МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: **ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ЗАСОБИ ПІДВИЩЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ЦЕНТРІ**

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534- з-1-дн
спеціальність: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Апостолюк Анна Володимирівна
Керівник: канд. психол. наук, доцент,
кафедри психології Паскевська Ю.А.
Рецензент: канд. пед. наук, доцент,
кафедри педагогіки та психології
освітньої діяльності Голованова Т.П.

Запоріжжя – 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістр
Спеціальність 053 – «Психологія»
Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
_____
к.психол.н., доцент. Н.О. Губа
« « _____2026 р.

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Апостолюк Анні Володимирівні

1. Тема роботи Психокорекційні засоби підвищення стресостійкості підлітків, які навчаються у реабілітаційному центрі
керівник роботи Паскевська Ю. А. канд. психол. наук, доцент, доцент кафедри психології
затверджені наказом ЗНУ від «02» 10 2025 року № 1393-с
2. Строк подання студентом роботи_____
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури
4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): теоретично дослідити стресостійкість підлітків, а також емпірично вивчити ефективність психокорекційних технологій у підвищенні стресостійкості підлітків, які перебувають у реабілітаційному центрі, шляхом порівняння показників їхнього психоемоційного стану до та після корекційного впливу
5. Перелік графічного матеріалу: 4 рисунки, 11 таблиць.

6.Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 1	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 2	Паскевська Ю.А., доцент		
Розділ 3	Паскевська Ю.А., доцент		
Висновки	Паскевська Ю.А., доцент		

7.Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2025 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2025 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень – жовтень2025 р.	Виконано
7	Передзахист	листопад 2025 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	грудень 2025 р.	Виконано

Студент _____А. В. Апостолюк

Керівник _____ Ю. А. Паскевська

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 93 сторінка, 4 рисунка, 11 таблиць, 77 джерел.

Об’єкт дослідження: стресостійкість підлітків як інтегральна психологічна властивість.

Предмет дослідження: психокорекційні засоби стресостійкості підлітків підвищення в умовах реабілітаційного центру.

Мета дослідження – теоретично дослідити стресостійкість підлітків, а також емпірично вивчити ефективність психокорекційних технологій у підвищенні стресостійкості підлітків, які перебувають у реабілітаційному центрі, шляхом порівняння показників їхнього психоемоційного стану до та після корекційного впливу.

Гіпотеза дослідження – передбачалося, що участь підлітків у тренінгу особистісного зростання сприятиме зниженню рівня постстресових проявів, оптимізації механізмів психологічного захисту та покращенню актуального психоемоційного стану.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення та класифікація теоретичних та емпіричних даних з проблематики; емпіричні – тестування за психодіагностичними методиками; методи математико-статистичної обробки експериментальних даних: описова статистика, регресійний аналіз.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягають у тому, що: обґрунтовано і емпірично досліжено систему психокорекціних технологій оптимізації підвищення стресостійкості у підлітків.

ЕМОЦІЙНИЙ СТАН, КОПІНГ, ФУСТРАЦИЯ, РЕЗИСТЕНТНІСТЬ, ТРИВОГА, ВИСНАЖЕННЯ, НЕРВОВО-ПСИХІЧНЕ ПЕРЕНАПРЕЖЕННЯ, Я-КОНЦЕПЦІЯ, Я-ОБРАЗ, ЛОКУС КОНТРОЛЮ, ПСИХОКОРЕКЦІЯ.

SUMMARY

Apostoluk A.V. Psychocorrectional means of increasing the stress resistance of adolescents studying in a rehabilitation center

The qualifying work consists of Introduction, 3 Chapters, Conclusion, References (69 items), 0 appendix on 0 pages. The qualifying work volume is 100 pages long, 93 of them – main text. There are 11 tables and 4 illustrations.

Object of the research: Adolescents' stress resilience as an integral psychological characteristic.

Subject of the research: Psychocorrective means aimed at enhancing adolescents' stress resilience in the context of a rehabilitation centre.

The purpose of the research is to theoretically examine adolescents' stress resilience and to empirically investigate the effectiveness of psychocorrective technologies in enhancing stress resilience among adolescents residing in a rehabilitation centre, by comparing indicators of their psycho-emotional state before and after the corrective intervention.

The research tasks are:

1. To analyze theoretical and methodological approaches to understanding stress and stress resistance in adolescence.

2. To identify psychocorrectional means and methods for increasing stress resistance in adolescents who are in rehabilitation centers.

3. To empirically investigate the level of stress resistance and its components in adolescents in a rehabilitation center.

4. To study the dynamics of stress resistance in adolescents after the introduction of psychocorrectional interventions.

Chapter 1 «Theoretical and methodological principles of the psychology of stress resilience in adolescents» provides theoretical analysis of the principles of the psychology of stress resilience in adolescents.

In the Chapter 2 «Empirical study of the stress resilience features of adolescents studiing in a rehabilitation center» explains the design and methods of research.

Chapter 3 «Research on the impact of psychocorrectional measures on the level of stress resistance and psychoemotional state of adolescents studiing in a rehabilitation center» provides empirical analysis on the impact of psychocorrectional measures on the level of stress resistance and psychoemotional state of adolescents studiing in a rehabilitation center.

Key words: emotional state, coping, frustration, resilience, anxiety, exhaustion, neuropsychic strain, self-concept, self-image, locus of control, psychocorrection.

ЗМІСТ

ВСТУП 8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЇ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПІДЛІТКІВ 12
1.1. Психологічні механізми виникнення стресу в підлітковому віці 12
1.2. Стресостійкість як індивідуально-психологічна характеристика підлітка 32
1.3. Психокорекційні підходи та моделі підвищення стресостійкості у підлітків 41
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ЦЕНТРІ 57
2.1. Організація, методи та процедура констатувального етапу дослідження 57
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів констатувального експерименту 60
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАСОБІВ НА РІВЕНЬ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ У РЕАБІЛІТАЦІНОМУ ЦЕНТРІ 66
3.1. Психологічний тренінг як засіб оптимізації соціальної адаптації підлітків: технологічний опис та результати статистичного аналізу 66
3.2. Емпірична динаміка прояву стресостійкості підлітків до і після тренінгу особистісного зростання 77
ВИСНОВКИ 90
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 94

ВСТУП

Геополітичні процеси, глибокі і різкі зміни соціальних стереотипів пред'являють підвищені вимоги до механізмів стресостійкості будь-якої людини. Підлітковий вік є одним із найскладніших етапів онтогенезу, оскільки поєднує інтенсивні біопсихологічні зміни, формування ідентичності, розширення соціальних взаємодій та підвищення вимог з боку суспільства. У сучасних умовах ці процеси ускладнюються впливом соціально-економічної нестабільності, наслідками війни в Україні, цифрової гіперстимуляції, підвищенням емоційного навантаження, що зумовлює зростання рівня стресу серед підлітків. Здатність підлітка зберігати внутрішню рівновагу, адекватно реагувати на труднощі, швидко відновлюватися після емоційних чи життєвих потрясінь є ключовою характеристикою стресостійкості, яка виступає ресурсом особистісного розвитку та успішної соціальної адаптації.

Актуальність проблеми підтверджується сучасними міжнародними даними. Згідно зі звітом Всесвітньої організації охорони здоров’я (WHO, 2023), понад 45 % підлітків у Європі регулярно відчувають високий рівень стресу, пов’язаний зі шкільним навантаженням, сімейними проблемами та соціальними конфліктами. UNICEF (2022) повідомляє, що кожен сьомий підліток у світі має симптоми тривожності або перевантаження стресом, причому підлітки, які перебувають у кризових умовах або вразливих соціальних групах, демонструють удвічі нижчу стресостійкість порівняно з їхніми однолітками.

Українські дослідження також свідчать про ускладнення ситуації. За даними Українського інституту соціальних досліджень (2023), понад 60 % підлітків після початку повномасштабної війни демонструють підвищений рівень емоційної напруги, труднощі в емоційній регуляції та зниження адаптивності. Дослідження українських психологів (О. Бондаренко,

Т. Титаренко, С. Максименко, Н. Чепелєва) підкреслюють, що стійкість до стресу формується як комплексна інтегративна властивість особистості, яка включає когнітивні, емоційні, поведінкові й соціальні ресурси.

Проблематика стресостійкості підлітків має широке міжнародне наукове підґрунтя. Класичні роботи Г. Сельє, Р. Лазаруса і С. Фолкман заклали основи розуміння стресу як психологічного процесу, тоді як сучасні автори – A. Masten (теорія резилієнтності), M. Rutter, S. Southwick, B. Litz, K. Connor та J. Davidson – розглядають стресостійкість у контексті психосоціальних ресурсів та адаптаційних моделей. У вітчизняному науковому дискурсі питання психологічної стійкості та подолання стресу досліджували С. Максименко, В. Панок, Т. Титаренко, О. Кириченко, Л. Омельченко, які підкреслюють роль соціального середовища й цілеспрямованих психокорекційних впливів у розвитку адаптивних механізмів підлітків.

Особливу увагу привертають підлітки, які навчаються та проходять соціально-психологічну реабілітацію у спеціалізованих центрах. Ця категорія дітей нерідко має досвід травматичних подій, сімейного неблагополуччя, навчальних труднощів, поведінкових порушень або психосоціальних криз. Відповідно, їх стресостійкість формується за умов підвищеного ризику, що потребує спеціальних психологічних програм, спрямованих на розвиток емоційної регуляції, усвідомленості, соціальної підтримки та адаптивних стратегій подолання.

Таким чином, з огляду на складну соціальну ситуацію, збільшення емоційного навантаження на підлітків та необхідність удосконалення психокорекційних практик у реабілітаційних центрах, дослідження психокорекційних засобів підвищення стресостійкості є своєчасним і важливим, впровадження яких забезпечить більшу ефективність психологічних інтервенцій.

Об’єкт дослідження: стресостійкість підлітків як інтегральна психологічна властивість.

Предмет дослідження: психокорекційні засоби стресостійкості підлітків підвищення в умовах реабілітаційного центру.

Мета дослідження – теоретично дослідити стресостійкість підлітків, а також емпірично вивчити ефективність психокорекційних технологій у підвищенні стресостійкості підлітків, які перебувають у реабілітаційному центрі, шляхом порівняння показників їхнього психоемоційного стану до та після корекційного впливу.

Гіпотеза дослідження – передбачалося, що участь підлітків у тренінгу особистісного зростання сприятиме зниженню рівня постстресових проявів, оптимізації механізмів психологічного захисту та покращенню актуального психоемоційного стану. Зокрема, очікувалося, що після проходження тренінгової програми у підлітків, які перебувають у реабілітаційному центрі, зменшиться інтенсивність симптомів пенітенціарного стресу, знизяться показники тривожності та відхилення від аутогенної норми, а структура захисних механізмів набуде більш збалансованого та адаптивного характеру. Також очікується, що:

- на констатувальному етапі у підлітків будуть виявлені знижені показники емоційної стабільності, наявність постстресових проявів та переважання неадаптивних копінг-стратегій;

- після застосування психокорекційної програми спостерігатиметься підвищення рівня емоційної регуляції, зниження внутрішньої напруги, зменшення інтенсивності постстресових симптомів та корекція дезадаптивних форм поведінки.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні підходи до розуміння стресу та стресостійкості в підлітковому віці.

2. Визначити психокорекційні засоби та методи підвищення стресостійкості підлітків, які перебувають у реабілітаційних центрах.

3. Емпірично дослідити рівень стресостійкості та її компонентів у підлітків реабілітаційного центру.

4. Вивчити динаміку стресостійкості підлітків після запровадження психокорекційних інтервенцій.

Для розв’язання поставлених завдань застосовувалися наступні методи дослідження: теоретичні (аналіз, узагальнення, систематизація), емпіричні методи: «опитувальник травматичного стресу», який дозволяє виявити вираженість постстресових розладів, для оцінки актуального психічного полягання випробовуваного був використаний «восьмиколірний тест Люшера»; з метою виявлення переважаючих механізмів психологічного захисту був використаний особовий опитувальник Плутчика – Келлермана – Конте «Life style index»; психокорекція за методом АСПН; формувальний експеримент, математично-статистична обробка.

Наукова новизна та теоретичне значення полягає у тому, що: проведено теоретико-методологічний аналіз виникнення стресового стану у підлітків, розкритті сучасних підходів щодо їх формування; обґрунтовано і розроблено систему психологічних заходів оптимізації формування стресостійкості у юнацькому віці; уточнюється роль психокорекційних тренінгових практик у формуванні стресостійкості підлітків із вразливих груп та адаптована до умов українських реабілітаційних центрів.

