність.

Психолог звертаючись до учасників, підводить їх до думки, що життестійкість є опорою для протидії впливів стресу на організм та діяльність людини.

Вправа «Почуй себе, здолай стрес»

Розуміти свої потреби та прислухатися до себе — це ключові умови для збереження фізичного й ментального здоров'я, а це надзвичайно важливо в наш час. Підготували для вас бінго турботи про себе, щоб жодна деталь не залишилася без уваги.

Далі психолог ознайомлює учасників із пам'яткою «Подолання стресу», яка допомагає запобігати і подолати стрес.

«Щоб подолати стрес, я:

- займаюся фізичною активністю, яка мені до душі;
- проводжу час на свіжому повітрі;
- дотримуюся режиму сну;
- повноцінно та збалансовано харчують;
- практикую медитації, вправи розслаблення, саморегуляції;
- знаю, як допомогти собі впоратися із стресом;
- проходжу щорічний чекап організму;
- дотримуюся балансу між роботою і відпочинком;
- підтримую водний баланс.

Запитає: - Які із завдань реалізувати легко, а які важко. Що вдається ридити щодня.

Що будуть робити учасники?

Мозковий штурм «Способи саморегуляції»

Мета: з'ясування способів управління своїми емоціями і ситуаціями.

Учасники діляться на групи і відповідають на питання: «Як боретесь з негативними емоціями?». В процесі обговорення складається список способів боротьби з негативними емоціями. Отриманий список коригується і доповнюється психологом.

Техніка «Прийняття травми» (О. Тараріна)

Психолог зачитує текст, а учасники послідовно виконують пропоновані кроки візуалізації.

«Пропоную Вам відправитися у подорож, в якому ви зможете подивитися на свої травми по-іншому.

Відразу скажу, що будемо працювати з мікротравмами, тобто із найлегшими, поки ви навчитеся з ними працювати.

Отже, виберіть зручне місце, де вам буде зручно, сядьте чи ляжте, займіть будь-яку зручну позу. Закрийте очі, якщо вам не комфортно, можете продовжувати із відкритими. Спробуйте розслабитися, зробіть декілька глибоких дихів та видихів.

Уявіть, що стоїте біля підніжжя гори, високої-високої гори, яка є символом вашого духовного шляху. Піднімаючись, ви зустрічаєте на її схилах багато перешкод, зокрема й ваші травми.

Згадайте одну із самих легких. Відчуйте ті емоції, які вона викликає, спостерігайте за ними. А тепер уявіть, що над цією травмою ви можете піднятися, подивитися на неї з висоти польоту птаха.

Як по-новому ви можете побачити цю подію? Які нові знання і розуміння дає такий кут огляду? Чому навчила вас ця травма? Як вона зробила вас сильнішим? Як допомогла в розвитку?

Уявіть, що з цієї травми ви можете взяти лише те, що вам потрібно, а інше – опустити. Ви можете залишити образу і біль позаду і просуватися далі, вище.

Вдихніть глибоко, відчуйте, як добро, гармонія і сила наповнюють вас.

Тепер подивіться на світ з гірської вершини. Подивіться, який він прекрасний, скільки в ньому можливостей, людей, які мають подібний до вашого досвід. Ви можете стати прикладом для них, показати, що через травми можна пройти і стати кращим. Що ви можете наповнити цей світ любов'ю.

Повторіть про себе:

Я приймаю свої травми як частину свого шляху.

Я використовую свої травми як джерело сили і росту.

Я прощаю людей, які завдали мені болю.

Я стаю кращим.

Я роблю кращим цей світ.

Глибоко вдихніть, видихніть декілька разів і повільно повертайтеся. Посидьте деякий час в тишині, насолодіться спокоєм.

Якщо потрібно, цю візуалізацію можна повторити пізніше з іншими ситуаціями».

Вправа-релаксація «Очищення від тривог» (О. Бондарьова) [4]

Психолог зачитує матеріали, учасники виконують:

«Сідайте зручніше, закрийте очі і постарайтеся уявити собі все, що я буду говорити

...

Давайте зберемо мішок. Покладемо в нього все, що заважає: всі образи, сльози, сварки, смуток, невдачі, розчарування ... Зав'яжемо його і вирушимо в дорогу ...

Ви вийшли з дому, де ви живете, на широку дорогу ...

Шлях ваш далекий, дорога важка, мішок тисне на плечі, втомилися і стали важкими руки, ноги. О-ох! Як хочеться відпочити! Давайте так і зробимо. Знімаємо мішок і лягаємо на землю. Глибоко вдихнемо: вдих (затримати 3 сек), видих (затримати 3 сек) – повторити 3 рази. Дихається легко, рівно глибоко ... Ви відчуваєте, як пахне земля? Свіжий запах трав, аромат квітів наповнює дихання. Земля забирає всю втому, тривоги, образи, наповнює тіло силою, свіжістю ...

Треба йти далі. Вставайте. Підніміть мішок, відчуйте – він став легше ... Ви йдете полем серед квітів, стрекочуть коники, дзижчать бджоли, співають птахи. Прислухайтесь до цих звуків ... Попереду прозорий струмочок. Вода в ньому цілюща, смачна. Ви нахилиєтеся до нього, опускаєте долоні в воду і п'єте із задоволенням цю чисту і прохолодну воду. Відчуваєте, як вона розтікається приємно по всьому тілу прохолодою. Усередині приємно і свіжо, ви відчуваєте легкість у всьому тілі ... Добре! Увійдіть у воду. Вона приємно пестить ноги, знімає напругу і втому. Ви стрибаєте з камінця на камінець, вам легко і радісно, мішок зовсім не заважає, він став ще легшим ... Різнокольорові бризки розлітаються і блискучими крапельками освіжають обличчя, лоб, щоки, ший, все тіло. Добре-е!

Ви легко перебралися на інший берег. Ніякі перешкоди не страшні! ...

На гладкій зеленій травичці стоїть чудовий білий будиночок. Двері відчинені і привітно запрошує вас увійти. Перед вами грубка, можна посушитися. Ви сідаєте поруч з нею і розглядаєте яскраві язички полум'я. Вони весело підстрибують, танцюючи; підморгують вуглинки. Приємне тепло пестить обличчя, руки, тіло, ноги, ... Стає затишно і спокійно. Добрий вогонь забирає всі ваші печалі, втому, смуток ...

Подивіться, ваш мішок спорожнів ...

Ви виходите з будиночка. Ви задоволені і заспокоєні. Ви з радістю вдихаєте свіже повітря. Легкий вітерець пестить ваше волосся, обличчя, тіло. Тіло ніби розчиняється в повітрі, стає легким і невагомим. Вам дуже добре. Вітерець наповнює ваш мішок радістю, добром, любов'ю ...

Все це багатство ви несете в свій будинок. Поділіться зі своїми дітьми, рідними, друзями. (Пауза не менше 30 сек)

Тепер можете відкрити очі і посміхнутися – ви вдома і вас люблять».

Групове обговорення: Чи вдалося звільнитися від тривоги?

Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Учасники по колу відповідають на наступні питання: «Як ви себе почуваете? Що ви відчували під час виконання вправ? Що Вам сподобалося / запам'яталося в ході виконання завдання?».

Заняття № 2

Мета: ознайомити із техніками дихальної регуляції емоцій та переживань, сприяти зниженню стресу; обговорити способи подолання проблем і труднощів; сприяти розвитку навичок самоаналізу і рефлексії; ознайомити з відомостями про конфлікт, вчити будувати 3-D моделі конфліктів; вчити обирати конструктивні способи подолання проблем і вирішення конфліктів; ознайомити із порадами-антистресам та порадами для позбавлення гніву, дратівливості, поганого настрою; сприяти розвитку навичок саморефлексії, релаксації, розслаблення і заспокоєння.

Привітання

Вправа-розминка «Незакінчені речення»

За методом незакінчених речень учасники продовжують вислови у письмовій формі:

Мені сумно від того, що.....

Мене дратує те, що.....

Мені заважає.....

Я стомився від того, що.....

Я б хотів змінити

Потім учасникам пропонується порвати ці папірці та покласти в корзину для сміття.

Вправа-регуляція «Непотрібне продишайте»

За поганим настроєм, непевністю, безпідставною тривогою та страхами ховаються, як правило, невидимі зовні напруження гортані, глотки, діафрагми й черевного пресу. Ви не можете зняти це прямим розслабленням м'язів, але тут можуть допомогти спеціальні дихальні вправи.

Щоб продихати страх, тривогу й інші негативні емоції, виконайте «собаче дихання» (швидке й поверхневе, горлом, через рот). Кілька хвилин такого дихання – і непотрібні емоції зникають. Іноді цього не вистачає, тоді потрібно додати вібрацій на вдиху.

Зробіть кілька повних вдихів і видихів, потім затримайте повітря на вдиху та зробіть до десяти рухів діафрагмою.

Відбувається масаж внутрішніх органів і спадає напруження там, де іншим шляхом домогтися розслаблення не вдається.

Вправа-дискусія «Способи подолання проблем і складних життєвих труднощів» (за Т. Ткачук)[74]

Мета: ознайомити учасників із основними стратегіями подолання проблем (розв'язання проблем, пошук соціальної підтримки, уникання).

Хід проведення: Учасники висловлюються про те, як кожен з них долає складні життєві труднощі. Психолог просить їх пригадати основні проблеми, які виникали протягом шести місяців і про те, як вони поводити себе у цих ситуаціях.

Далі пропонує розіграти декілька типових ситуацій, в яких учасникам пропонується продемонстрували той чи інший тип копінг-поведінки.

Потім відбувається обговорення на цих прикладах основних стратегій копінг-поведінки людини (розв'язання проблем, пошук соціальної підтримки, уникання).

Під час групового обговорення учасники висловлюються щодо того, які стратегії, на їх погляд, є більш ефективними, а які – менш?

Вправа-саморефлексія «5 запитань, щоб краще зрозуміти себе»

Візьміть кілька хвилин, щоб відповісти

1. Що б Ви хотіли встигнути за життя?

2. Коли останній раз Ви відчували себе щасливим, з яких причин? Що потрібно зараз, щоб відчути себе таким же щасливим?
3. Що б Ви зробити, якби знали, що у Вас точно вийде?
4. Уявіть, ніби завтра Ваш останній день, що Ви зробите?
5. А тепер уявіть, ніби перед Вами це довге життя, що Ви зробите?

Вправа «Моя карта конфлікту» («3-D модель» конфлікту) (за В. Карповою) [39]

Мета: сформувати у учасників уявлення про конфлікт, його види та структуру.

Хід проведення: Учасникам пропонується намалювати «конфлікт» яким вони його уявляють, потім кожен презентує свій малюнок. Після виконання завдання учасники сідають у коло і по черзі розповідають, що намалювало, що означає цей малюнок. Потім малюнки розташовуються по певним смисловим групам: конфлікт ролей, конфлікт бажань, конфлікт норм поведінки.

Інформаційне повідомлення «Конфлікт, його види» (за І. Мазур) [39]

Мета: теоретичне повідомлення про різновиди конфліктів та основні конфліктогени, сигнали про початок конфлікту.

Хід проведення: Психолог: Конфлікти бувають різні... Конфлікт між двома людьми, між групами, колективами, націями, державами... В основі кожного конфлікту лежить ситуація, яка включає протилежні позиції сторін із будь-якого приводу: неможливість отримати те, що потрібно, чи те, що хочеться; різні точки зору на одне й те ж питання. Але щоб конфлікт почав розвиватися, необхідний поштовх, коли одна із сторін починає діяти, зачіпаючи інтереси іншої.

Тож як зрозуміти, що є небезпека конфлікту?

«Сигнали» конфлікту:

– Дискомфорт. Інтуїтивно ми відчуваємо: щось не так, хоча словами це висловити важко. Малі діти в таких випадках починають плакати, капризувати, кричати.

– Інцидент. Якась дрібниця викликає тимчасове хвилювання чи роздратування. Опонент потрапляє під "гарячу руку".

– Непорозуміння. Дуже часто в ситуаціях непорозуміння ми можемо робити неправильні висновки з того, що відбувається. Як літературний прийом "непорозуміння" часто застосовують автори серіалів. Хтось із героїв щось неправильно почув, комусь невірною передали інформацію, когось переплутали з негативним героєм і спалахує конфлікт. Непорозуміння може посилюватися, якщо ситуація пов'язана із емоційною напругою одного із учасників конфлікту.

– Напруга. Цей стан заважає спокійному сприйняттю іншої людини, її дій. Наші почуття стосовно цієї людини змінюються в гірший бік. Ситуація стає напруженою, в будь-який момент може спалахнути полум'я сварки.

– Криза. Це важкий стан у житті людини, викликаний захворюванням, втратою друга, грошей, становища. Говорять і про вікові кризи, в тому числі кризу підліткового віку. У кризовому стані звичайні норми людської поведінки можуть втратити свою силу. Людина вдається до крайнощів: насильства, втрати контролю над емоціями, жорстких суперечок із взаємними образами.

Отже, як правило, конфлікт виникає, коли одна людина дозволяє собі ображати іншу. Невміння спілкуватися посилює суперечку і приводить до опору.

Поради «Як впоратись з дратівливістю, гнівом та поганим настроєм?» (В. Горбунова) [10]

1. Практикуйте релаксацію, медитацію, йогу та інші способи зняття напруги. Існує безліч практик, спрямованих на заспокоєння, стишення та зняття напруги. Сюди належать і м'язова релаксація, і дихальні практики, і системи фізичних вправ.

2. Налагодьте відпочинок. Втоmlеній та виснаженій людині важко впоратись з дратівливістю, як і важко сприймати світ у яскравих тонах. Тож потурбуйтеся про себе і налагодьте власний відпочинок.

3. Зупиняйте негативні думки. Пам'ятайте, що ваш настрій залежить не стільки від реальної ситуації навколо вас, скільки від думок. Негативні думки спотворюють реальність, додаючи в неї тривогу, невпевненість, страх, невіру у власні сили та, навіть, агресію. Не вірте таким думкам.

Зупиняйте їх потік, переключаючись на якусь справу, читання книги, фізичну активність, спілкування з друзями. Навіть зосередження на роботі, її плануванні та реалізації – може бути гарним способом викинути з голови негативні думки.

4. Керуйте тригерами. Важливо помітити та, можливо, скласти перелік, усього того, що засмучує вас, дратує, злить чи в інший спосіб псує настрій. Знаючи свої тригери, ви зможете керувати ними. Наприклад уникати таких ситуацій, людей, діяльностей або готуватися до них.

5. Попереджайте близький та рідних про свій стан. Будьте щирими з людьми, які підтримують та хвилюються за вас. Розкажіть їм про те, що ваша дратівливість та поганий настрій мають причини і що деякий час ви потребуватимете дбайливого ставлення та розуміння.

Вправа «Заспокійливий мішечок»

Поради для антистресу:



Якщо задіяти усі 5 чуттів (зір, слух, нюх, смак, дотик), можна суттєво знизити симптоми тривоги, депресії, негативних переживань, стресу.

Дослідження показують, що:

- аромати допомагають знизити симптоми тривоги та депресії.
- лікувальний масаж впливає на біохімію мозку, він знижує рівень кортизолу (гормону стресу) і підвищує дофамін і серотонін, які відповідають за наші позитивні реакції.
- музика у лікуванні депресії може бути більш ефективною, чим психотерапія без неї.

Ви можете задіяти і концентрувати свою увагу певний час хоча б на одному із п'яти чуттів:

- усвідомлено дивитися
- або прислухатися до чогось, що Вас заспокоює
- або вдихнути улюблений аромат
- скуштувати щось смачненьке
- доторкнутися до чогось, що дає Вам приємні відчуття (зручна ковдра, тепла водичка, яка стікає по тілу).

Створіть свій «мішечок із п'ятьма чуттями», щоб швидко і одночасно задіяти усі органи чуття. Цей мішечок можна покласти і носити із собою:

- 1) улюблений запас (парфуми або масло);
- 2) цукерку;
- 3) антистресовий м'ячик (або щось подібне);
- 4) на телефоні мати улюблені картинки і музику.

Важливо, щоб все це було у зоні досяжності в будь-який момент. Це допомагає заспокоїтися, і за потреби може бути використане як самодопомога для заспокоєння.

Арт-терапевтична вправа «Внутрішня зірка»

Психолог пропонує учасникам зайнятися малюванням. Кожному учаснику роздає по бланку із зображенням малюнка зірки, пропонує уявити, як саме він розфарбує наданий зразок, якими кольорами буде користуватися.