Практичне значення: результати, отримані під час дослідження можуть бути використані в практичній роботі фахівців з вікової та соціальної психології, у практиці роботи психологічної служби навчальних закладів, при проведенні теоретичних та практичних занять з відповідних дисциплін. Розроблена програма може бути використана практичними психологами, соціальними педагогами, працівниками реабілітаційних центрів, а також імплементована у заклади освіти з метою підвищення адаптаційних можливостей підлітків.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЇ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПІДЛІТКІВ

1.1 Психологічні механізми виникнення стресу в підлітковому віці

До емоційних процесів відноситься широкий клас процесів, внутрішньої регуляції діяльності. Цю функцію вони виконують, відбиваючи той зміст, що мають об'єкти й ситуації, що впливають на суб'єкта, їхнього значення для здійснення його життя. У людини емоції породжують переживання задоволення, незадоволення, страху, боязкості й т.п., які відіграють роль суб'єктивних сигналів, що орієнтують. Найпростіші емоційні процеси виражаються в органічних, рухових і секреторних змінах і належать до числа вроджених реакцій. Однак, у ході розвитку емоції втрачають свою пряму інстинктивну основу, здобувають важко-обумовлений характер, диференціюються й утворять різноманітні види так званих вищих емоційних процесів; соціальних, інтелектуальних й естетичних, які в людини становлять головний зміст його емоційного життя. По своєму походженню, способам прояву й формам протікання емоції характеризуються рядом специфічних закономірностей.

Властиві емоції являють собою більш тривалі стани, іноді лише що слабко проявляються в зовнішньому поводженні. Вони мають чітко виражений ситуаційний характер, тобто виражають оцінне особистісне відношення до складних або можливих ситуацій, до своєї діяльності й своїх проявів у них. Властиві емоції носять чітко виражений характер; це значить, що вони здатні передбачати ситуації й події, які реально ще не наступили, і виникають у зв'язку з поданнями, про пережиті чи уявлювані ситуації. Їхня найважливіша особливість складається в їхній здатності до узагальнення й комунікації; тому емоційний досвід людини набагато ширше, ніж досвід його

індивідуальних переживань: він формується також у результаті емоційних співпереживань, що виникають у спілкуванні з іншими людьми, і зокрема переданих засобами мистецтва.

Будучи одночасно самостійним фізіологічним, психічним і соціальним явищем, стрес по своїй суті являє собою ще один вид емоційного стану. Цей стан характеризується підвищеною фізіологічною й психічною активністю. При цьому одній з головних характеристик стресу є його крайня нестійкість. При сприятливих умовах цей стан може трансформуватися в оптимальний стан, а при несприятливих – у стан нервово-емоційної напруженості, для якого характерне зниження працездатності й ефективності функціонування систем й органів, виснаження енергетичних ресурсів.

Для позначення психічних станів людини у важких умовах дослідники користуються різними поняттями, серед яких найбільш популярне поняття стрес. Його застосовують для позначення широкого кола не тільки психічних, але й фізіологічних станів, наприклад фізичної напруги, стомлення. Більше того, внаслідок широкої популярності терміну «стрес» ним стали позначати різноманітні явища, що ставляться й до інших областей знання (соціології, біології, медицини, педагогіці й ін.). Так, цей термін вживають для позначення зовнішніх впливів і ситуацій, у які може потрапити людина

Неоднозначність розуміння стресу, плутанина й непослідовність у застосуванні цього терміну мають як результат суперечливість отриманих даних, відсутність строгих критеріїв при їхній інтерпретації й зіставленні.

Цей термін, що одержав у наші дні настільки широке поширення, уперше був уведений у наукове вживання стосовно до технічних об'єктів. В XVII ст. англійський учений Робер Гук використав цей термін для характеристики об'єктів (наприклад, мостів), що випробовують навантаження. Ця історична аналогія цікава тим, що поняття «стрес» у сучасній фізіології, психології, медицині містить у собі подання про зв'язки стресу з навантаженням на складні системи (біологічні, психологічні,

соціально-психологічні) і з опором цьому навантаженню. Відповідно до цих подань стрес розглядається як фізіологічний синдром, що складається із сукупності неспецифічно викликаних змін, як неспецифічна реакція організму на пропоновані до нього вимоги [4].

Стрес – це нервово-психічне перенапруження, що виникає в результаті сильного впливу (стресора), адекватна реакція на яке навіть не була сформульована, але повинна бути знайдена в сформованій ситуації.

Це такий емоційний стан, що пов'язаний з тотальною мобілізацією сил організму на пошук виходу зі сформованого положення.

Поняття емоційного стресу ввів канадський учений Г. Селье [39].

Він дає наступне визначення стресу – це неспецифічна відповідь організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу.

Г.Селье виділив три етапи в розвитку стресу:

- Тривога (фази шоку й анти-шоку). У цій фазі організм функціонує з більшою напругою. Однак, на даному етапі він ще справляється з навантаженням за допомогою поверхневого, або функціонального, мобілізацією резервів без глибинних структурних перебудов. Фізіологічно первинна мобілізація проявляється, як правило, у наступному: кров згущається, у ній падає зміст іонів хлору, відбувається підвищене виділення азоту, фосфатів, калію, відзначається збільшення печінки або селезінки.

- Резистентність (виникнення підвищеної стійкості організму до дії стресорів). Це друга фаза. Так звана фаза максимально ефективної адаптації. На даному етапі відзначається збалансованість втрати адаптаційних резервів організму. Всі параметри, виведені з рівноваги в першій фазі, закріплюються на новому рівні. При цьому забезпечується мало, що відрізняється від норми реагування, організму на фактури, що впливають, середовища.

- Виснаження (розвиваються дистрофічні процеси, аж до загибелі організму). Якщо стрес триває довго або стресори надзвичайно інтенсивні, то неминуче наступає фаза виснаження. Оскільки функціональні резерви вичерпані на першій і другій фазах, в організмі відбуваються структурні

перебудови, але коли для нормального функціонування не вистачає і їх, подальше пристосування до умов, що змінилися, середовища й діяльність здійснюється за рахунок непоправних енергетичних ресурсів організму, що рано або пізно закінчується виснаженням.

Слід зазначити, що не всякий вплив викликає стрес. Слабкі впливи не приводять до стресу, він виникає лише тоді, коли вплив стресора (незвичного для підлітка об'єкта, явища або яких-небудь інших факторів зовнішнього середовища) перевершує звичайні пристосувальні можливості індивіда.

Таким чином, стрес виникає тоді, коли організм змушений адаптуватися до нових умов, тобто стрес невіддільний від процесу адаптації.

Сутність стресової реакції полягає в «підготовчому» порушенні й активації організму, необхідної для готовності до фізичної напруги. Отже стрес завжди передує значній витраті енергетичних ресурсів організму, а потім і супроводжується нею, що саме по собі може приводити до виснаження функціональних резервів. При цьому стрес ні в якій мірі не може розглядатися як негативне явище, оскільки лише завдяки йому можлива адаптація. Крім цього, помірковано виражений стрес впливає як на загальний стан організму, так і на психічні характеристики особистості. Наприклад, при помірному стресі відзначається позитивна зміна таких психічних характеристик, як показники уваги, пам'яті, мислення й ін. Таким чином, стрес, як цілісне явище, повинен розглядатися в якості позитивної адаптивної реакції, що викликає мобілізацію організму. Проте існують стресові реакції, які, навпаки, приводять до демобілізації систем організму. Цей вкрай негативний прояв стресу в науковій літературі одержав назву дистресу. Саме дистрес несе в собі фактори, що руйнівно діють на організм. Трансформація стресу в дистрес відбувається при надмірно інтенсивному впливі факторів середовища й умов життєдіяльності, при яких дуже швидко виснажуються функціональні резерви організму або порушується діяльність механізмів психічної регуляції [36].

Деякі автори розділяють фактори, що викликають психічний стрес, на дві більші групи. Тому й психічний стрес вони умовно ділять на два види: інформаційний й емоційний. Інформаційний стрес виникає в ситуаціях значних інформаційних перевантажень, коли людина не справляється із завданням переробки отриманої інформації й не встигає приймати правильні рішення в необхідному темпі, особливо при високій відповідальності за наслідки ухвалених рішень. Виникнення емоційного стресу більшість авторів пов'язують із ситуаціями погрози, небезпеки, образи й т.д. Із цього погляду прийнято виділяти три форми емоційного стресу: імпульсивний, гальмовий і генералізований. При емоційному стресі відзначаються певні зміни в психічній сфері, у тому числі зміни протікання психічних процесів, емоційні зрушення, трансформація мотиваційної структури діяльності, порушення рухового й мовного поводження [36].

Подібний розподіл психічного стресу на інформаційний й емоційний досить умовний. Дана класифікація виходить із основних характеристик факторів, що викликають стрес. На практиці дуже рідко вдається розділити інформаційні й емоційні стресори й визначити, які зі стресорів є ведучими. Найчастіше в стресовій ситуації інформаційні й емоційні стресори нероздільні, оскільки формування почуттів завжди пов'язане з переробкою інформації. Дуже часто в результаті помилкової оцінки ситуації в підлітка виникає почуття образи або гніву. У свою чергу, так званий інформаційний стрес завжди супроводжується високим емоційним порушенням і певними почуттями. Однак виникаючі при цьому почуття можуть зустрічатися й в інших ситуаціях, не пов'язаних з переробкою інформації. У більшості робіт психічний й емоційний види стресу ототожнюються.

Стрес – це універсальне явище в житті сучасних підлітків, що зачіпає їх здоров'я і благополуччя. Високі рівні стресу можуть бути пов'язані з дісстрессом і соматичними симптомами, що примушують підлітка звертатися за медичною допомогою. Педіатри і інші професіонали, що займаються охороною здоров'я підлітків, часто зустрічають пацієнтів з такими

симптомами і не можуть адекватно пояснити полягання якою-небудь органічною причиною. Діагностика і ведення таких підлітків викликає багато проблем і вимагає обізнаності про роль стресу і інших психологічних чинників в розвитку і збереженні симптомів у пацієнта [44]. Мета цього обговорення – дати клініцисту уявлення про зв'язки між стресом і соматичними симптомами у підлітків і визначити методи оцінки і лікування таких симптомів у підлітків, які крім всього іншого є важливими медичними або психіатричними поляганнями. Психосоматичні порушення. Психосоматичні порушення звичайно визначаються як такі, при яких психологічні чинники вважаються складовими в розвитку загострені або збереженні захворювання. Відносний термін "соматизация" відноситься до тенденції повідомляти про физичні симптоми, що не мають патофізіологічної бази, або значно перевершують те, що можна виявити на підставі об'єктивних медичних даних. Психосоматичні симптоми і соматизация відрізняються від симуляції, при якій пацієнт правдиво повідомляє про свої відчуття і не свідомо використовує ці симптоми для маніпулювання або управління іншими або ситуацією. Підліток і його сім'я звичайно відносять ці симптоми до органічного захворювання і тому звертаються за медичною допомогою. Симптоми можуть варіювати по тяжкості і тривалості, можуть бути гострими або хронічними і при цьому може бути присутній або бути відсутній органічне захворювання. Оскільки симптоми первинно обумовлені психосоціальними чинниками, спрямованість втручання на ці чинники дуже важливо для поліпшення симптоматики.

Слід зазначити, що термін психосоматичний все більше заміщається такими термінами як психофізіологічний, біобехавіоральний і біопсихосоциальний – термінами все більш розуміння того, що психосоціальні і біологічні чинники є нерозривними і взаємозалежними аспектами всіх захворювань. Термін психосоматичний використовується у відношенні до симптомів, при яких психосоціальні чинники грають основну роль. Ми зокрема зупинимося на симптомах, при яких органічні дані відсутні

або незначні. Проте важливо визнати, що стрес і інші психосоціальні чинники можуть загострювати полягання, такі як цукровий діабет, які пов'язані з відомими органічними захворюваннями. І що підлітки з органічним захворюванням можуть випробовувати додатковий життєвий стрес в результаті цих полягань. Наявність визначуваної органічної поразки не виключає можливості того, що підліток може випробовувати значні рівні стресу і що цей стрес може зробити вплив на перебіг захворювання [44].

Життєвий стрес. Велика кількість емпіричних досліджень виявила істотний зв'язок між стресовими явищами життя і соматичними симптоматику підлітків. Наприклад. серед пацієнтів, що звертаються в клініку для підлітків, про більшу кількість стресових подій життя повідомляється підлітками з функціональними соматичними симптомами ніж такими страждаючими певними органічними захворюваннями. Також в іншому дослідженні підлітки пацієнти з великим рівнем стресу значно перевершують по кількості психофізіологічних симптомів тих біля яких більш низький рівень стресу. Інші дослідження знайшли, що більший стрес припускає наявність у підлітків симптому рекур-рентного абдомінальною болю. Життєвий стрес також пов'язаний з психосоматичними симптомами серед підлітків навчаються в школі. Таким чином, є значні свідоцтва зв'язку стресу з соматичними симптомами у підлітків [63].

Афект або емоційне полягання Життєвий стрес може бути пов'язаний не тільки з соматичними симптомами але також з емоційними дістрессамі. Наприклад, збудження і депресія часто співіснують з психосоматичними симптомами. Підлітки з рецидивуючими болями розвиваючими без жодного зв'язку з медичними даними характеризуються рівнями збудження і депресії які перевищують такі у контрольних суб'єктів. Важливо враховувати контекст в якому переноситься стрес. Декілька чинників визначають дію стресу на здорове і благополуччя підлітків. Такі визначаючі включають індивідуальні соціальні ресурси. Наприклад, соціальна компетенція це індивідуальний ресурс які виявляється змінює ефект стресорів на підлітків.

Серед пацієнтів підлітків з хронічним абдомінальним болем і високим рівнем стресу біля таких з більш високою соціальною компетенцією було менш вірогідним збереження симптомів через рік після візиту в клініку, ніж біля такі з меншим рівнем соціальної компетенції.

Індивідуальні відмінності і здібності. Не кожний підліток схильний стресу дає посилення соматичних симптомів. Важливо розглянути контекст, в якому виявляється стрес. Деякі чинники змінюють дію стресу на здоров'я і благополуччя підлітка. Ці модератори включають індивідуальні і соціальні ресурси. Наприклад, соціальна компетентність – це індивідуальний ресурс, який здається змінює ефект стреса на підлітка. Серед пацієнтів підлітків з хронічними абдомінальними болями і високим рівнем стресу, біля таких з більшою соціальною компетентністю менш вірогідне збереження їх симптомів через 1 рік після візиту в клініку, ніж біля таких з меншою соціальною компетентністю.

Стиль подолання як медіатор зв'язку між стресом і захворюванням. Свідоцтва з'явилися в літературі по дорослих указують на те, що при високих рівнях стресу персональне ресурси впливають на майбутнє благополуччя опосередковано через більш адаптивні стратегії подолання труднощів. Схожим чином, процес подолання може передавати відношення між негативними явленями життю і психосоматичними проблемами у підлітків. Підлітки з меншими рівнями персональних ресурсів можуть мати менш ефективні стратегії подолання як життєвих стресів так і болю і інших соматичних симптомів. Такмі чином, неефективне подолання може виявитися механізмом зв'язуючим стрес і соматичні сімптоми [50].

Окремі зразки подолання болю були пов'язані з психосоматическми сиптомами у дітей і підлітків. В дослідженні пацієнтів з персистирующей абдомінальним болем в педіатричній гастроентерологічній клініці більш високі рівні симптомів соматизації протягом 2 тижнів після візиту в клініку були приречені типами подолання болю включаюшимі бехавіоріальноє виключення (припинення активності), самоізоляцію, нездатність здійснення

зусиль за рішенням проблеми і недолік емоційної експресії. Також підлітки і молоді дорослі, яким не вдалося позбавитися рекурентного абдомінального болю, протягом 5 років після медичного обстеження повідомляли що стратегії використовуються ними по подоланню болю включали самовиключення, самоізоляцію і катастрофирование (припущення гіршого).

Підтримка однолітків. Підтримка однолітків виявляється буфером ефектів стреса на підлітка. Не дивлячись на високі рівні стресу, хлопчики-підлітки з високим рівнем підтримки з боку однолітків дають менше психофізіологічних симптомів при обігу в поліклініку, ніж хлопчики з високими рівнями стресу без підтримки однолітків. Важливість зв'язку з однолітками в підлітковому періоде, прихильність однолітків і їх підтримка може бути найважливішим ресурсом допомоги підліткам в успішній боротьбі із стресом. Підлітки які відчувають себе соціально ізольованими або біля яких є трудності у відношенні з однолітками виявляються більш ранимими відносно пов'язаних із стресом психосоматичних проблем [46].

Сімейна підтримка. Сімейна підтримка також може змінювати вплив стресу на здоров'я підлітка. Важливе визначити не тільки кількість але і природу підтримки одержуваної підлітком з боку його сім'ї. В сім'ях дітей підлітків з вираженими соматическими симптомами звичайно спостерігається реакція батьків на симптоми їх дітей у вигляді уваги і особливих привілеїв які можуть сприяти посиленню симптомів і інвалідності. В цих сім'ях природа підтримки підлітка може усилити залежність пов'язаної з роллю хворого, при цьому порушуючи розвиток компетентностей, необхідних для успішного подолання стресу.

Інший важливий аспект сімейного оточення включає випинання захворювання і порушення здатності. Сім'ї дітей з рекурентнимі больовими синдромами характеризуються високими рівнем захворюваності і інших членів сім'ї. І, дійсно, більш високі рівні симптомів соматизации у батьків були пов'язані із значно більш високим рівнем симптомів соматизации у дітей з рекурентнимі болями. В цих сім'ях батьки можуть моделювати

хворобливу поведінку, збільшуючи вірогідність того, що діти сприймуть таку поведінку, особливо під час стресів, коли симптоми можуть забезпечити ним вибачну причину уникнути проблемної ситуації, такий як іспитів або атлетичного змагання [46].

Когнітивна оцінка. Одним з шляхів, коли індивідуальні і соціальні ресурси можуть зменшити дію стресу, це шлях їх впливу на індивідуальну інтерпретацію або оцінку стреса. Оцінка включає визначення значущості і тяжкості стреса а також усвідомлювану здатність його подолання. Коли вимоги пов'язані із стресом усвідомлюються як перевершуючі наявні ресурси, можуть бути триггированы негативні емоції і фізіологічні реакції, що виявитися в соматичних скаргах і необхідності обігу по медичну допомогу. Таким чином, підлітки з низьким рівнем компетентності і соціальної підтримки можуть оцінити стрес як більш загрожуючі і їх потенціал протистояння нижче, ніж у підлітків компетентніших і мають більший доступ до соціальної підтримки [46].

Загальні психосоматичні симптоми. Підліток оцінюючий ситуацію як загрожуючу може проявляти різноманітність реакцій організму у відповідь на стресову ситуацію. Ці реакції організму можуть осозноваться і трактуватися як дискомфорт або біль. Різні системи тіла можуть викликати відчуття і симптоми включаючи запаморочення, утомленість, укорочення дихання і синкопі. Індивідууми можуть мати окремі органні системи в яких їх дискомфорт найбільш виявляється, такі як гастроинтестинальный тракт або м'язово-скелетна система. Наприклад, у підлітків, що скаржаться на абдомінальну біль, може бути більш висока чутливість шлунково-кишкової системи. Лабораторні дослідження показують що гострі психологічні стрессориможуть порушувати моторику шлунку, тонкого і товстого кишечника біля деяких індивідуумів, залишається не ясним чи триггирует стрес порушення моторики або стрес порушує індивідуальну толерантність до деяких соматичних відчуттів, які іншими розцінюються як нормальні і ігноруються.

Рекурентний абдомінальний біль це найчастіша соматична скарга, що повторюється, серед дітей і підлітків. Пацієнти із звичними шлунково-кишковими розладами включаючи синдром дратуючого товстого кишечника (IBS) і диспепсії указують що при високих рівнях стресу у них виникають множинні соматичні скарги з приводу яких вони часто звертаються за медичною допомогою. Останні дані указують на те, що у дітей і підлітків з рекурентним абдомінальним болем пізніше може бутидіагносцированIBS. Підлітки і молоді дорослі з анамнезом в дитинстві рекурентним абдомінальним болем можуть продовжувати проявляти більш високі рівні хворобливої поведінки включаючи біль, інші соматичні скарги і функціональні розлади, ніж контрольні суб'єкти.

Головний біль. Головні болі часта скарга у дітей і підлітків і часто спостерігаються в асоціації з абдомінальним болем. Головні болі м'язової напруги, як епізодичні так і хроніческие є тими, що найбільш часто зустрічаються. Carlsson знайшов що діти і підлітки з рекурентними головними болями частіше повідомляють про психологічний дисстрессе ніж контроль без головних болів. Суб'єкти з хронічними рекуреннтными головними болями або мігренню, співіснуючою з головними болями напруги, дають найвищий рівень психологічних дісстрессов. Стрессори такі як подружні проблеми батьків і розпад сім'ї або розлучення пов'язані з рекурентними головними болями у підлітків [46].

Біль в грудях. Біль в грудях у підлітків часто викликає заклопотаність про наявність лежачого в основі їх захворювання серця, проте біль в грудях у підлітків рідко буває пов'язаний з серцевим захворюванням і частіше всього обумовлена ідіопатичними причинами. Костохондріт і мишечноськелетная біль це найбільш часто ідентифікації причини болю, що піддаються, в грудях у підлітків. Збудження і гіпервентиляція можуть бути пов'язано з болем в грудях і іншими соматическми скаргами. Стресові життєві явища можуть бути ідентифіковані у багатьох підлітків з болем в грудях не дивлячись на причину.

М'язово-скелетний біль. Мишечноськелетная біль зустрічається біля до 20% дітей і підлітків. Cherry and colleagues зробили повідомлення, що стрессори пов'язані з школою, сім'єю і особистими надіями були звичними серед 100 пацієнтів (середній вік 13 років), що звернулися в ревматологічний центр з приводу хронічний м'язово-скелетному болю. Більшість пацієнтів реагувала на комбінацію фізікальной і оккупациональной терапії, укупі з втручаннями, направленими на в основі лежачі психосоціальні причини [46].

Хронічна утомленість. Хронічна утомленість може супроводити різним поляганням включаючи психосоматичні проблеми, депресію, і синдром хронічної утомленості. Синдром хронічної утомленості це складний симптом полягаючий їх глибокоїістощяющейутомленості пов'язаної з різними неспецифічними і конституціональними скаргами. Хоча причина синдрому хронічною утомленості у дітей і підлітків ймовірно ємультіфакторіальной, стрес і психосоматичні чинники здається грають певну роль у деяких пацієнтів. Carter and coworkers знайшли, що суб'єкти з хронічною утомленістю проявляють більш, ніж контрольні суб'єкти, згідно вимірюванням Child Behavior Checklist internalizing поведінки, замкнутості і симптомів соматизації [61].

Неспецифічні симптоми. Інші неспецифічні симптоми, включаючи запаморочення, синкопі або утомленості, часто виявляються пов'язаними з сімейними проблемами, стресом, шкільними проблемами і депресіями у учнів старших класів школи, відвідуючих шкільного лікаря. Також гіпервентиляція і функционий стридорвиявляються респіраторними поляганнями в яких відсутній органічний компонент і а виникненню цих проблем часто сприяють психологічні стреси.

Прояв і оцінка симптомів. Підлітки і їх сім'ї часто вдаються до медичної допомоги з приводу фізікальних симптомів, які, як правило, виявляються тими, що не мають органічних причин. Рішення звернутися по медичну допомогу може відображати тяжкість симптоматики тривалість і дискомфорт, значущість симптому або ступінь турботи інших членів сім'ї,

що представляється. У багатьох випадках фізікальних симптоми пов'язані із стрессорами перевершуючі здатність підлітка протистояти їм, що виявляється у відчутті безпорадності.

Більшість візитів з приводу психосоматичних симптомів є швидше реакцією на психосоціальний дістресс, ніж спробою дії на лікаря, тобто симуляцію. Симуляція розцінюється як що знаходиться під контролем пацієнта і є обдуманим представленням помилкових або посилених фізікальних або психологічних симптомів. Симуляції може бути застосована при небажанні відвідувати школу з метою отримання непотрібного лікування [46]. По досвіду автора більшість підлітків не навмисно застосовує ці симптоми таким чином. Проте, вони можуть одержати певну вторинну вигоду від їх симптомів. Наприклад, батьки менш схильні карати дітей або підлітків за їх погані оцінки або поведінку за наявності у них конкуруючих соматичних скарг, ніж при їх відсутності. Таким чином, батьки можуть ненавмисно усилювати симптоми і нездатність освбождая підлітків від нормальних обов'язків.

Планування. Представники охорони здоров'я можуть зустріти пацієнтів з психосоматичними проблемами при первинному прояві симптомів або після того, як симптоми сталі хронічними або рецидивуючими. Якщо це первинний прояв, то лікарі з великою практикою можуть бути зв'язані часом і виявитися нездібними адекватно оцінити психосоціальні причини. В цій ситуації процес оцінки може бути початий і заплановані подальші візити через відносно короткі проміжки часу впродовж всього процесу діагностики. За відповідних умов більш вірогідно, що лікар буде в курсі хронічної природи симптомів і може бути запланована більш тривала початкова зустріч.

Початкове інтерв'ю. Звичайно підлітка з хронічними симптоматичними симптомами перший раз в клініку супроводжує один з батьків. Первинна розмова повинна вестися спільно з батьком і підлітком. В цей час можуть бути визначені і обговорені межі конфіденційності. Сумісна участь дозволяє

клініцисту поспостерігати взаємостосунки батько-підліток і оцінити якість їх взаємостосунків. Під час першої бесіди корисно запитати батька про те, що викликає найбільші турботи. Наприклад, батька можна запитати стурбований він чи ні тим фактом, що симптом може указувати на наявність певного порушення. Ця інформація дозволить лікарю концентруватися на цій турботі і розвіяти раніше невимовний страх батьків відносно серйозного жізнеугрожающего захворювання.

Якщо батьки виразили свої побоювання важливо поговорити з підлітком наодинці; проте бажано провести завершальну зустріч по типу зворотного зв'язку спільно з батьками і підлітком, щоб переконатися в їх розумінні діагнозу і одержаних рекомендацій.

Анамнез і огляд симптомів . Повний анамнез слід одержати від підлітка, включаючи ретельний розгляд по системах. Може виявитися корисним взнати сприйняття підлітком анамнестичних фактів, до цього висловлених батьками. Будь-яка невідповідність між сприйняттями проблеми батьками і підлітком може указувати на сімейний конфлікт або погане взаєморозуміння в сім'ї, що повинне бути досліджене. Опис початку симптомів і будь-яких пов'язаних з ним проявів або ситуацій може розкрити важливі причини зухвалих стрессорів, що стосуються. Рівень емоційного дісстресса підлітка може спостерігатися і оцінюватися під час бесіди.