«Подивіться на зображення, уявіть, як саме виглядає ваша внутрішня зірка, яка веде вас по життю. Можливо саме так? Як вона світить? Які кольори переважають? Давайте розфарбуємо ваші зірки і подивимось, які вони красиві і різноманітні».

Далі психолог роздає набори кольорових олівців і запрошує до малювання. На вправу відводиться 10-15 хвилин. Якщо учасники не закінчили малюнки – вони можуть закінчити вдома і принести малюнки на наступне заняття для обговорення і виставки.

Після виконання вправи учасники обговорюють свої емоції, самопочуття, думки з приводу того, чи їм подобається малюнок, чи вони задоволені результатом, як виглядає їх внутрішня зірка. Після цього влаштовується спільна виставка зображень, психолог підводить учасників до думки про те, всі вони різні, і кожна людина має свою зірку, яка світить їй і веде по життю. А тому кожна людина заслуговує на емоційну підтримку, повагу, емпатію.

За бажанням учасників психолог пояснює значення кольорів, які переважають на малюнку (темно-синій – песимізм, темно-фіолетовий – тяжкі роздуми; червоний – роздратування, агресія; голубий – спокій, зелений – оптимізм, жовтий – позитивні думки тощо)

Вправа-рефлексія «Ресурсний стан» (О. Смирнова) [64]

Мета: актуалізація ресурсних ситуацій та енергетичного потенціалу особистості; розвиток здатності до конструктивного подолання кризових ситуацій.

Слово психолога: «Для актуалізації власної успішності необхідно пригадати ситуації власного успіху, коли кожен учасник в чомусь отримав перемогу, пишався собою та відчував себе щасливим».

Для цього пропонується:

1. Сісти зручно, закрити очі.
2. Дихати повільно та глибоко, відчувати у своєму тілі розслаблення та комфорт.
3. Пригадати ситуацію власного успіху, пригадати, як саме це відбувалось.
4. Переживши знову цю ситуацію, детально згадати якомога чіткіше всі зорові, слухові та тілесні відчуття.
5. Відчутти цю ситуацію і цей стан знову.
6. Відкрити очі, повернутись до групи та розповісти про те, яку ситуацію пригадав кожний учасник, які емоційні відчуття тоді переживались, чи вдалось зараз знову відчутти цей стан і завдяки чому.

Наприкінці психолог вказує: «Мимовільне згадування про минулі успіхи може замотивувати на нові досягнення, додати енергії та ресурсів для ефективної професійної діяльності».

Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Психолог пропонує учасникам згадати все, що відбувалось під час заняття, свої почуття, думки, реакції на те, що відбувається в групі. «Згадайте сьогоднішню роботу на тренінгу і продовжте наступні фрази: «Я зрозумів... Мене здивувало... Я відчув... Думаю, що ... Сьогодні мене вразило...» та ін. Кожен учасник висловлює свої враження від заняття.

Заняття № 3

Мета: сприяти пошуку внутрішніх ресурсів для подолання стресів, проблем, психоемоційних переживань; допомогти учасникам опанувати методам релаксації, дихальними практиками; обговорити поради для превенції стресових переживань;

ознайомити із характеристиками конструктивного і деструктивного копінгу; із формулами самопереконання для розвитку навичок управління емоціями; допомогти визначити альтернативні способи реакції на провокацію чи агресію з боку інших осіб; відпрацювати на практиці навички проактивної поведінки, вмінь застосовувати конструктивні копінги для вирішення проблемних ситуацій.

Мотивувати до тривалої боротьби і турботи про своє здоров'я, збереження ментального здоров'я у складні часи війни.

Привітання

Вправа «Малюнок емоцій»

Намалюйте свої негативні емоції. Які кольори ви використовували, коли малювали їх? Як вони виглядають? Чи подобається вам зображене? Які асоціації вони у вас викликають? Що вам хочеться з ними зробити?

Ви можете утилізувати їх будь-яким із запропонованих способів: порвати, зім'яти, викинути. Що змінилося? Як ви себе почуваєте?

Намалюйте позитивні емоції. Якими кольорами ви їх зображували? Як себе почуваєте? Який малюнок вам подобається більше – зображення негативних чи позитивних емоцій? Який висновок ви можете зробити для себе?

Вправа «Дихання»

Мета: допомогти опанувати методи релаксації, дихальні практики.

Психолог насамперед розповідає про значення ритмічного дихання, про зняття напруження за допомогою дихання. Потім пропонуються такі способи використання дихання, наприклад, робити видих удвічі довшим, ніж вдих; у випадку сильного напруження пробити глибокий видих і затримати дихання на 20–30 секунд.

Міні-інформування «Поради для превенції стресових переживань»

Справимось разом із тривожними станами, давайте спробуємо подолати внутрішнє занепокоєння?

Якщо Ви часто відчуваєте стрес, напруження, роздратованість, тривожність, бажання відреагувати на події агресивно – ми зібрали для Вас декілька порад.

Послухайте поради для запобігання стресу та занепокоєння!

1. Дихайте! Робіть глибокі вдихи через ніс і повільні видихи через рот.
2. Розслабте м'язи. Зверніть увагу на своє тіло, «відпустіть» усе, починаючи ввід стоп і закінчуючи головою.
3. Сфокусуйтеся на відчуттях. Зверніть увагу на контакт стоп із підлогою, рук із предметами поруч.
4. Зафіксуйте увагу. Зосередьтеся на певних об'єктах на деякий час, щоб відволіктися.
5. Займіть зручне положення. Спробуйте сісти, лягти, якщо відчуваєте слабкість в тілі.

Вправа «Точка опори»

У кожного з нас є сильні сторони, тобто те, що ми цінуємо, те, що дає нам відчуття власної свободи і впевненості у собі. Назвемо всі наші «точки опори», адже саме вони допомагають нам в скрутну хвилину. Не зменшуйте свої якості, говоріть прямо, впевнено, без «якщо», «можливо», тощо. Вам на це дається 5 хв. Навіть якщо ви закінчите раніше, час, що залишається, належить вам. Ви не повинні пояснювати, чому названі якості є вашою точкою опори. Досить того, що ви самі впевнені у цьому.

Міні-інформування «Характеристики конструктивного і деструктивного копінгу»

Мета: ознайомлення з поняттям копінгу та його конструктивними і деструктивними проявами.

Хід проведення: Процес використання конструктивних копінг-стратегій вирішення проблем і конфліктів охоплює ієрархію таких особистісних проявів:

1) когнітивні прояви: настанова на зміну ситуації, настанова на активну переробку проблеми та ефективне пристосування, оптимізм прогнозів на майбутнє та життєвих планів;

2) емоційні прояви: усвідомлення та аналіз власних емоційних переживань, розмежування емоційного та раціонального аспектів проблеми, емпатійні реакції щодо ставлення близьких людей;

3) поведінкові аспекти: активізація ресурсів та дій щодо самостійного подолання проблеми, пошук підтримки, заклик до дієвої допомоги інших людей.

Зворотна ситуація, в якій виявляються дисфункціональні копінг–стратегії, характеризується такими ознаками:

1) когнітивні прояви: ригідне сприймання ситуації, зацикленість на ній, відмова від подолання труднощів, проекція негативних переживань у майбутнє;

2) емоційні прояви: заперечення, пригнічення власних емоційних переживань, злиття емоційного та раціонального аспектів проблеми, істерично–демонстративні емоційні реакції, знецінення емпатії щодо себе близьких людей;

3) поведінкові аспекти: уникаюча, аутична поведінка, демонстративна поведінка, опозиційно–маніпулятивні дії.

Вправа «Формули самопереконання» для самоуправління емоціями (О. Мальцева)

Хворим варто пояснити, що в стані негативного емоційного збудження та гніву людина настільки втрачає над собою контроль, що починає робити дії, про які потім пошкодує. Створюється порочне коло, перебіг хвороби ускладнюється. Тому самостереження за емоціями, їх контроль, оволодіння ними та управління – невід’ємна частина збереження здоров’я, профілактики хвороб, попередження загострень хронічної патології, що вже є. Вплив на емоції повинен проходити шляхом самопереконання, шляхом заставити себе виявити та знищити в собі від’ємну емоцію – це правило емоційного режиму життя.

Кілька формул самопереконання:

-«перестань думати про це; все буде добре;

- це не варте мого хвилювання;

- я зосереджений на своєму диханні – воно спокійне;

- я дихаю рівно та плавно; я заспокоююсь;

- зараз все в порядку; я спокійний, я зібраний, я врівноважений».

Вправа «Нахаба» (за Т. Ткачук) [74]

Мета: відпрацювання на практиці навичок проактивної поведінки, використання конструктивного копіngu для вирішення проблемної ситуації.

Хід проведення: психолог нагадує, що кожен колись потрапляв у ситуацію, коли всі стоять у черзі і раптом спереду хтось «влазить». Ситуація надзвичайно життєва, але часто буває так, що навіть слів бракує, щоб виразити своє схвилювання і обурення.

Учасникам пропонується розбитися на трійки і розіграти таку ситуацію. Один учасник – «нахаба» – заходить справа, інший повинен відреагувати експромтом і так, щоб у «нахаби» більше не виникало бажання чинити у такий спосіб. Потім нахаба заходить зліва, а гравці кожної пари повинні відреагувати. У кінці проводиться конкурс на кращу відповідь у даній ситуації. Тренер оцінює найвинахідливішого гравця.

Мозковий штурм «Альтернативні способи реакцій»

Мета: визначити альтернативні способи реакції на провокацію чи агресію з боку інших осіб.

Ресурси: маркери та аркуші фліпчарту, «додаток» за кількістю учасників (роздається після проведення вправи).

Хід проведення: Психолог пропонує учасникам подумати над питанням:

«Яким чином можна реагувати на провокацію чи агресію, окрім прояву незадоволення чи також агресії?».

Всі відповіді учасників тренер записує на аркуші фліпчарту. Після того, як всі можливі варіанти були названі, тренер зачитує все, що записав, і проводить обговорення.

Запитання для обговорення:

- Яка із реакцій підходить вам найбільше всього? Чому?
- Чи використовували ви подібні способи реагування раніше? Що допомагало, а що заважало досягти успіху?
- Чи складно вам буде її дотримуватись у конфліктній ситуації? Чому?

Після того як учасники назвуть усі можливі, на їх думку, варіанти, тренер пропонує до уваги учасників роздатковий матеріал (додаток), та просить учасників самостійно переписати у відповідні місця на аркуші ті способи, яких у розданому списку немає, але які були у ході «мозкового штурму» запропоновані учасниками та записані на аркуші фліпчарту.

Додаток:

Альтернативні способи реакції на подразнюючі стимули, провокацію чи агресію з боку інших осіб:

1. Розвернутися та піти геть, наприклад, до іншої кімнати, і побути там, поки не «охолонете» (але бажано, якщо ви вдома, то з дому не йти, як ви вважаєте, чому?).
2. Порахувати до 10 та провести «аналіз наслідків».
3. Порахувати від 12 до 1 (зворотна лічба заспокоює більше, бо вимагає концентрування на такій лічбі, її важче зробити мимовільно) і попросити іншу сторону обговорити це, коли ви обоє заспокоїться.
4. Розказати іншій стороні про свої відчуття на даний момент та попросити припинити сварку (наприклад: «Я *зараз* почуваюся дуже роздратованим, якщо ми *зараз* не припинимо сварку, ми зможемо отримати не досить приємні наслідки»). Говорити про свої відчуття потрібно на початку фрази та починати з «Я», однак вказуючи на ситуацію конфлікту та наслідки конфлікту, варто вживати займенник «ми» (в жодному разі – не «ти», як ви вважаєте, чому?).
5. ... 6. ... 7. ... 8. ... 9. ... 10. ...

Вправа «Поради щодо подолання стресу»

Психолог пропонує учасникам ознайомитися із наступними порадами, за бажанням кожна можна прокоментувати і визначити її можливість втілення в життя.

1. З'ясуйте, що саме вас тривожить і зачіпає за живе. Розкажіть про те, що вас турбує, близькій людині. Це особливий психологічний прийом: проаналізувавши свою проблему вголос, ви дістанетеся до кореня своїх проблем і знайдете вихід із ситуації.
2. Сплануйте свій день. Учені помітили, що для людини, стан якої наближається до стресового, час прискорює свій біг. Тому вона відчуває непомірну завантаженість і нестачу часу.
3. Навчіться керувати своїми емоціями. Вирватися зі стресового кола допоможе найпростіша йогівська вправа. Заплющити очі й подумки перенесіться на берег океану. Підніміть руки вгору й розведіть у сторони, уявляючи, як у них входить енергія. Складіть їх одна на іншу – ліва знизу. Цього цілком достатньо, щоб повноцінно відпочити, наситити мозок киснем і заспокоїтися. Не забувайте хвалити себе щоразу, коли вам вдасться впоратися з хвилюванням.
4. Усміхайтесь, навіть якщо вам не дуже хочеться. Сміх позитивно впливає на імунну систему, активізуючи Т-лімфоцити крові. У відповідь на вашу посмішку, організм продукуватиме бажані гормони радості.
5. Відпочивайте разом із сім'єю.
6. Фізичні вправи знімають нервову напругу.
7. Музика – це теж психотерапія. Слухайте спокійну музику.
8. Бувайте на дворі, гуляйте, сидіть в парку, бігайте.
9. Аби запобігти розчаруванню, невдачам, не треба братися за непосильні завдання.

10. Постійно концентруйтеся на світлих сторонах життя та подіях – це збереже здоров'я і сприятиме успіху.

11. Не зловживайте кавою, алкоголем.

12. Їжте морозиво – там є компонент, який покращує настрій. І банан – в ньому є сиротин, гормон щастя.

13. Вживайте вітамін Е. Він підвищує імунітет і стійкість до стресу. До речі, цей вітамін міститься у картоплі, сої, кукурудзі, моркві, ожині, волоських горіхах.

14. Є багато різних систем аутотренінгу. На жаль, на те, щоб опанувати їх, у нас часто не вистачає терпіння й часу. А ось засвоїти кілька формул самозаспокоєння зовсім не важко.

Арт-терапевтична вправа-метафора на витримку «Міцна гора» (В. Назаревич)
[47]

Вже стало зрозуміло, що ситуація військових дій може тривати не визначений час. Тож, перед нами всіма постає головне завдання **ВИТРИМАТИ!**

Хочу запропонувати одну із метафор витримки, сили та спокою «Міцна гора». Ця вправа є модифікацією від базової вправи-медитації Джона Кабат-Зінна.

Для реалізації вправи нам варто уявити найбільшу та найміцнішу гору. Далі спробувати її уявити і намалювати в різні пори року, щоб не відбувалось навколо, які б зміни не відбувались, вона стоїть спокійна та сильна на своєму місці.

Наша сила має бути стійка як ця гора, наша віра міцна як ця гора, і ми витримаємо всі випробовування які припали на цей важкий час.

Арт-терапевт може запропонувати цю вправу реалізувати у різних формах творчої модифікації, а саме:

1. Малювати цю гору в різні пори року
2. Малювати цю гору під час випробовувань
3. Малювати цю гору коли вона витримала всі випробовування
4. Писати листи підтримки собі ніби поради від міцної гори

Аналіз роботи із метафорою:

1. Як зміни в тілі після вправи
2. Як змінились емоції
3. Які суміжні образи виникають, що варто реалізувати
4. Які приходять думки
5. Які висновки можна зробити, щоб пережити це складне випробування

Друзі, зараз всі ми переживаємо час пільми, час болю, час жаху, час жорстокості. Але відчувши, що в нас є ця потужна гора, яку створила наша уява, ми ніби зливаємось із силою та стійкістю цієї гори.

Відчути глибоку тишу під біллю, спокій під ненавистю, мудрість під розпачем, і це допоможе психічно зберегтися кожному з нас.

Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Психолог цікавиться враженнями учасників від заняття, дякує групі за роботу й запрошує на наступну зустріч.

Заняття № 4

Мета: розвивати навички самоаналізу, вміння пізнавати себе, підвищувати самооцінку, визначати риси, необхідні для успіху; формувати навички позитивного мислення; ознайомити із способами саморегуляції емоцій і поведінки в стресових ситуаціях; розвивати навички застосування формул самозаспокоєння (аутотренінгу); знижувати тривожність, сприяти розслабленню, концентрації на внутрішньому стані; стимулювати прагнення турбуватися про своє фізичне, психічне, ментальне здоров'я.

Привітання

Вправа-розминка «Мій настрій наче птах»

Мета: для підготовки учасників до роботи, створення комфортної атмосфери, хорошого настрою в групі.