Психосоціальні витоки повинні бути розглянуті з особливою увагою на можливість недавніх подій в житті які могли викликати стрес. Список життєвих подій може виявитися корисним при зборі такого роду інформації і для чіткого виявлення стресових подій, що відбулися з підлітком або його сім'єю. Такий список може також вказати на області вимагаючі втручання для зниження стресу.

Хоча зв'язок між стрессорамі і психосоматичними симптомами може бути очевидній для об'єктивного спостерігача, багато підлітків можуть не визнавати стресову природу їх обставин. Ця ситуація в деякому роді подібна старому китайському прислів'ю: «Не розумно питати рибу, яка вода».

Підліток, подібно рибі, може адаптуватися до умов і не визнавати їх за стресові. Наприклад, підліток з хронічними головними болями напруги може говорити що у нього ніколи не буває контакту з його невіруючими батьками і він не одержує від них ніякої фінансової підтримки. Звичайно пацієнти в таких обставинах говорять що вони звикли до них і що це їм не заважає. Коли підліток помічає що він ігнорується своїм біологічним батьком, та така поведінка батьків звичайно викликає психосоціальний дісстресс, будь то неусвідомлений або усвідомлений. Тиснучі відчуття щодо стрессорів можуть грати роль в соматичних скаргах і повинні бути вивчені.

Початкова інформація про зв'язок між симптомом і школою може бути одержана при постановці таких питань:

- Біль завжди виникає коли ви знаходитеся в школі або вже вранці перед школою?
- Біль завжди вимушує вас відмовитися від відвідин школи?

Нступна частина бесіди може бути направлена на виявлення того, в якому ступені школа є джерелом стресу для підлітка і як підліток реагує на стрес: Між іншим ви ходите в школу? Які оцінки у вас цього року?

- Як ви вважаєте вони краще або гірше ніж минулого року? Чому? Як останній табель успішності? Які предмети для вас найважчі? Який предмет ви любите якнайбільше? Скільки днів ви пропустили цього року? Як ви проводите день коли ви не йдете в школу? [35].

Відповіді на ці питання допоможуть виявити істотні утруднення включаючі оцінки, вчителів, відсутність школи і можливість вторинної вигоди від соматичних симптомів.

Сімейний анамнез. Коли звертаються підлітки з нез'ясовними з медичної точки зору симптомами, то слід вивчити чи не було в анамнезі подібних симптомів у родичів або членів сім'ї. Попередня сімейна хвороба пов'язана з не діагностованим або важким захворюванням може викликати надмірну батьківську турботу з приводу незначної скарги. Клініцист повинен бути насторожі відносно батьківської турботи виявляється в таких

коментарях як «У тітки Доті були такі ж болі і їй сказали, що це від голови. Вони не могли визначити що з нею і вона померла від раку через три місяці. Я б не хотів, щоб це трапилося з моєю дитиною». В таких випадках батьки повинні мати додаткову упевненість в тому, що обов'язково буде розглянутий і виставлений певний діагноз [29].

Фізікальноє обстеження. Ретельне фізікальни обстеження є важливою частиною оцінки процесу. Батьки повинні бути переконані що все що турбує їх буде ретельно обстежено для виключення фізікальних причини органічного захворювання. Іноді може принести користь дозвіл стурбованим батькам спостерігати за клініцистом коли він проводить обстеження [46].

Результат фізікального обстеження звичайно виявляється нормальним у підлітків з психосоматичними скаргами і, якщо це можливо, клініцист повинен вказати на це своєму пацієнту під час обстеження. Наприклад, звучить вельми переконливо повідомити підлітка стурбованого можливістю серцевої причини болів в грудях, що його серцеві тоны звучать прекрасно, абсолютно чисті.

Лабораторна оцінка і інші тести. Коли підлітки звертаються до лікаря то вони і їх батьки звичайно сподіваються на органічне пояснення соматичних скарг. Багато хто вважає, що для виявлення органічного захворювання необхідно провести лабораторні дослідження . Кожна соматична скарга повинна бути оцінена системно для мінімізації надмірних і дорогих лабораторних досліджень. Рекомендації в проведенні лабораторних і інших спеціальних тестів варіює залежно від симптомів, що проявляються. Деякі сім'ї можуть випробовувати утруднення у зв'язку з проведенням кожного показаного тесту, а деякі можуть наполягати на проведенні специфічних тестів які їм здаються необхідними. Відкрита і чесна дискусія про причину призначення або виключення тестування може виявитися дуже корисною. Турбота пацієнта і сім'ї може бути зменшене детальним поясненням результатів всіх тестів і їх значень у виявленні специфічних порушень.

Фрустрація – це психічний стан підлітка, викликаний об'єктивно непереборними труднощами, що виникли при досягненні мети або вирішенні завдання. Слід зазначити, що термін «фрустрація» застосовується в сучасній науковій літературі в різних значеннях. Дуже часто під фрустрацією розуміють форму емоційного стресу. В одних роботах цим терміном позначаються фрустраційні ситуації, в інших – психічний стан, але завжди мається на увазі неузгодженість між поведінковим процесом і результатом, тобто поводження індивіда не відповідає ситуації, а отже, він не досягає мети, до якої прагне, а навіть навпаки, може прийти до зовсім протилежного результату [46; 23].

Істотні для адаптації в даній ситуації звичайно пов'язані із широким діапазоном потреб, які не можуть бути задоволені в тій або іншій ситуації. Потреба – це стан індивіда, що створюється нестатком у чому-небудь. Існують різноманітні класифікації найбільш значимих з них. П. В. Симонов, наприклад, виділяє біологічні, соціальні й ідеальні. А. Маслоу стверджує, що існує певна ієрархія потреб, де до числа вищих ставляться соціальні потреби.

Неможливість задовольнити ту або іншу потребу викликає певна психічна напруга. У випадку реорганізації цілого комплексу потреб або їхньої неузгодженості, коли людина намагається вирішити два або більше взаємовиключні завдання, психічна напруга досягає найвищих меж й у результаті формується стан, що викликає порушення адекватності поводження, тобто фрустрація. Як правило, цей стан виникає в результаті якогось конфлікту, що прийнятий називатися інтрапсихічним конфліктом, або конфліктом мотивів. Характерна для інтрапсихічного конфлікту несумісність і зіткнення протилежних тенденцій особистості неминуче перешкоджають побудові цілісного інтегративного поводження й збільшують ризик зриву адаптації.

Із ситуацією інтрапсихічного конфлікту безпосередньо пов'язаний й емоційний стрес. Імовірність виникнення інтрапсихічного конфлікту в значній мірі обумовлена особливостями когнітивної сфери. Численні

дослідження показали роль когнітивних елементів у розвитку стресу, а невідповідність між когнітивними елементами (когнітивний дисонанс) спричиняє зростання напруженості, і чим більше невідповідність, тим вище напруженість, що приводить до порушення інтеграції поводження.

Інтеграція поводження – це система взаємозв'язку між елементами психічної структури особистості, що дозволяє успішно вирішувати завдання в інтересах адаптації індивіда, і в першу чергу домогтися погодженості його мотивів і вимог оточення. Інтеграція поводження реалізується через такі психологічні утворення, як установка, відношення, рольові структури. Інтрапсихічний конфлікт відносин, які формуються на основі рольових й особистісних установок, може приводити до дезорганізації поводження й порушенню сформованих структур особистості – «я-образ», «я-концепція», самооцінки. При цьому дезорганізація поводження буде супроводжуватися негативним емоційним тлом, тому що емоції сполучені з мотивами й забезпечують здійснення деяких регуляторних функцій, при цьому інтеграція емоцій у єдину систему визначає характер емоційного стану [6].

Побудова інтегрованого поводження – істотна частина адаптаційного процесу. Порушення поводження на будь-якому рівні інтеграції супроводжується зниженням якості психічної адаптації, зростанням фрустраціонної напруженості й відповідних фізіологічних зрушень. Залежно від того, наскільки наша поведінка інтегроване, тобто цілісна, усвідомлена й підпорядкована певній меті, настільки високий у нас поріг фрустрації, який можна розглядати як міра потенційної стабільності психічної адаптації й здатності протистояти виникаючій напрузі [23].

Одним з найважливіших складених елементів структури особистості, що впливають на рівень інтеграції поводження, а отже, і на процес адаптації в цілому, є «я-концепція». «Я-концепція» – це відносно стійка, у більшому або в меншому ступені усвідомлена й пережита як неповторна система подань індивіда про самого себе, на основі якого він будує свою взаємодію з іншими людьми й ставиться до себе. З даного визначення виплває: «я-

концепція» – це система відносин підлітка до себе й навколишніх його предметів, людям й іншим явищам. Всю інформацію, що людина одержує із зовнішнього середовища, вона сприймає в контексті системи таких відносин, і, виходячи зі ступеня відповідності або невідповідності своїм цілям, з того, що в собі несе отримана інформація – погрозу або схвалення, – людина будує своє поводження. Невипадково прийнято вважати, що «я-концепція» становить ядро системи саморегуляції підлітка. В основі «я-концепції» лежать самооцінка й рівень домагань, що відбивають загальну спрямованість мотиваційної сфери, орієнтованої на досягнення успіху (мотивація досягнення) або на запобігання невдач (мотивація уникання). У свою чергу, дослідження мотивації показали залежність між характером мотивації й вибором поведінкових стратегій, а також особливостями адаптації до умов середовища, що змінюється. При перевазі мотивації досягнення поводження відрізняється відсутністю видимої тривоги, і навпаки, мотивація уникання невдач супроводжується проявом тривоги.

Оскільки йде мова про систему відносин особистості. Система відносин становить ядро особистості. Ця система формується під впливом відбиття свідомістю підлітка навколишньої дійсності. Дана концепція знайшла широке застосування в медичній психології, особливо в області дослідження й лікування неврозів [23].

Неврози – це група нервово-психічних розладів, психогенних по своїй природі, що є наслідком тривалого або надмірно інтенсивної емоційної напруги. Головна причина неврозу – порушення системи регуляції емоційного зв'язку, викликана протиріччям між установками й поглядами особистості й зовнішньою дійсністю, тобто в основі такого порушення лежить інтрапсихічний конфлікт [46].

Невроз, будучи нервово-психічним розладом, супроводжується вегетативними проявами: м'язовою напругою, тремором, порушеннями роботи серця, тривогою, почуттям пригніченості, головними болями, слабістю. Причому ці вегетативні зміни відбуваються не відразу, а

поступово. Насамперед змінюється сон. Він стає поверхневим, людина легко просипається. Поступово змінюється чутливість підлітка до зовнішніх подразників. Звук, світло, розмови незвичайно дратують підлітка. Навіть шуми звичайного рівня можуть стати нестерпними. Підвищена чутливість виступає, з одного боку, як пристосувальний механізм до недоліку інформації, забезпечуючи приплив додаткових сигналів, за допомогою яких можна вирішити ситуацію. З іншого боку, підвищена чутливість робить людину більше сприйнятливою до будь-яких подразників і проявляється як зайва плаксивість, нетерплячість, вибуховість, а також у вигляді болючих відчуттів у відповідь на слабкі сигнали із внутрішнього середовища, які раніше не сприймалися.

Однак головною особливістю неврозу є конфлікт. Конфлікт виявляється в основі більшості неврозів і завжди супроводжується надзвичайно інтенсивними переживаннями. Переживання можуть бути різні. Наприклад, відчуття своєї провини, свого недогляду, внаслідок якого й виникла ситуація, що травмує, і ін. У той же час слід зазначити, що переживання стають джерелом неврозу лише в тому випадку, якщо вони особливо значимі для підлітка. Тому більшість емоційних, або інтрапсихічних, конфліктів, що послужили причиною захворювання, по своїй природі соціальні. Наприклад, людина занедужує не тому, що вона став жертвою несправедливості, а тому, що виявлена стосовно неї несправедливість (дійсна або гадана) порушила її подання про справедливість, її віру в добро й зло, у сенс людського існування.

Таким чином, ми підійшли до того, що емоційний стрес найчастіше виявляється пов'язаним із соціальними явищами, тобто емоційний стрес є невіддільною частиною соціальної адаптації підлітка. У результаті багаторічних експериментальних досліджень цієї проблеми ми прийшли до висновку про те, що існують характеристики особистості, які визначають успішність адаптації підлітка в найрізноманітніших умовах. Ці характеристики формуються в процесі всього життя підлітка, і до їхнього

числа в першу чергу варто віднести рівень нервово-психічної стійкості, самооцінку особистості, відчуття своєї значимості для навколишніх (соціальна референтність), рівень конфліктності, досвід спілкування, моральну орієнтацію, орієнтацію на вимоги найближчого оточення.

Всі ці характеристики при детальному вивченні виявилися взаємозалежні один з одним. Більше того, вони формують одну інтегральну характеристику, що була названа особистісним адаптаційним потенціалом. Дана характеристика розглядається нами як системна властивість особистості, що полягає в здатності особистості адаптуватися до умов соціального середовища. Чим вище рівень розвитку даної властивості, тим до більше твердих і суворих умов соціального середовища може пристосуватися людина [6; 9].

У ході числених емпіричних дослідженнях було встановлено, що навіть в умовах реальної загрози для життя особистість з більше високим адаптаційним потенціалом не тільки мають більше шансів уціліти, але можуть успішно виконувати професійні обов'язки. Також слід зазначити, що згодом з більше високим рівнем розвитку адаптаційного потенціалу особистості мають більше шансів у порівнянні з іншими відновити функціональний стан організму й повернутися до нормального життя.

1.2 Стресотійкість як індивіуальн характеристика підлітка

Проблема регуляції емоційних станів є однією із актуальних у психології й одночасно відноситься як до фундаментальних, так і до прикладних проблем.

Слід зазначити, що існує багато підходів до дослідження як регуляції емоційних станів, так і психічних механізмів, що викликають стрес. Ми розглянемо лише кілька підходів.

Психічна адаптація є центральною ланкою в загальній адаптації підлітка, оскільки саме характер психічної регуляції визначає характер

адаптації в цілому. Механізми психічної адаптації, а, отже, і регуляції психічних станів, лежать в інтрапсихічній сфері [18].

До числа механізмів, що обумовлюють успішність адаптації, відносються механізми протистояння тривозі – різноманітні форми психологічного захисту й компенсації. Психологічний захист – це спеціальна регулятивна система стабілізації особистості, спрямована на усунення або зведення до мінімуму почуття тривоги, пов'язаного з усвідомленням якого-небудь конфлікту. Головною функцією психологічного захисту є «огородження» сфери свідомості від негативних, що травмують особистість переживань. У широкому змісті цей термін вживається для позначення будь-якого поводження, у тому числі й неадекватного, спрямованого на усунення дискомфорту [3; 18].

Виділяють чотири типи психологічного захисту:

- перешкоджаючому усвідомленню факторів погрози, що викликають тривогу;

- що дозволяють фіксувати тривогу;

- знижаючий рівень спонукань;

- ліквідація тривоги.

Проведені ним дослідження виявили закономірну зміну механізмів інтрапсихічної адаптації й дозволили говорити про те, що різні форми психологічного захисту мають різні можливості протистояти тривозі й іншим негативним станам. Більше того, було встановлено, що існує певна ієрархія типів психологічного захисту. Коли одна форма захисту виявляється не в змозі протистояти тривозі, те «включається» інша форма захисту. Порушення механізмів психічної адаптації або використання неадекватної форми захисту можуть приводити до соматизації тривоги, тобто напрямку тривоги на формування передхворобливого стану, або до остаточного зриву адаптації. Це відбувається тому, що тривога, як і будь-який інший емоційний стан, пов'язана з вегетативною й гуморальною регуляцією організму, тобто при виникненні даного стану відбуваються певні фізіологічні зміни. При цьому

слід зазначити, що використання індивідом неадекватної форми психологічного захисту й виникнення гіпертривоги завжди супроводжується наднапруженням, більш значним по своїй інтенсивності, чим звичайне мотиваційне. Як правило, у цій ситуації виникає стан, обумовлений блокадою мотиваційного поводження, відоме як фрустрація.

Найважливішим фактором емоційного життя підлітка є взаємодія з іншими людьми, спілкування, установлення емоційного контакту, двосторонніх відносин. При цьому дуже важливо, щоб кожний почував себе предметом зацікавленості й симпатії, і сам був відкритий для навколишніх, співзвучний пережитим ними емоціям. Емоції становлять найважливіший компонент життя підлітка. Саме тому необхідно намагатися контролювати, аналізувати й розвивати свою емоційну сферу. Ми переживаємо емоції, але не пізнаємо їх. Чи можемо ми керувати своїми емоціями? Позбутися від почуття провини, сорому, образ? Якщо ж ми не вміємо керувати своїми емоціями, то наша поведінка полягає в тому, що коли соромно, робимо вигляд, що байдуже; коли боляче, приховуємо біль; коли кривдно зовні проявляємо лише роздратування або неприкритий гнів. Це все показує, що ми вміємо стримувати зовнішні прояви емоцій, а не усувати їх. Емоції в цьому випадку залишаються в нас, руйнують і позначаються на оточуючих людях, які зовсім не винні в тому, що нас «рвуть на частини емоції». Велика людина – це така людина, що вміє зрозуміти себе й навколишній світ, прийняти його таким, який він є [38].

Будь-яка емоція виникає в певних обставинах, чим примітивніша й простіша емоція, наприклад, страх або відраза, тим сутужніше усвідомити й зрозуміти її.

Властиво всі емоції мають саме цю основу. Любою підлітка з нашого оточення може бути джерелом, як радості, так і неприємностей. Через людей ми задовольняємо більшу частину своїх потреб. Інша людина може забезпечити нашу безпеку або навпаки неї зменшити. Її настрой діє на нас, хоча ми смутно представляємо, як це відбувається. Ми начебто входимо в

особистий світ іншої підлітка й перебуваємо в ньому «як удома». Необхідно розуміти, що цей процес повинен бути делікатним, без оцінювання й осуду. Для цього потрібно залишити на якийсь час свої цінності, емоції, свою точку зору, щоб увійти в світ іншої підлітка без упередженості. Це може допомогти розібратися у своїх емоціях, у їхній природі; зрозуміти вчинки й емоції інших людей, оцінити все з урахуванням інтересів як своїх, так й іншої підлітка. Пам'ятаючи, що ми відповідаємо за себе й свої дії, свої вчинки й рішення. Не порушуючи границю з егоїзмом чітко усвідомлювати, визначати свої бажання, почуття, дії, не нав'язувати їх і не вимагати 100 % їхнього сприйняття іншими. Вони мають право на своє бачення [38].

Переборювати бар'єри взаєморозуміння, що виникають у різних ситуаціях спілкування, непросто. Для цього потрібно добре розбиратися в нюансах людської психології, у тому числі й своєї власної. Значно простіше інше – самому не створювати ці бар'єри. Щоб не виявитися основною перешкодою на шляху до взаєморозуміння з навколишніми, людині необхідно знати психологічні правила спілкування, і насамперед навчитися керувати своїми емоціями, які найчастіше стають джерелом міжособистісних конфліктів.

Оскільки емоції не завжди бажані, тому що при своїй надмірності вони можуть дезорганізувати діяльність або їхній зовнішній прояв може поставити людину в неприємне положення.

Зняттю емоційної напруги сприяють:

- тривала прогулянка, зайнятися якою-небудь корисною фізичною роботою й т.д. Іноді така розрядка відбувається в підлітка як би сама собою: при крайньому порушенні вона ходить по кімнаті з кутка в куток, перебирає речі, рве що-небудь і т.д. Тик (мимовільне скорочення м'язів особи), що виникає в багатьох у момент хвилювання, теж є рефлекторною формою моторної розрядки емоційної напруги;

- написання листа, запис у щоденнику з викладом ситуації й причини, що викликала емоційну напругу; цей спосіб більше підходить для людей замкнутих і потаємних;

- слухання музики; музичною терапією займалися лікарі ще в Стародавній Греції (Гіппократ);

- зображення на особі посмішки у випадку негативних переживань; утримувана посмішка поліпшує настрій (відповідно до теорії Джемса-Ланге);

- активізація почуття гумору, тому що сміх знижує тривожність;

- м'язове розслаблення (релаксація), що є елементом аутогенного тренування й рекомендують для зняття тривоги [42; 46].

Наполегливі спроби впливати на дуже схвильовану людину за допомогою угод, переконань, як правило, не бувають успішними через те, що через всю інформацію, що повідомляється, вона вибирає, сприймає й враховує тільки ту, що відповідає її емоційному стану. Більше того, емоційно збуджена людина може образитися, порахувавши, що її не розуміють. Краще дати такій людині виговоритися й навіть поплакати. Дійсно, вченими встановлено, що разом зі слізьми з організму віддаляється речовина, що збуджує центральну нервову систему.

Існують й інші підходи до розгляду проблеми регуляції емоційних станів й емоційного стресу. Виділяють три групи стратегій виходу з напруженої ситуації: змінити або ліквідувати проблему; зменшити її інтенсивність за рахунок зсуву своєї точки зору на неї; полегшити її вплив за допомогою включення ряду способів [46].

Ключову роль у керуванні своїм станом відіграє усвідомлення життєвих цілей і співвіднесення з ними конкретних цінностей. Чим швидше людина визначить свої життєві цінності й цілі, тим у неї більше шансів уникнути негативних наслідків раптово виниклої надмірної емоційної напруги, оскільки людина, що зробила головний життєвий вибір, значною мірою визначила всі подальші рішення й тим самим позбавила себе від коливань і страхів. Потрапляючи у важку ситуацію, він співвідносить її значення зі своїми головними життєвими орієнтирами. Своєчасність подібного зважування нормалізує його стан. При цьому критична ситуація розглядається на тлі загальної перспективи, наприклад всього життя підлітка,

у результаті чого значимість цієї ситуації може різко знизитися. Відомо багато прикладів, коли з людьми відбувалися нещасні випадки, від яких можна було оправитися протягом декількох годин. Але реакція на них була настільки неадекватна, настільки невідповідна з особистою шкалою цінностей, що розвивалися значні життєві кризи. Тому несприятливі наслідки виникають часто не через самі випадки, а через реакцію на них.

Таким чином, одним з основних способів уникання надмірної емоційної напруги є гармонічний розвиток особистості підлітка, формування в неї самостійної світоглядної позиції. Причому цей розвиток починається з перших днів життя підлітка, а його успіх у значній мірі залежить від того, наскільки вміло будують виховний процес батьки дитини, а потім і педагоги в школі, наскільки держава піклується про виховання підростаючого покоління, і від багато іншого.

Наступний спосіб регуляції емоційних станів полягає в правильному виборі моменту для ухвалення рішення або реалізації свого плану. Як відомо, екстремальна ситуація приводить до звуження свідомості, що веде до порушення орієнтування в навколишньому середовищі. Тривога, хвилювання міняють стратегію поведінки. Уражений людина прагне уникнути найменшого ризику, боїться йти в тому напрямку, що грозить помилками, тому кожну нову інформацію вона прагне зв'язати з аналогічною, уже відому їй. У цій ситуації людина дуже часто робить помилки, приймаючи неправильне рішення. Тому необхідно вчитися правильно вибирати момент для реалізації своїх планів у складній, емоційно напруженій ситуації [46; 52].

Ще один спосіб знизити емоційна напругу полягає в ослабленні мотивації. Наприклад, відмовитися на час від досягнення поставленої мети або знизити емоційну напруженість через довільне перенесення уваги, концентруючи її не на значимості результату виконуваної діяльності, а на аналізі технічних деталей завдання або тактичних прийомів.

Для створення оптимального емоційного стану насамперед потрібна правильна оцінка значимості події, що відбувається, оскільки на людину

впливає не стільки інтенсивність і тривалість реальних подій, скільки їхня індивідуальна цінність. Коли подія розглядається як надзвичайне, то навіть фактор малої інтенсивності може викликати дезадаптацію. Необхідно також мати у на увазі, що при сильному емоційному порушенні особистісні характеристики підлітка грають дуже істотну роль в оцінці події. Так, гарний прогноз стає ще більш оптимістичним в оптиміста, а поганий – ще більш похмурим у песиміста. Однак для того щоб правильно оцінити подію, необхідна повна інформованість про неї. Чим більшим обсягом інформації по хвилюючому питанню має людина, тим менша ймовірність емоційного зриву. Звідси випливає, що всіма силами треба збільшувати обсяг відомостей про хвилюючу проблему. При цьому інформація повинна бути різноплановою.

Варто звернути увагу на ще один спосіб боротьби з емоційними стресами й емоційною напруженістю [46]. Цей спосіб полягає в заздалегідь підготовлених стратегіях відступу. Наявність запасного варіанта поводження в тій або іншій ситуації знижує зайве порушення й робить більш ймовірним успіх рішення завдання на генеральному напрямку. Не підготувавши альтернативного рішення, людина необґрунтовано песимістично оцінює ситуацію, що може виникнути у випадку провалу основного варіанта. Маючи запасний варіант дій, у випадку провалу першого людині простіше змиритися з невдачею й зберегти при цьому оптимістичний настрій. Отже, запасні стратегії зменшують страх перед несприятливим розвитком подій і тим самим сприяють створенню оптимального вирішення завдання [28].

Стійкість людини до виникнення різних форм стресових реакцій визначається, перш за все, індивідуально-психологічними особливостями і мотиваційною орієнтацією особи. Слід зазначити, що екстремальна дія далеко не завжди робить негативний вплив на ефективність виконуваної діяльності. Інакше взагалі було б неможливе успішне подолання труднощів, що виникають при ускладненні умов. Проте робота в стресогенній ситуації обов'язково приводить до додаткової мобілізації внутрішніх ресурсів, що

може мати несприятливі відстрочені наслідки. Типові хвороби «стресової етіології» – серденносудинних патології, язва шлунку, психосоматичні розлади, неврози, депресивні полягання – вельми характерні для сучасних людей. Стреси, особливо якщо вони часті і тривалі, роблять негативний вплив не тільки на психологічне полягання, але і на фізичне здоров'я людини. Вони є головними «чинниками ризику» при прояві і загостренні таких захворювань, як серденносудинни і захворювання шлунково-кишкового тракту.