Психолог пропонує всім учасникам закрити очі, підходить і торкається кожного, ставлячи питання, які спрямовані на усвідомлення свого внутрішнього стану: «Як себе відчуваєте? Про що зараз думаєте? Якого кольору ваш настрій? З яким явищем природи можете порівняти себе? З якою твариною можна порівняти ваш теперішній стан? З яким птахом?».

Вправа-анкета «Мої сильні сторони» (О. Коваленко) [27]

Мета: заохочувати самооцінку, визначити риси, необхідні для успіху.

Учасники заповнюють анкету:

У мене добре виходить _____

У мене погано виходить _____

Мені не подобається _____

Мені цікаво _____

Мені нудно _____

Я пишаюся _____

Я хотів би бути ще більш _____

Я хотів би бути не таким _____

Я хотів би, щоб у мене краще виходило _____

Я міг би працювати над такими своїми слабкими рисами _____

Люди вважають, що мої переваги _____

Люди вважають, що мої недоліки _____

Найбільшим стимулом для мене є _____

Обговорення. Чи стали Ви краще розуміти себе

Групова дискусія «Ліки для повернення спокою і радості»

Слово психолога: «Давній китайський трактат великого мудреця Лао Цзюнь говорить, що найкращі ліки для повернення собі відчуття спокою і радості, це:

- вміння допомагати старим і хворим;
- не вимагати повернення старих боргів;
- не сперечатися, хто правий, а хто винен;
- не тримати образи;
- віддавати краще й більше, залишати собі менше;
- не скаржитися на важку роботу;
- якщо бідний – не журитися, якщо багатий – не скупитися;
- радіти з успіхів інших;
- у своїх бідах і хворобах не шукати винуватців».

Вправа-завдання «Мої думки» (А. Пархоменко)

Мета завдання: акцентувати увагу кожного члена на тому, яке мислення у нього переважає.

Учасникам пропонується зосередитися на внутрішньому відчутті та проаналізувати свій психоемоційний стан останнім часом. Бажано звернути увагу на наступні запитання:

- як ви відчуваєте себе, коли вам приходиться позитивна думка?
- як ви відчуваєте себе, коли вам приходиться негативна думка?
- як ці думки впливають на ваш настрій, самопочуття, справи?
- які думки бувають у вас частіше?
- яка, на наш погляд, причина цього?

Вправа «Формування звички позитивно мислити»

Учасники поділяються на кілька груп. Кожній групі видається конверт в якому є набір тверджень, їх потрібно розкласти на три групи: 1) позитивні, або ті які підтримують; 2) негативні, або ті які заважають; 3) «не знаю».

Для виконання завдання потрібно зробити декілька ксерокопій тверджень, кожне твердження вирізати окремою смужкою. В кожному конверті, який роздається групі учасників,

маг бути однакова кількість тверджень, тобто всі, які входять до наведеного вище переліку. Для групи з 15-ти чоловік потрібно три конверти.

Я не виправдовую сподівань інших
 Я краще знаю, що для мене добре
 Я гірший за інших
 Я недостатньо хороший
 Мене ніхто не потребує, я заважаю іншим
 Є люди, які мене люблять і яким я потрібен
 Я дурний
 Мені не пощастить
 Я зможу досягти того, чого хочу
 Я замало вмю, мені нічого не вдається
 Я не зобов'язаний бути досконалим
 Я не гарно виглядаю
 Є дні, коли я виглядаю гарно
 Я повинен завжди бути ввічливим
 Я хочу бути собою, не ображаючи інших
 Вони про мене погано подумують
 Я можу висловити те, що хочу

У мене все гаразд
 Я знаю собі ціну
 Вони образяться на мене
 Я роблю те, що вважаю за потрібне робити
 Я вірю в себе
 У мене багато позитивних рис
 Мене не сприймають всерйоз
 Мені важливо, щоб інші почули, що я хочу сказати
 Я не можу нікого зацікавити
 Є люди, для яких мої погляди цікаві, вони охоче спілкуються ці мною
 Я не можу відстояти свою думку
 Я маю право висловлювати свою думку
 Я не знаю, як висловлюватись
 Я не впевнений в собі
 Мені соромно, коли я нервую
 Це нормально, що коли я чогось боюся, я нервуюся.

Коли завдання виконане, по черзі кожен учасник групи зачитує по одному твердженню і повідомляє, до якої групи це твердження віднесене. Всі інші звіряють, як є у них. Даються пояснення, чому саме до такої групи було віднесене те чи інше твердження. При потребі проводиться обговорення спірних рішень.

Після проведеного аналізу можна попросити учасників привести свої приклади позитивних та негативних думок.

Вправа «Вчинки для позитивного майбутнього»

Мета: самоаналіз, рефлексування.

Інструкція: «Визначте та напишіть 5 вчинків, які ви щоденно реалізуєте та які, як вам відомо, ведуть до бажаного майбутнього. Усвідомивши корисність вчинків, визначте, як кожний із них є доказом певної якості. Уявіть собі на деякий час те позитивне майбутнє, яке ви створюєте».

Вправа-аутотренінг «Формули самозаспокоєння» (О. Кравченко) [32]

Мета: ознайомити учасників із аутотренінгом як одним із способів самозаспокоєння, розповісти про формули аутотренінгу, практикувати в аутотренінгу.

Психолог повідомляє учасникам: «Є багато різних систем аутотренінгу. На жаль, на те: щоб опанувати їх. у нас часто не вистачає терпіння й часу. А ось засвоїти кілька формул самозаспокоєння зовсім не важко.

Формули для самозаспокоєння:

- відкинь цю думку;
- усе буде добре;
- проблема вирішиться;
- це не варте хвилювання;
- я зосереджуюсь на своєму диханні;
- я відчуваюся здоровою;
- я абсолютно спокійна;
- як я могла хвилюватися через такі дрібниці;
- думки розважливі, спокійно обмірковую свої подальші дії.

На перший погляд., усе це може здатися примітивним. Але чому б не спробувати потренуватися!..

Опанувати себе – це оволодіти ситуацією.

Тілесно-дихальна вправа-релаксація «Дерево» (автор, А. Сидренко, модифікація Л. Апостолакі) [3]

Психолог: Хочу запропонувати дієву тілесно-дихальну вправу, «Дерево».

Ця вправа стане заміною фізхвилинки і вашою улюбленою, оскільки це не просто руханка, а психологічне розвантаження тіла.

Бажано виконувати стоячи. Уявіть, що ви дерево, яке має міцне коріння, відчуйте його. Ваш стовбур міцний, захищений багатьма шарами кори. А яке у вас гнучке і багате віття. Потягніться у ріст дерева, вгору.

Розпочинається вітер, який колише ваше дерево. Похилітайтеся так, ніби вітер гоїдає дерево в різні сторони, нахилийтеся аж до коріння. Дерево міцне, воно не ламається, воно гнучке і сильне.

Вітер стих. На дереві залишилися листочки, які поприлипали до стовбура, коріння, пострушуйте їх зі свого дерева легкими погладженнями. І потягніться кроною до сонця, дякуючи йому за вашу міць.

Можна поговорити після про емоції, відчуття тих, хто виконував вправу. А головне, що тіло розім'ялося і розслабилось, кровотоки відновилися і похрустіли кісточки.

Рекомендації «Короткі і довготривалі засоби повернення радості в життя»

Для швидкого результату:

1. Кожен день плануйте собі заняття, яке приносить Вам задоволення. Це може бути прогулянка на свіжому повітрі, читання улюбленої книги або журналу, прийняття розслаблюючих ванн і т.д. Надавайте великого значення своєму настрою. У нашому житті занадто багато «я повинен», тому дозволяйте собі відпочивати.

2. Не пийте багато кави і чаю. Досить буде однієї або двох чашок на день. Кофеїн піднімає настрій і додає бадьорості тільки тимчасово.

3. Споживайте достатню кількість кальцію. Пийте вітаміни. Вміст кальцію в них має бути приблизно 1200 мг на добу.

4. Частіше бувайте на сонці. Перебування на сонці призводить до виділення мелатоніну, який регулює цикли сну і пробудження.

Довгострокові рішення.

1. Підтримуйте зв'язок зі своїми друзями. Це може бути найкращими ліками від депресії. Діліться своїми проблемами з сім'єю. Інші теж відчувають такі ж почуття, які відчуваєте Ви. Саме тому їх розуміння і емоційна підтримка допоможуть Вам почувати себе краще.

2. Долайте негативні думки. Більше думайте про те, що Ви можете подолати ситуацію, що склалася, вирішити всі питання. Запевняйте себе в думках.