У зв'язку з цим важливі прикладні дослідження індивідуальної стійкості людини до стресу і, як наслідок цього, розвитку патологічних полягань. У вітчизняній психології опонуюча поведінка (копінг) розглядається як усвідомлене раціональна поведінка, спрямована на усунення стресової ситуації. Умовою копінгу є стрес – стан підлітка, неспецифічна реакція на фізіологічному, психологічному і поведінковому рівні, яка з'являється у відповідь на негативні події. Психологічна значимість копінгу у тому, щоб ефективно адаптувати людину до потреб у різних ситуаціях, дозволити оволодіти ними, ослабити і пом'якшити ці потреби, загасити стресову дію ситуації [42; 45; 52].

Проблемою копінгу займалися О.П.Даниленко, Д.А.Джеймс, М.І.Паркер, Lazarus R. S., Compas B. E., Folkman S. та інші.

Зауважимо, що стрес – це насамперед корисна для організму реакція, яка виникла у ході еволюції, що сприяє оптимальної його адаптації до мінливих умов життя. Разом з тим сильні і багаторазово повторювані дії стресорів можуть приводити до різноманітних негативних наслідків, на яких фіксують свою увагу багато дослідників [37].

У накових доробкам ми можемо бачити, коли стрес повязують із напруженням. Стрес як процес, що призводить до психічних відхилень, розглядали Н.Ю. Максимова [27]. В контексті емоцій стрес вивчали В.О. Крайнюк В.М. [18], Н.В. Кузьміна [21]. Психологічні особливості підлітка в стресових ситуаціях досліджували В.А. Бодров [4], Н.Г. Рудюк, Г.М. Дубчак

[11], О.А. Качур [28]. Особливості переживання стресів людиною в екстремальних умовах досліджували Н.О. Лунченко [25], Н.О. Завацька [15].

За результатти числених досліджень, відзначено, що більшість підлітків обирає копінг-поведінку у стресових ситуаціях, орієнтовану на вирішення задачі конструктивними засобами (78% – високий рівень) та копінг-поведінку, орієнтовану на відволікання (72% – високий рівень). Модель копінгу відволікання від стресової ситуації ефективна тим, що виступає як своєрідний механізм психологічного захисту.

Великий відсоток досліджених обрали копінг-поведінку у стресових ситуаціях, орієнтовану на емоційне відреагування. Тобто суб'єкт з таким копінгом у стресових ситуаціях реагує бурно, емоційно, експресивно.

Домінуючою стратегією поведінкової активності у стресових ситуаціях є змішаний тип, який характеризується цілеспрямованістю, емоційною стабільністю, вмінням чергувати роботу з відпочинком та відносною стійкістю до стресових факторів (67%). У стресових ситуаціях проявляється висока стресостійкість лише у 22% (тип Б). Це найсильніший тип з усіх наведених. Для осіб з таким типом активності у стресових ситуаціях характерно послідовність в діяльності, цілеспрямованість, висока працездатність та стабільність емоційної сфери. Низький рівень контролю у стресових ситуаціях спостерігається у 11%. У них проявляється висока поведінкова активність, наполегливість, часта зміна настрою, при цьому знижується рівень контролю особистості.

У спілкуванні з однолітками більшість старших підлітків намагається проявити свої найкращі, у тому числі лідерські якості. Бажання відокремитися, прагнення зайняти високу позицію, здобути повагу, визначити свою особистісну цінність й таким чином отримати можливість підкріпити власну самооцінку та самоповагу – все це багато в чому визначає позицію домінування підлітків у процесі міжособистісної взаємодії.

1.3 Психокорекційні підходи та моделі підвищення стрессостійкості у підлітків

Формування стресостійкості є основою психічного здоров'я людей і неодмінною умовою соціальної стабільності, прогнозованості процесів, що відбуваються в суспільстві. Наростаючі навантаження, у тому числі психічні, на нервову систему і психіку сучасної людини приводить до формування емоційної напруги, яка виступає одним з головних чинників розвитку різних захворювань. В даний час на передній план виходить турбування про збереження психічного здоров'я і формування стресостійкості сучасної людини. Шлях до психічного здоров'я – це шлях до інтегральної особи, що не розривається зсередини конфліктами мотивів, сумнівів, невпевненістю в собі. На цьому шляху важливо пізнавати особливості своєї психіки, що дозволить не тільки попереджати виникнення хвороб, укріплювати здоров'я, але і удосконалювати самих себе і своя взаємодія із зовнішнім світом.

Соціальні взаємостосунки можуть сприяти психологічній, соціальній адаптації, засвоєнню форм здорової поведінки і відновленню, якщо вони носять підтримуючий характер, а також впливати на фізіологічні показники здоров'я [6].

Групова соціальна підтримка, приводять до підвищення стресостійкості, а також самоактуалізації особи і інших особових параметрів. Посилення якостей самоактуалізації, за допомогою соціально – психологічної підтримки у свою чергу, робить сприйняття людей більш адекватним, що в цілому підвищує їх стресостійкість. Соціальна підтримка робить благотворний вплив, як в звичному повсякденному житті, так і під час стресу. Дія соціальної підтримки потенційно може включатися в двох випадках в ході оцінки стреса і співволодіє із стресом. По-перше, вона може спрацьовувати на стадії оцінювання стреса. По-друге, соціальна підтримка може включатися на стадії подолання стресу і спрацьовувати за допомогою редукування дії стресу на індивіда [28].

З урахуванням представлених соціально-психологічних технологій формування стресостійкості і психологічної корекції стресових полягань особи, існує алгоритм їх вживання рисунку 1.1.

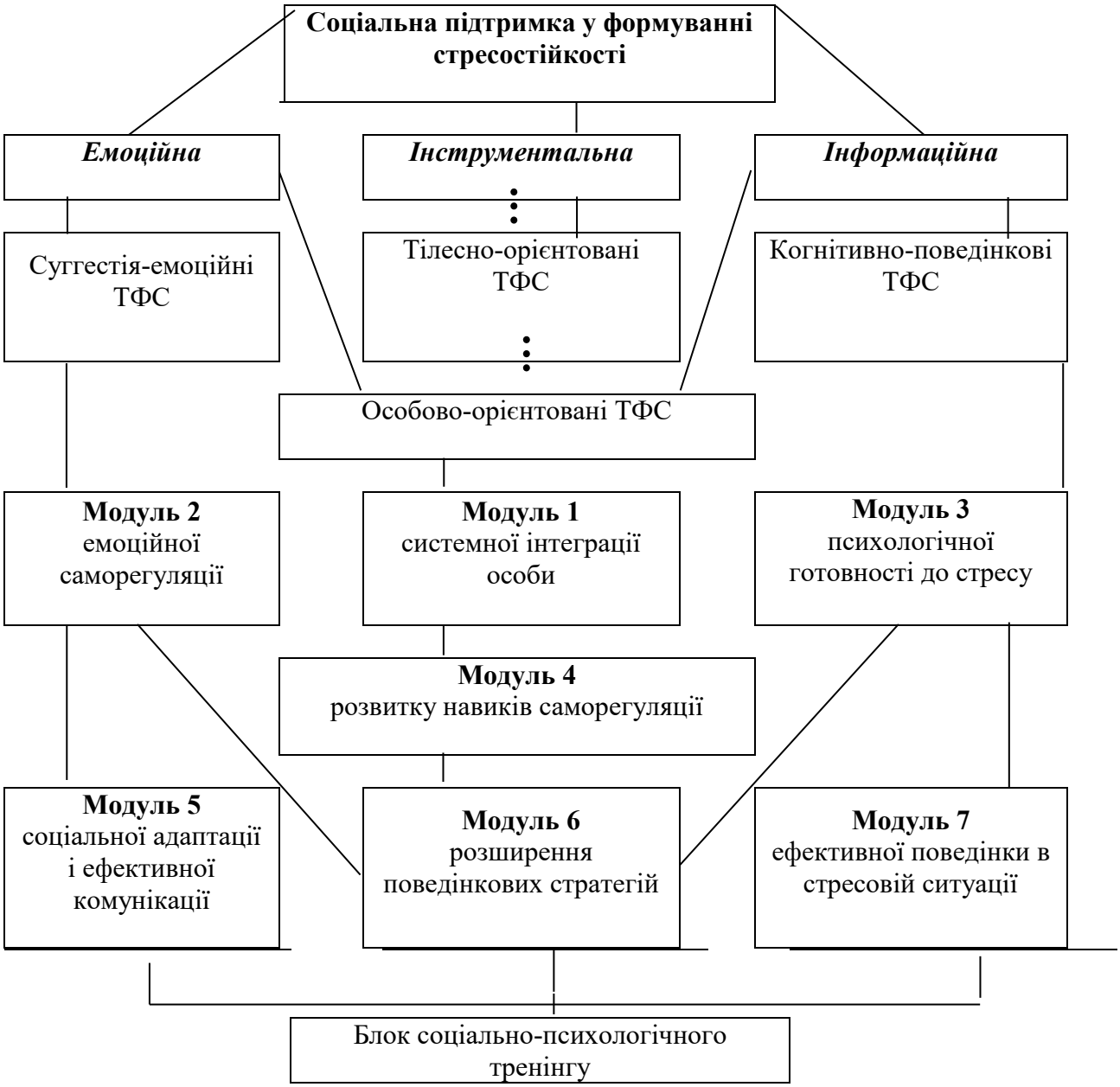


Рисунок 1.1 – Алгоритм вживання технологій формування стресостійкості

Алгоритм вживання технологій формування стресостійкості, з включеною груповою соціальною підтримкою представлений: особово-орієнтованими, суггестія-емоційними, тілесно-орієнтованими, когнітивно-поведінковими ТФС, реалізованими в семи модулях: 1-й модуль – системної інтеграції особи; 2-й модуль – емоційної саморегуляції; 3-й модуль –

психологічної готовності до стресу; 4-й модуль – розвитку навиків саморегуляції; 5-й модуль – соціальної адаптації і ефективної комунікації; 6-й модуль – розширення поведінкових стратегій; 7-й модуль – ефективної поведінки в стресовій ситуації. Мета алгоритму – формування якостей стрес остійкості, за допомогою поєднання різних видів тренінгу, як форм активної психологічної дії в процесі інтенсивного спілкування в груповому контексті. Основними задачами тренінгу були: активізація соціальної позиції учасників групи, реструктуризація і гармонізація їх мотиваційної сфери, корекція несприятливих полягань, а також розвиток процесів соціальної перцепції, освоєння конкретних прийомів і методів ефективного рішення проблем в стресовій ситуації.

Термін «психокорекція», пов'язаний з розвитком нової галузі психологічної науки – практичної психології, набув поширення на початку 70-х років у галузі групової психотерапії і використовується у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі на позначення специфічного виду діяльності психолога-практика, спрямованої на коректування дисфункцій психіки. У більшості вітчизняних психологічних словників подається стисле визначення поняття психокорекції, яке часто підмінюється поняттям психотерапії. Вказується також на тотожність термінів «психокорекція» і «психологічне втручання». Останнє вживається в зарубіжній літературі як синонім психокорекції. Психологічна корекція у психотерапії – це «спрямований психологічний вплив на певні психологічні структури з метою забезпечення повноцінного розвитку та функціонування індивіда» [25]; у спеціальній педагогіці – «виправлення (часткове чи повне) вад психічного або фізичного розвитку в дітей, порушення тієї чи іншої психічної функції у дорослих» [15]; у практичній діяльності психолога – «діяльність з виправлення (коректування) тих особливостей психічного розвитку, які за усталеною системою критеріїв не відповідають «оптимальній» моделі» [14].

Т.Ю. Кохубей визначає поняття психокорекції як систему заходів, спрямованих на виправлення вад психології або поведінки підлітка за

допомогою спеціальних засобів психологічного впливу, тому у процесі психокорекції виявляються недоліки, що не мають органічної основи і не являють собою стійкі якості, котрі формуються достатньо рано і в подальшому практично не змінюються [20]. Останнє твердження не узгоджується з психодинамічною теорією, що розробляється академіком АПН України Т.Яценко, яка стверджує, що психокорекція повинна реалізувати цілісний підхід до сприйняття особистості суб'єкта в його свідомих і несвідомих проявах. Т.Яценко зазначає, що у найзагальнішому вигляді психокорекція – це психозміна певних, вже усталених характеристик суб'єкта, стабілізованих в процесі життєдіяльності, що має на меті актуалізацію внутрішнього потенціалу «Я» суб'єкта шляхом розв'язання особистісних проблем. «Психорекція – це шлях аналізу цілісних явищ психіки в єдності свідомого і несвідомого аспектів психіки суб'єкта» [48].