3. Підтримуйте свою духовність, зверніться до Бога, шукайте підтримку в релігії.

4. Звертайте Вашу увагу на сон. Він повинен бути обов'язково восьмигодинним.

5. Примусьте Ваше тіло рухатися. Ходьба, біг, фітнес, плавання. Фізична діяльність сприяє вивільненню ендорфінів - гормонів, які дають Вам відчуття радості, роблять Вас жвавими та енергійними. Фізичні вправи корисні і тому, що дають навантаження і на м'язи, що в свою чергу сприятливо відобразяться на Вашому сні.

Вправа «Будьте вдячними»

Слово психолога: «Висловіть подяку!».

Вдячність допомагає вам розпізнати все, за що ви повинні бути вдячні. Незалежно від того, чи вдячні ви за сонячний день, чи вдячні, що благополучно прийшли на роботу, подумайте про все хороше, що є у вас у житті.

Вдячність також нагадує вам про всі ресурси, які ви маєте, щоб впоратися зі стресом, що може бути дуже сильним.

Дослідження також показують, що вдячні люди мають краще психічне здоров'я, менше стресу та кращу якість життя.

Отже, незалежно від того, чи вирішите ви взяти за звичку визначати, за що ви вдячні, сидючи за обіднім столом, чи ви вирішите щодня записувати три речі, за які ви вдячні, у щоденнику вдячності, зробіть вдячність звичайною звичкою.»

Далі психолог пропонує: «Давайте запишемо хоча б 3-5, а краще 10 подяк за сьогодні – собі, сонцю, всесвіту, оточуючим. Помічайте, будь-яку подію, за яку можна бути вдячною., наповнійте серце добром і подякою!».

Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Заняття № 5

Мета: ознайомити із конструктивними способами подолання гніву і злості; вчити використовувати дихальні вправи, техніки заспокоєння, регуляції емоцій; допомогти скласти свою соціальну мережу підтримки; визначити коло власного контролю; обговорити характеристики стресостійкої людини; допомогти проаналізувати власні можливості та ресурси для подолання проблем і стресів; сприяти вибору адекватної копінг-поведінки в стресових ситуаціях; розвивати навички позитивного мислення і оптимістичного прийняття майбутнього.

Привітання

Вправа-розминка «Слухаємо себе»

Мета: для розвитку здатності до релаксації, вміння слухати себе й визначати свій настрій; вміння діагностувати емоційне самопочуття учасників групи.

Учасникам пропонують сісти в зручній позі, заплющити очі, розслабитися й прислухатися до себе, ніби зазирнути в себе, й подумати: що кожний відчуває, який у нього настрій. Через кілька хвилин усі учасники групи по черзі розповідають, не розплющуючи очей, про те, як вони почуваються і який у них настрій. Вправа дає змогу діагностувати емоційне самопочуття учасників, сприйняття ними форм і методів роботи групи.

Міні-інформування «Конструктивні способи подолання гніву та злості»

Подоланню агресивності та злості сприяють такі види діяльності:

1. займатися силовими видами спорту (бокс, боротьба);
2. займатися фізичною працею;
3. виконувати фізичні вправи (гімнастика, аеробіка, біг, їзда на велосипеді);
4. виливати злість на неживі об'єкти (побити подушку, диван, боксерську грушу, пошматувати газету);
5. використовувати масаж, особливо верхньої частини спини, з метою зняття напруження;
6. викричатися на самоті, не спрямовуючи свій гнів на об'єкт роздратування;
7. обговорити ситуацію, яка викликає роздратування, з близькою людиною;
8. висловити уявному об'єкту своє невдоволення;
9. написати листа об'єкту роздратування, але не надсилати його;
10. змінити вид діяльності, що допоможе відволіктися від проблеми;
11. використовувати комунікативну техніку «Я» – повідомлення: висловлюючи співрозмовникові почуття щодо ситуації, яка вас дратує, викликати співчуття та бажання зрозуміти вас і не руйнувати стосунків. Наприклад: «Я сповнений гніву, злий, розлючений, дуже сердитий, мене дратує ця ситуація, мені ніяково, дуже боляче»;
12. використовувати асоціативне «Я» – повідомлення: «Я – злий, як тигр»;
13. релаксація – метод, за допомогою якого можна частково чи повністю позбутися фізичного або психологічного напруження;

14. медитація – занурення розумом у предмет, ідею, що досягається шляхом зосередження на одному об'єкті й усунення всіх інших зовнішніх (звук, світло) та внутрішніх (фізичне, емоційне напруження) чинників.

Вправа «Дихання»

Мета: опанування методів релаксації, відпрацювання нових технік дихання для заспокоєння.

Психолог розповідає про значення ритмічного дихання, про зняття напруження за допомогою дихання. Потім пропонує такі способи використання дихання, наприклад, робити видих удвічі довшим, ніж вдих; у випадку сильного напруження пробити глибокий видих і затримати дихання на 20–30 секунд.

Обговорення. Учасники розповідають, які почуття та емоції у них виникали у процесі відпрацювання нових способів дихання, і як воно вплинуло на напруження і стан тривожності.

Вправа «Соціальна мережа підтримки» (за І. Коцан)

Завдання: складіть свою власну соціальну мережу підтримки.

1. Спочатку складіть список людей, до яких ви зможете звернутися по допомогу.

До цього списку запишіть:

- членів вашої родини, з якими ви бачитесь регулярно;
- друзів, з якими ви часто зустрічаєтесь чи спілкуєтесь по телефону, у листах;
- сусідів, якщо ви постійно обмінюєтесь з ними візитами (окрім сусідів, з якими інколи спілкуєтесь вдень на вулиці);
- будь-кого з людей, хто емоційно важливий для вас, хоча ви тимчасово можете бути у розлуці.

2. Потім для кожної людини, яку ви внесли до списку, зробіть позначку про те, який варіант кризової підтримки вона може вам надати. Варіанти підтримки можна позначити таким чином:

- Е – емоційна допомога;
- П – практична допомога;
- Т – товариська підтримка;
- І – інформація та порада.

3. Після цього візьміть чистий аркуш паперу і поєднайте всіх тих людей, між якими існують ті чи інші зв'язки і які можуть надати вам схожі варіанти підтримки.

Тепер у вас є зображення вашої соціальної мережі підтримки. Вам слід проаналізувати, наскільки ви можете розраховувати на підтримку всієї мережі або тільки окремої її частини.

Запишіть на папері звернення до тієї людини, яка може надати вам ту допомогу, якої ви потребуєте останнім часом. Намагайтеся якомога повніше розкрити свій стан, думки, що вас турбують.

Відзначте також, кому з людей ви можете надати необхідну допомогу. Яка це буде допомога?

Вправа «Що я можу контролювати»

Психолог пропонує намалювати велике коло та записати у ньому все, що може контролювати людина: свій стан, думки, вибір, емоції, ставлення до себе, дії, слова, рішення.

Далі в кожній позиції у колі пропонується зобразити якийсь метафоричний образ, можна використати кольорові олівці. І поза межами кола – написати, все, на що людина вплинути не може (проблеми, труднощі, життєві негаразди).

Але кожен раз, коли людина стикається із проблемами – вона завжди може звернутися до свого кола «Я Можу контролювати», перелічити свої зони контролю, та обирати, як реагувати, як відповідати, якими словами, як діяти.

Вправа «Хто така стресостійка людина» (О. Смирнова) [64]

Мета: актуалізація творчого ставлення до життя, створення позитивного настрою в групі.

Учасникам пропонується згадати будь-кого зі знайомих, хто зараз є для них зразком людини творчої, неординарної, успішної, стресостійкої. Кожен учасник по черзі говорить, які якості особистості і поведінки знайомого дають змогу вважати цю людину креативною, творчою, стресостійкою.

Психолог записує характеристики «успішної людини» на дошці і після завершення розповідей перераховує все назване, що може вважатися проявами творчості, креативності, стресостійкості.

Психолог підводить підсумок вправи: «Успішна людина відрізняється від інших творчим життєставленням, важливою передумовою чого є особистісна зрілість та відчуття особистої свободи – від суворого дотримання стереотипів, толерантність до невизначеності, схильність до протидії певним правилам та активним бажанням створювати щось нове та незвичайне. Все це є важливою передумовою життєвого і професійного успіху. Разом з цим пам'ятайте, що кожна людина може розвинути в собі ці якості».

Вправа-практикум «Тематичний життєвий багаж» (В. Федорчук) [75]

Мета: розвиток рефлексії; визначення пріоритетних напрямів роботи з того, що можна самовдосконалити.

Інструкція. Кожен повинен подумати впродовж 5 хвилин і записати:

- 10 важливих подій мого життя;
- 5 важливих моїх ролей;
- 5 найдорожчих людей;
- 5 вантажів, які хочу скинути;
- 5 моїх актуальних почуттів;
- 3 мої сокровенні мрії.

Після того, як записи будуть виконані, кожен читає свій список за пунктами. Після кожного пункту члени групи ставлять йому питання.

Обговорення. Чи важко було здійснити інвентаризацію актуального життєвого багажу? Які у вас виникли думки і почуття після виконання вправи? Які ваші наступні кроки? Які ваші пріоритетні напрями самовдосконалення?

Вправа-медитація-релаксація «Мої можливості» (В. Федорчук) [75]

Інструкція. Заплющіть очі, зручно сядьте і розслабтеся. Дихайте глибоко. Знайдіть свій пульс, відчуйте, як кров тече кровеносними судинами. Ваше серце б'ється рівно. Вам спокійно і добре. Вас оточують люди, яким ви цікаві та які цікаві вам. Ви довіряєте їм.

Ви – один із групи, і від кожного з вас залежить успіх нашої роботи. Дихайте глибоко...

Уявіть себе зернятком якоїсь рослини. Вам тепло і затишно в

землі, але у вас є потреба якось виразити себе, і тому ви починаєте рости... Ви відчуваєте свою силу, свої можливості. Ось ви і проросли, прорвалися на поверхню. Відчуйте сонячне тепло, комфорт... Вас оточують рослини, схожі на вас. Це квіти, ягоди, гриби, дерева....

Їх зовнішній вигляд різний, але вони і ви розвиваєтеся за одними законами. Ніхто нікому не заважає, вам радісно, що ви тепер не самотні: ви можете чути, відчувати інших. Уявіть собі з усіма подробицями, яка ви рослина, у що ви виростили... Поступово повертайтеся сюди, у кімнату. Розплющіть очі.

Обговорення. Хто чим виріс? Що ви відчували під час медитації? Які у вас почуття? Які враження?

Вправа-рекомендації «Як поглянути на світ позитивно» (А. Пархоменко)

Слово психолога: «Як почати мислити позитивно? Щоб прокачати навичку позитивного мислення, слід дотримуватися низки рекомендацій:

1. Учїться цїлеспрямовано наповнювати свої думки позитивом. Думайте про амбїтні цїлі, про творчі задачі, про нові проєкти, про нові можливості, які можуть надихнути вас на нові перспективи.

2. Три рази на день робїть паузу і думайте про щось хороше. Придїляйте по одній хвилині три рази на день для пошуку позитивних аспектів у своєму житті. Свідомо навчїться «ловити» в собі негативні установки і одразу переводити їх в позитив.

3. Ведїть щоденник досягнень. Кожного дня записуйте свої успіхи, які допомогли вам наблизитися до власної цїлі. Робїть тижневі, місячні та річні підсумки своїх досягнень.

4. Негативну ситуацію обдумуйте не більше однієї хвилини. Якщо виникає «болюча» ситуація, усувайте її якомога швидше і привчїться думати про це не більше однієї хвилини. Не хандрїть, не звинувачуйте себе чи когось, прокручуючи без кінця негативні думки.

5. Не зациклюйтеся на проблемі, а шукайте можливості. Після аналізу помилок швидко переходьте до пошуку нових можливостей для їх вирішення. Зрозумїйте, що проблеми, які виникають у вашому житті, для того, щоб допомогти вам стати сильнішими.

6. Не ставтеся до невдач, як до повного провалу. Розглядайте невдачу як сходинку до свого успіху. Спробуйте дати відповіді на питання:

Який досвід я отримав/ла з цієї ситуації? Чого вона мене навчила?

Яких нових якостей я набув/ла?

В чому став/ла сильнішим/ою?

Що я зроблю наступного разу по-їншому?

7. Цїнують свої сильні сторони й оцїнюють свої зони розвитку. Важливо не роздїляти свої якості на «переваги — недолїки». Спробуйте дати відповіді на питання:

Що я цїную в собі найбільше?

Які мої сильні навички допомагають мені йти до цїлі?

Які навички я маю розвивати?

Яких результатів я досягну, розвиваючи навички?

8. Думайте про майбутнє з натхненням. Ставте цїлі, які дійсно вас мотивують і надихають. Насолоджуйтеся не тільки результатом, а й процесом на шляху досягнення цїлей.

9. Учїться пробачати. Пробачаючи, ви швидко звільняєте себе від негативних думок про тих, хто вас образив.

10. Учїться дякувати та вітати. Знаходьте можливість дякувати батькам, собі, оточуючим. Не забувайте вітати себе чи інших з досягненнями.

11. Обмежуйте спілкування з депресивними та токсичними людьми. Не давайте їм енергії негативно впливати на вас. І не дозволяйте нікому зіпсувати вам настрої!

12. Частїше смїйтеся. Смїх і навіть проста усмїшка знижують артеріальний тиск і рівень кортизолу – гормону стресу та призводять до сплеску ендорфіну – гормону щастя.

Учасники обговорюють рекомендації та можливість їх впровадження в своє життя.

Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Обговорення основних моментів на занятті, його корисності. Всі учасники висловлюються щодо своїх вражень від вправ і завдань, що цікавого дізналися.

Заняття № 6

Мета: сприяти розвитку навичок саморегуляції, м'язової релаксації; обговорити способи конструктивного вираження почуттів, відпрацювати навички вербалізації емоцій у стресових ситуаціях; ознайомити з основними етапами розв'язання проблеми; мотивувати піклуватися про себе, власне психічне здоров'я в складні часи; знижувати тривожність, створювати передумови гармонійного сприйняття майбутнього; розвивати навички просити і приймати соціальну підтримку; допомогти учасникам відчувати себе в енергетично-ресурсному стані; обговорити поради для адаптивного пристосування до мінливого світу, для активізації власної життєстійкості.

Привітання

Вправа «Гора з плечей»

Вправа виконується стоячи.

Завдання: Максимально високо підніміть плечі, відведіть їх далеко назад і опустіть. Саме такою повинна бути щоденна постава.

Результат: знімає м'язове напруження в плечовому поясі та спині, підвищує впевненість у собі, поліпшує настрій.

Міні-інформування «Способи конструктивного вираження почуттів»

Емоції супроводжують нас усе життя, вони виражають наше ставлення до себе, інших людей та навколишнього світу. Однак дуже часто можна побачити, що люди не вміють виражати своїх почуттів, вважають їх недоречними, намагаються приховати. Зрозуміло, що такої самої поведінки вони очікують і від інших.

Емоції та переживання є нормальними і природними. Людина, позбавлена емоцій, була б подібною до механізму. Є щонайменше **чотири способи конструктивного вербального вираження почуттів**:

1. Називання або опис своїх почуттів: «Я злий», «Я стурбований», «Я маю до тебе теплі почуття». Дуже часто у нас бракує слів для вираження своїх почуттів. Тоді можемо скористатися іншими способами.

2. Використання порівнянь, метафор: «Почуваюся, як немовля», «У мене немов крила вирости», «У мене душа співає».

3. Використання фразеологізмів, крилатих висловів.

4. Опис дій, до яких хочеться вдатися у зв'язку з переживаннями: «Я так хочу пригорнути тебе», «Я хотіла б підійти до тебе», «У мене виникло бажання накричати на тебе».

Більшість людей не прислухаються до своїх почуттів і повною мірою не усвідомлюють їх. Коли ми починаємо їх описувати, то краще їх усвідомлюємо. При цьому слід пам'ятати, що для конструктивного вираження своїх переживань бажано використовувати фрази, що починаються словами: «Я...», «Мені...», «Мій...», і далі описувати почуття у зв'язку з ситуацією, яка склалася тут і тепер. При цьому не треба забувати, що ми виражаємо власні почуття, а не оцінюємо іншу людину. Тому для успішного спілкування варто уникати ярликів та звинувачень.

Вправа «Навіщо я прийшов у цей світ» (Л. Карамушка)

Виконується за допомогою фотографії гірського пейзажу (можна використати ілюстрацію з книги «Пейзажі Колорадо»). Всі учасники сідають в коло. Психолог показує фотографію.