Згідно з психодинамічним підходом до розуміння психіки, процес психокорекції покликаний оптимізувати стосунки особистості з оточенням, відкоректувати деструкції психіки суб'єкта, і у цьому він може нагадувати виховання. Спільність психокорекції і виховання полягає у тому, що ці види психологічного впливу зорієнтовані на розвиток особистості, однак виховання вносить прямі поправки у поведінку вихованців і лише опосередковано позначається на структурних особливостях психіки. Процес психокорекції стосується виявлення глибинних причин поведінкових розладів, внаслідок чого на латентному рівні відбуваються новозміни у психіці. Певною мірою можна визначити психокорекцію як процес перевиховання дорослої підлітка. Результативність виховання залежить від пластичності психічних процесів, тобто їх здатності до змін і розвитку у процесі взаємодії суб'єкта з вихователем, і стосується дітей. «Психокорекційний же процес покликаний відродити пластичність, мобільність психіки дорослої підлітка і тому зорієнтований на вивчення усталених якостей психіки та на виявлення їх дисфункцій». Це зумовлено тим, що психіка дитини перебуває у розвиткові, становленні, вона є

пластичною, тому піддається прямому впливу вихователя. Психокорекція спирається на розумовий, когнітивний потенціал, мислительні можливості суб'єкта, що піддається психокорекції. Дитяче ж мислення не настільки зріле і сформоване, не здатне до абстрактних узагальнень, систематизації отриманої інформації, тому психокорекція щодо дитини при необхідності застосовується у єдності з педагогічними аспектами. Виховний процес пов'язаний із впливом на суб'єкта. Психокорекція ж передбачає взаємодію та рівність позицій.

Як зазначалося вище, процес психокорекції часто ототожнюють з психотерапією. «Терапія» в перекладі з грецької означає «мистецтво піклування». Хоча у процесі психотерапії є компонент корекційного впливу на психіку, однак психокорекція – це не стільки «одужання від хвороби», скільки розкриття внутрішнього потенціалу суб'єкта, латентних можливостей та ресурсів його психіки. Психокорекція розрахована на психічно здорових людей, здатних до прогресивних самозмін. Психотерапія передбачає комплексний лікувальний вплив на суб'єкта при багатьох психічних, нервових та психосоматичних розладах, тоді як в цілому і психокорекція, і психотерапія спрямовані на оптимізацію психічного, емоційного стану суб'єкта [36].

Досліджуючи різницю між психокорекційним процесом і психотерапією, Т.В. Лапіна виділяє специфічні риси психокорекції. Вона (психокорекція) зорієнтована: на клінічно здорову особистість, яка має у повсякденному житті певні психологічні труднощі, а також на людей, що бажають змінити своє життя чи ставлять за мету розвиток особистості; акцент робиться на здорових сторонах особистості незалежно від ступеня їх порушення; психокорекційний вплив спрямований на сьогодення та майбуття клієнтів; у психокорекції акцентується ціннісний вклад психолога, хоча усувається нав'язування певних цінностей клієнтові; психокорекційні впливи спрямовані на зміну поведінки та розвиток особистості клієнта [23].

На думку академіка Т.Я. Яценко, психокорекційний вплив націлений на певним чином сформовану психіку, яка, можливо, має деструктивні особливості, але при цьому не мислиться підхід до підлітка як носія деструкцій [48].

Існує точка зору, що психокорекція покликана вирішувати задання психопрофілактики з метою запобігання психічним деструкціям у кризових ситуаціях, полегшенню гострих психотравматичних реакцій.

Глибинна психокорекція тісно пов'язана з поняттям психічного здоров'я. З одного боку, результатом психокорекції може бути поліпшення психічного благополуччя суб'єкта. З іншого – глибинний психокорекційний процес передбачає наявність психічного здоров'я у його учасників, тому глибинна психокорекція не спрямована спеціально на формування психічного здоров'я.

Поняття психічного здоров'я вітчизняні та зарубіжні дослідники визначають досить відносно. Основними критеріями прийнято вважати «відповідність суб'єктивних образів, що виникають у підлітка, об'єктам дійсності, що відображаються; адекватність реакцій характеру, інтенсивності діючих збудників значенню життєвих подій; спроможність управляти власною поведінкою, визначати розумні життєві цілі, підтримувати необхідну для їх досягнення активність; готовність до взаємодії з іншими людьми; адаптивність у мікросоціальних стосунках».

Психічне здоров'я розглядається у більшості джерел як стан психологічного благополуччя, що виключає хворобливі психічні явища, співвідноситься з переживанням внутрішнього психологічного комфорту, передбачає гармонізацію внутрішніх суперечностей і конфліктів. У ході психокорекції з'ясовується, що поняття психічного здоров'я є досить відносним. Ця відносність виражається через фактор викривлення об'єктивної реальності: чим більше суб'єкт викривлює інформацію, сприйняття іншого і самого себе, тим більш виражений ступінь його психічного нездоров'я. Однак певні психічні прояви можна віднести на

рахунок акцентуацій, які можуть бути об’єктом впливу як психотерапії, так і психокорекції. Психокорекція допомагає пом’якшувати такі акцентуації, надаючи тим самим полегшення на рівні самовідчуттів суб’єкта [48].

До проявів психічного неблагополуччя можна віднести наявність особистісної проблематики, наслідком чого є інфантильність, яка породжує затримку у розвитку особистості, що може бути інтелектуально досить розвиненою. Тому можна говорити, що глибинна психокорекція не лише спрямована на психічно здорову людину, а й посуває суб’єкта у бік психічного здоров’я шляхом виявлення глибинних детермінант його особистісної проблематики, суперечливості психіки, які відіграють деструктивну роль у функціонуванні суб’єкта. Зокрема, підлягають психокорекції такі особистісні дисфункції: дисгармонічність внутрішнього світу суб’єкта; агресивність як наслідок заблокованості можливостей вираження любові, теплоти до інших людей; тривога та страх перед оточуючою дійсністю як наслідок актуалізації комплексу меншовартості; егоцентризм, концентрація на власних проблемах та інтересах власного «Я»; пасивність, блокування власного творчого потенціалу та здатності до самореалізації; нездатність до адекватної саморефлексії та відображення інших людей. Вони викликані, передусім, особистісною проблемою, «яку суб’єкт сам не може розв’язати внаслідок неусвідомлюваності її передумов, казуальних аспектів, пов’язаних із внутрішньою, стабілізованою суперечністю» [42].

Особистісна проблема може бути притаманна будь-якому суб’єктові, хоча ступінь вираженості внутрішніх суперечностей залежить від індивідуальної історії життя. Невідкоректовані внутрішні проблеми примушують заглиблюватися в себе, наслідком чого може бути тенденція «до психологічної імпотенції», тобто неможливість налагодити стосунки з людьми загалом (що є неприпустимим для психолога-практика) та стосунки інтимного порядку з особами протилежної статі. Поведінкою підлітка за таких умов керують хворобливі точки «Я», які спонукають її рухатися між

двома полярностями – плюс – мінус, любов – ненависть, активність – пасивність тощо.

Згідно з психодинамічною теорією, важливий цілісний підхід до психокорекції, яка є процесуальною та спрямована на виявлення глибинних передумов особистісної проблеми, оскільки психіка – усистематизоване, динамічне утворення з свідомим і несвідомим аспектами, які перебувають у тісному взаємозв'язку. Вони схожі, тотожні – лиш різноспрямовані, що відображено у «Моделі внутрішньої динаміки психіки», створеної академіком АПН України Т. Яценко [48].

Свідоме та несвідоме кожного суб'єкта співіснують, уживаються за рахунок суб'єктивної зінтегрованості психіки. Таку зінтегрованість забезпечують психологічні захисти, покликані приховати почуття меншовартості і зреалізувати тенденцію «до сили». Психокорекційний процес, маючи свої закономірності, завжди неповторний, спрямований на вивчення індивідуального досвіду суб'єкта, особливості психіки якого дають змогу, на думку Т. Яценко, відстежувати базові захисти суб'єкта, що в певній мірі можуть гальмувати весь хід психокорекційної роботи. Якщо наявна проблематика, то зінтегрованість психіки забезпечується ілюзорними способами. Захисну систему обслуговують умовні цінності, які є емотивними, носять індивідуально-неповторний характер і маскують несвідомий зміст, викривлюючи реальний результат взаємодії з іншими людьми. Останні задаються ідеалізованим «Я», що виражається в очікуваннях суб'єкта та орієнтується на ідеал «Я» (наприклад, жадання, щоб оточення ставилося як до «ідеалу»). У цьому може полягати суперечність, відступ від реальності, що зашкоджує суб'єктові об'єктивно сприймати оточуючий світ, реалізовувати власні цілі й потреби, налагоджувати оптимальні стосунки з соціумом, на основі чого і може суб'єктивно інтегруватися його психіка, набуваючи ознак ходіння хибним колом.

Сутність глибинної психокорекції – пізнання функційних особливостей несвідомої сфери, цілісних проявів психіки у єдності свідомого та

несвідомого аспектів. У результаті психокорекції відступи від реальності переосмислюються, але якщо таке переосмислення не набуває ознак системності, то є небезпека повернутися до звичного способу сприйняття дійсності. Тому психокорекційна праця – надзвичайно важка, адже існує прихована від свідомості тенденція захисної системи: до страждань, до самопокарання, що викликається почуттям провини, яке спершу виникає в сім'ї під впливом едіпової залежності. Інфантильні глибиннопсихологічні цінності обумовлюють психологічну слабкість суб'єкта, що є епіфеноменом тенденції «до сили», яка на когнітивному рівні може мати просоціальне забарвлення. Тому важливо виявляти й усвідомлювати інфантильні витоки деструктивних тенденцій, які завжди є неусвідомлюваними, та переорієнтовувати їх у продуктивне русло. У процесі особистісної корекції призма сприймання суб'єкта оптимізується і це є ознакою його психічного здоров'я.

Глибинна психокорекція може ефективно здійснюватися за допомогою групової психокорекції за методом АСПН. Така психокорекція має очевидні переваги групового процесу, адже психіка підлітка формується у взаємовідносинах з іншими людьми і спрямовується на пізнання витоків особистісної проблематики. Вона починається з пізнання, а потім переходить на поведінковий рівень. Це глибинний процес, наслідком якого є конструктивні зміни у психіці особистості, адже усвідомлення несвідомих механізмів призводить до втрати їх енергетичної сили, імперативної властивості управляти поведінкою, настроєм, самопочуттям суб'єкта тощо [48].

Успішна психокорекція можлива за умов поєднання зусиль психолога та протагоніста у пошуку першопричин труднощів у спілкуванні і взаєминах між людьми. Успіх, цілісність групової психокорекції залежить і від характерологічних параметрів суб'єкта – таких, як сила волі, психологічна сміливість, наполегливість, послідовність, працелюбність. Без цих якостей «просвітлення» у результаті психокорекційного впливу недостатньо,

оскільки суб’єкт набуває не лише нових знань відносно самого себе, а й формує здатність до аутопсихокорекції, довготривалої роботи над собою поза груповим процесом, яка, безумовно, потребує напруження душевних сил. Глибинна психокорекція є передумовою самореалізації і передбачає сильний рушійний мотив для особистісного зростання. Для психолога-практика такий мотив може полягати у оптимізації власного внутрішнього психологічного стану, реалізації у професійній діяльності, набутті самоідентичності та самототожності.

Отже, глибиннопсихологічна корекція дозволяє виявити функційні особливості несвідомої сфери, взаємозв’язки між свідомим і несвідомим, допомагає усвідомити динамічні характеристики механізмів, зумовлених базовими психологічними захистами, що керують поведінкою суб’єкта і є основою його особистісної проблематики. У результаті такого усвідомлення та наступної наполегливої праці у напрямку самокорекції у суб’єкта швидко настає полегшення на рівні самовідчуттів, відбувається звільнення від внутрішньої напруги, зниження тривоги, що в подальшому призводить до конструктивних новозмін в «Я», що може бути свідченням його психологічного благополуччя. Таке благополуччя дає можливість об’єктивно сприймати дійсність, ефективно вирішувати життєві та професійні цілі. Відкоректованість передбачає розуміння власних захисних тенденцій, усвідомлення відступів від реальності та хворобливих точок «Я» [46].

Позитивна динаміка особистісних змін, наслідком якої є енергійний життєвий тонус – це найперший показник ефективної особистісної корекції майбутнього психолога-практика, його професійного зростання. Глибинна психокорекція – необхідна передумова професійного становлення психолога-практика, оскільки сприяє набуттю ним професійної позиції, допомагає у напруженій ситуації незмінно зберігати спокій; допомагає наближатися до того, до чого прагне суб’єкт; запобігає розходженню його намірів з бажаннями; сприяє набуттю професійної мудрості та соціально-перцептивного інтелекту, що є «життєвою нивою» саме практичної психології.