«Прошу вас подивитися уважно на цей пейзаж. Тут тихо, спокійно, ніхто і ніщо вас не турбує. Дихайте спокійно та повільно. Ви відчуваєте подих свіжого гірського повітря, чуєте монотонний плескіт води в річці, іноді розпізнається спів птаха, віддалений брязкіт дзвоників отари, що пасеться на схилах. І ви бачите старця в білому одязі, мудрого та дуже доброго й уважного до вас. Ви підходите до нього. Він дивиться на вас. Ви питаєте: «Навіщо я прийшов у цей світ?» Той відповідає. Послухайте його.

Учасники розповідають, що вони відчували під час виконання вправи – чи почули вони відповідь, чи була вона несподіваною для них, які ускладнення були під час виконання вправи.

Вправа «Як було б, якби»

Мета: допомогти учасникам відчутти себе в енергетично-ресурсному стані, спланувати власну діяльність у цьому стані.

Учасникам дається завдання «увити себе в іншому, більш ресурсному стані».

Психолог зачитує текст, і пропонує учасникам скласти список справ, подій, відчуттів, які б робити, відчували, здійснювали учасники у бажаному стані.

Якщо ви відчуваєте себе пригніченим, уявіть, як би себе почували, як би виглядало все навколо, якби ви були життєрадісні.

Якщо ви відчуваєте себе знесиленим, уявіть, яким би ви були, якби були повні сил.

Якщо ви відчуваєте себе втомленим, знайдіть у собі ту частину, яка ніколи не втомлюється. Уявіть себе активним і енергійним.

Далі, після складання учасниками списків справ і подій, психолог запитує, чи можна щось із нього виконати найближчим часом, не ідеально, а «хоча б на трісчку», почати щось робити.

Психолог: «Як тільки Ви почнете щось робити для покращення життя, воно стане змінюватися у кращу сторону, і можливо це буде не відразу і не зовсім так, як Вам хочеться, але мінімальний шлях змін уже буде розпочато. Ви уже відчуватимете себе по-іншому! Почніть зараз, доведете до ідеалу пізніше. І хай Ваше життя поступово стає краще найбільш екологічним для Вас способом».

Поради для адаптивного пристосування до мінливого світу (В. Федорчук, Л. Комарницька)

Американська психологічна асоціація (АРА) розробила десять порад (подамо в скороченому вигляді), які можуть зробити власну психіку більш адаптивною та витривалою:

- 1) створюйте ефективні зв'язки;
- 2) уникайте схильності сприймати кризи як непереборні проблеми;
- 3) прийміть те, що зміни є природними та яких неможливо уникнути;
- 4) рухайтесь до власних –реалістичних – цілей;
- 5) ухвалюйте рішення, які допоможуть вам зіткнутися з вашими викликами;
- 6) шукайте можливості для самореалізації;
- 7) виховуйте позитивне сприйняття себе і своїх можливостей;
- 8) сприймайте події, орієнтуючись на перспективу й контекст;
- 9) підтримуйте обнадійливий погляд на життя;
- 10) піклуйтеся про себе.

Єдиний спосіб впоратися зі складною ситуацією – це прожити та пропрацювати неприємні почуття, аби не боятися їх.

Рекомендації для активізації власної життєстійкості

Мета: ознайомити із рекомендаціями для активізації ресурсів стресостійкості та життєстійкості.

Слово психолога: «Життєстійкість – це якість, яку можна розвивати (підвищувати) тренуванням за допомогою психотренінгів, а також завдяки звичці до щоденної творчої праці над самовдосконаленням, що приносить задоволення».

Рекомендації для активізації ресурсів стресостійкості та життєстійкості

- 1) розвивайте навички позитивного мислення;
- 2) уникайте, а краще подолайте ірраціональні переконання і судження;
- 3) виражайте свої почуття та емоції соціально прийнятними формами;
- 4) проявляйте гнучкість мислення та поведінки;
- 5) вчіться у будь-якій ситуації визначати власну мету, результат, якого ви хотіли б досягти, залишайтеся спокійними та вірними обраній меті.

Використання вказаних рекомендацій сприяє розвитку життєстійкості та загальному процесу оптимізації психоемоційного стану, зміцненню психічного здоров'я, формуванню оптимізму, що загалом позитивно впливає на успішність життєдіяльності особистості.

Вправа «Кроки на шляху до подолання депресивного настрою» (С. Креховецька)

Хід: обговорення кроків подолання депресивного настрою, наведення прикладів із свого життя та залучення клієнта / клієнтів до розмови щодо кожного з названих кроків.

1. Будьте активними – займіться спортом, знайдіть собі приємне й корисне заняття.
2. Пам'ятайте про цінність кожної миті свого життя – хандра краде Ваш час!
3. Почніть думати про труднощі інших людей!
4. Перестаньте порівнювати себе з іншими! Не заздріть!
5. Не чекайте, щоб Вас любили, – любіть самі!

Радимо поєднувати надання психологічної допомоги із заняттями фізично-реабілітаційними процедурами (масажем, витягуванням, активними заняттями фізичною культурою). Оскільки доведено позитивність впливу фізичних занять на загальне самопочуття депресивних клієнтів, рекомендуємо включати їх у загальнозміцнювальний курс занять з подолання депресії.

Інформ-повідомлення «Етапи розв'язання проблеми» (за Т. Ткачук)

Мета: ознайомити учасників з основними етапами розв'язання проблеми, відпрацювати навички аналізу реальних проблем за схемою етапів їх вирішення.

Хід проведення: На початку заняття учасникам нагадується, що подолання стресу, проблеми, конфлікту перебуває у рамках трьох основних стратегій: розв'язання проблем, пошук соціальної підтримки та уникання. Далі аналізується таблиця «Етапи розв'язання проблем», де зазначені цілі кожного з етапів з відповідними поясненнями: (етапами):

- а) орієнтація у проблемі;
- б) визначення та формулювання проблеми;
- в) генерація альтернатив;
- г) прийняття рішення;
- д) виконання рішення та перевірка).

Далі учасники називають наявні у них проблеми, записують їх на листку паперу, після чого виділяють основні, на їх думку, і розбирають їх згідно з розглянутою таблицею.

Дискусія на тему: «Від чого залежить вміння просити і приймати соціальну підтримку?»» (за Т. Ткачук)

Мета: розвиток спроможності просити і приймати соціальну підтримку.

Хід проведення: Кожен учасник продовжує фразу «Мені обов'язково допоможуть, якщо я ...» за допомогою власних висловлювань. Відповіді записуються на папері.

І в ході групового обговорення визначаються найбільш вдалі шляхи прохання і прийняття допомоги з боку оточуючих.

Вправа «Допоможи мені»

Мета: відпрацювати вміння учасників просити про допомогу.

Хід проведення: Учасники діляться на дві команди, стають один напроти одного і вчать просити про допомогу у вирішенні різних ситуацій. Потрібно досягти згоди щодо надання допомоги від іншого учасника.

Однак спочатку пропонується просити про допомогу агресивно, примушуючи іншу людину до дій з вирішення проблеми, в іншому випадку – просити про допомогу, можна пропонувати щось взамін і т.д.

Далі учасники міняються ролями і вже інший просить двічі про допомогу. У ході групового обговорення учасники висловлюються, чи легко було попросити про допомогу, які аргументи вони наводили під час прохання – конструктивні, мирні, чи маніпулятивні, погрожуючі? Як швидко було отримано згоду іншого учасника про допомогу у вирішенні проблеми? Чи всі досягли поставленої мети? Коли інший учасник не хотів надавати допомогу, чим він аргументував? Чи пропонував альтернативні варіанти (наприклад, не могу дати грошей, однак підтримаю морально?).

Який шлях – мирний чи агресивний – найбільш ефективний у проханні про допомогу, які результати використання погроз і маніпуляцій у проханні про допомогу?

Вправа-пам'ятка «Як піклуватися про себе в складні часи?»»

Психолог пропонує розглянути зображення, обговорить основні способи піклування про себе.

- Шукайте позитив та привід для вдячності
- Зрозумійте свої почуття та почніть говорити про них вголос.
- Будьте добрими до себе
- Залишайте на зв'язку з рідними і близькими, хоа б онлайн та ін.



Підведення підсумків. Рефлексія заняття.

Учасники по черзі висловлюються про користь участі в програмі занять, говорять побажання один одному на прощання.