Основні психокорекційні методики. В центрі психодинамічного підходу знаходяться питання, пов’язані з динамічними аспектами психіки, тобто мотивами, захопленнями, бажаннями, внутрішніми конфліктами, існування і розвиток яких забезпечують функціонування і розвиток особистісного»Я». Головним завданням психоаналізу є доведення до свідомості клієнта конфліктної ситуації, пов’язаної з неприйнятністю для нього несвідомих захоплень. Усвідомлення наявності несвідомих імпульсів і самої конфліктної ситуації – шлях вирішення цих конфліктів. Практика психоаналітика базується на його власнихсуто інтимних процесах. Основи психоаналітичної техніки, які заклав Фройд в своїх роботах більш ніж 80 років тому досі є основою психоаналітичної практики. Нічого принципово нового в техніку психоаналізу за цей період часу, не дивлячись на велику кількість робіт, внесено не було. Основною ціллю корекції виступає допомога будь-який людини або підлітку в розумінні і усвідомленні ним причин його поганого пристосування до реальності і надання йому допомоги у можливості адаптації до неї. Корекційна робота психоаналітика будується на двох основних напрямках: 1. Робота з клієнтом над усвідомленням неусвідомлюваного і прийняття клієнтом адекватної і реалістичної інтерпретації. 2. Робота з клієнтом по підсиленню його»Его» для побудови більш реалістичної поведінки [48].

Психоаналіз полягає в пошуку прихованих джерел хвороби у просторі несвідомого і психологічної допомоги людині в усвідомленні і переоцінці переживань, які тривожать. Класичний психоаналіз включає в себе 5 базисних технік: 1. Метод вільних асоціацій. 2. Тлумачення (інтерпретація снобачень) 3. Інтерпретація. 4. Аналіз супротиву. 5. Аналіз переносу.

1.Метод вільних асоціацій полягає в тому, що психолог-аналітик пропонує клієнту висловлювати будь-які пропозиції, які з’являються в клієнта і відображають його переживання. Для консультанта важливі наступні моменти: – Зміст висловлювань; – Послідовність висловлювань; – Блокування висловлювань.

2.Тлумачення снобачень. Фройд неодноразово підкреслював, що снобачення не випадкові і не хаотичні, а є способом виконання нереалізованих бажань. При аналізі снобачень Фройд рахує необхідним дотримуватися правил: 1. Не звертати увагу на зовнішній зміст снобачення. 2. Снобачення потрібно розбивати на елементи, кожен з яких досліджується окремо. При цьому пацієнта просять»пояснювати» кожен елемент снобачення першими ж словами, які приходять в голову, тобто вільно асоціювати. 3. При аналізі снобачень психолог повинен набратися терпіння і почекати, поки»Приховане, дійсно несвідоме не виникне саме». При аналізі снобачень психолог наштовхується на супротив, особливо коли мова йде про речі, з точки зору клієнта малозначимі, або про які незручно говорити. Але саме ті думки, які клієнт прагне подавити є найбільш важливими для відкриття несвідомого. Ключом до розшифрування прихованого змісту снобачень Фройд рахував символи, які своїми корнями заглиблені в міфологію, антропологію, мовознавство, в якійсь мірі уніфіковані і придатні для розшифрування будь-яких сновидінь в різних людей. Крім снобачень матеріалом для аналізу несвідомого можуть бути фантазії. Особливо часто фантазії зустрічаються в дітей і підлітків. Методика. Пацієнт за пропозицією лікаря записує всі. Які приходять в голову фантазії. В подальшому на»випадково» задане запитання можна отримати тлумачення цих фантазій [48].

Інтерпретація представляє пояснення незрозумілого чи прихованого для клієнта значення деяких аспектів його переживання чи поведінки. При цьому неусвідомлювані феномени стають усвідомлюваними.

Аналіз супротиву. Основні функції цієї техніки – забезпечити усвідомлення клієнтом своїх»Его»-захисних механізмів і прийняти необхідну конфронтацію по відношенню до них, враховуючи, що саме супротив»Его» є головною перешкодою усвідомлення особистісних проблем. Зміст аналізу переносу полягає в знаходженні справжніх психо-емоційних основ, зафіксованих форм поведінки, інтерпретації їх і тим самим допомоги в їх

пропрацюванні і викоріненні. Клієнт-центрований підхід К. Роджерса. Відповідно до поглядів К. Роджерса, людина володіє всією необхідною компетентністю, щоб виріщцвати виникаючі перед нею проблеми і спрямовувати свою поведінку потрібним чином. Але ця здібність може розвиватися тільки в контексті соціальних цінностей, в якому людина отримує можливість встановлювати позитивні зв'язки. Основні поняття клієнт-центрованого підходу «поле досвіду», «самість», «Я»-реальне, «я»-ідеальне, «тенденція до самоактуалізації». «Самість» - це цілісність, що включає в себе тілесний і символічний, духовний досвід. Умови, необхідні для створення сприятливого психологічного клімату у взаємодії «психолог-клієнт»: 1. Безумовне позитивне ставлення психолога до почуттів клієнта; 2. Емпатія. Психолог прагне побачити світ очима клієнта. 3. Аутентичність. 4. Утримання від інтерпретацій повідомлень клієнта чи від підказки рішень його проблем. Виконує функцію дзеркала., що відображають почуття і думки клієнта та формулює їх по-новому. Поведінковий напрямок. Поведінковий напрямок в психокорекційній роботі бере свій початок з робіт Д.Вольпе і А.Лазаруса (сер.50-х – поч. 60-х років), хоча коріннявідходить в біхевіоризм Д.Уотсона і Е.Торндайка [57]. В основі даного напрямку виділяють такі психологічні напрямки: 1. Роботи Д.Вольпе, А.Лазаруса, 2. Теорія оперантного научіння Б.Скіннера. Оперантні методи можуть бути використані для вирішення наступних завдань: – Формування нового стереотипу поведінки, якого раніше не було в поведінковому репертуарі людини (наприклад, поведінка самоствердджуючого типу в пасивної дитини, елементи спільної гри у сором'язливої дитини; – Закріплення (підсилення) вже існуючих в репертуарі клієнта соціально бажаного стереотипу поведінки. Для вирішення цього завдання використовуються контроль стимулу, позитивне і негативне підкріплення.

Головна ціль корекції – допомогти людини в усвідомленні своїх ігор, життєвого сценарію, «его-станів» і при необхідності прийняття нових рішень, які відносяться до життєвих стратегій. Сутність корекції полягає в

тому, щоб звільнити людину від виконання нав’язаних програм поведінки і допомогти їй стати незалежною, спонтанною, здібною до повноцінних стосунків і близькості. Кінцева мета – досягнення автономії особистості, визначення своєї власної долі, прийняття відповідальності за свої вчинки і почуття. Завдання психолога – забезпечити необхідний інсайт.

Тким чином, проведено теоретичний аналіз психологічної сутності виникнення стресового стану у підлітків, характеристика підліткової стресотійкості та підвіщення стресостійкості у підлітків психокорекційними засобами.

Стрес – це нервово-психічне перенапруження, що виникає в результаті сильного впливу (стресора), адекватна реакція на яке навіть не була сформульована, але повинна бути знайдена в сформованій ситуації [39].

Це такий емоційний стан, що пов'язаний з тотальною мобілізацією сил організму на пошук виходу зі сформованого положення.

Сутність стресової реакції полягає в «підготовчому» порушенні й активації організму, необхідної для готовності до фізичної напруги. Отже стрес завжди передує значній витраті енергетичних ресурсів організму, а потім і супроводжується нею, що саме по собі може приводити до виснаження функціональних резервів. При цьому стрес ні в якій мірі не може розглядатися як негативне явище, оскільки лише завдяки йому можлива адаптація. Крім цього, помірковано виражений стрес впливає як на загальний стан організму, так і на психічні характеристики особистості.

Проблема регуляції емоційних станів є однією із найважчих у психології й одночасно відноситься як до фундаментальних, так і до прикладних проблем.

Слід зазначити, що існує багато підходів до дослідження як регуляції емоційних станів, так і психічних механізмів, що викликають стрес. Ми розглянемо лише кілька підходів.

Психічна адаптація є центральною ланкою в загальній адаптації підлітка, оскільки саме характер психічної регуляції визначає характер

адаптації в цілому. Головною функцією психологічного захисту є «огородження» сфери свідомості від негативних, що травмують особистість переживань. У широкому змісті цей термін вживається для позначення будь-якого поводження, у тому числі й неадекватного, спрямованого на усунення дискомфорту.

Виділяють чотири типи психологічного захисту [42]:

- перешкоджаючому усвідомленню факторів погрози, що викликають тривогу;

- що дозволяють фіксувати тривогу;

- знижаючий рівень спонукань;

- ліквідація тривоги.

У психології опонуюча поведінка (копінг) розглядається як усвідомлене раціональна поведінка, спрямована на усунення стресової ситуації. Умовою копінгу є стрес – стан підлітка, неспецифічна реакція на фізіологічному, психологічному і поведінковому рівні, яка з'являється у відповідь на негативні події. Психологічна значимість копінгу у тому, щоб ефективно адаптувати людину до потреб у різних ситуаціях, дозволити оволодіти ними, ослабити і пом'якшити ці потреби, загасити стресову дію ситуації. Стійкість людини до виникнення різних форм стресових реакцій визначається, перш за все, індивідуально-психологічними особливостями і мотиваційною орієнтацією особи. Слід зазначити, що екстремальна дія далеко не завжди робить негативний вплив на ефективність виконуваної діяльності. Інакше взагалі було б неможливе успішне подолання труднощів, що виникають при ускладненні умов. Проте робота в стресогенній ситуації обов'язково приводить до додаткової мобілізації внутрішніх ресурсів, що може мати несприятливі відстрочені наслідки.

Термін «психокорекція», пов’язаний з розвитком нової галузі психологічної науки – практичної психології, набув поширення на початку 70-х років у галузі групової психотерапії і використовується у вітчизняній і зарубіжній науковій літературі на позначення специфічного виду діяльності

психолога-практика, спрямованої на коректування дисфункцій психіки. У більшості вітчизняних психологічних словників подається стисле визначення поняття психокорекції, яке часто підмінюється поняттям психотерапії. Вказується також на тотожність термінів «психокорекція» і «психологічне втручання». Останнє вживається в зарубіжній літературі як синонім психокорекції. Процес психокорекції стосується виявлення глибинних причин поведінкових розладів, внаслідок чого на латентному рівні відбуваються новозміни у психіці. Певною мірою можна визначити психокорекцію як процес перевиховання дорослої підлітка. Результативність виховання залежить від пластичності психічних процесів, тобто їх здатності до змін і розвитку у процесі взаємодії суб'єкта з вихователем, і стосується дітей. «Психокорекційний же процес покликаний відродити пластичність, мобільність психіки дорослої підлітка і тому зорієнтований на вивчення усталених якостей психіки та на виявлення їх дисфункцій» Існує точка зору, що психокорекція покликана вирішувати задання психопрофілактики з метою запобігання психічним деструкціям у кризових ситуаціях, полегшенню гострих психотравматичних реакцій.

Таким чином, як показав теоретичний аналіз, глибинна психокорекція тісно пов'язана з поняттям психічного здоров'я. З одного боку, результатом психокорекції може бути поліпшення психічного благополуччя суб'єкта. З іншого – глибинний психокорекційний процес передбачає наявність психічного здоров'я у його учасників, тому глибинна психокорекція не спрямована спеціально на формування психічного здоров'я.

РОЗДІЛ 2
ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ПІДЛІТКІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

2.1 Організація, методи та процедура констатувального етапу дослідження

Проведений аналіз наукових джерел, що висвітлюють різні аспекти формування стресових реакцій та стресостійкості в підлітковому віці, дав змогу визначити концептуальні підходи до побудови емпіричної частини нашого дослідження. Відповідно до розробленої програми було здійснено констатувальний етап, спрямований на виявлення та опис особливостей прояву стресових станів у підлітків, а також на перевірку теоретичних положень, викладених у попередньому розділі.

Дослідження проводилося на базі санаторно-реабілітаційного центру для дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування. Заклад включає два житлові корпуси, загальноосвітню школу, клуб та їдальню, що забезпечує комплексні умови для перебування вихованців. У вибірку увійшли 24 підлітки віком від 12 до 14 років, які перебувають у центрі вперше.

Оскільки метою дослідження є виявлення особливостей стресу та стресостійкості саме у підлітковому віці, додаткові чинники, пов’язані з тривалістю перебування у закладі після пережитих психотравмуючих подій, у цьому етапі спеціально не враховувалися.

Для емпіричної оцінки рівня та вираженості постстресових симптомів, особливостей емоційного стану та копінг-механізмів були застосовані такі стандартизовані психодіагностичні методики:

- «Опитувальник травматичного стресу» – для оцінки вираженості симптомів постстресових порушень;

- Восьмиколірний тест Люшера – для визначення актуального психоемоційного стану та внутрішньої напруги;
- Особистісний опитувальник «Life Style Index» – для виявлення особливостей захисних механізмів та адаптаційних стратегій особистості.

Застосування комплексу зазначених методик дало можливість отримати різнобічну інформацію про емоційно-поведінкові характеристики підлітків, рівень їх стресостійкості та особливості реагування на психотравмуючі фактори.

Зауважимо, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) визначається як самостійний клінічний синдром, який виникає у відповідь на вплив надзвичайно сильного психотравмувального чинника. Це розлад, що розвивається у людей, які пережили подію, потенційно травматичну практично для будь-якої особи. Для ПТСР характерні повторні переживання травматичної ситуації у формі нав’язливих спогадів, образів або нічних кошмарів. Часто спостерігаються порушення сну, депресивні симптоми, підвищена тривожність, а також ризик формування дезадаптивних копінг-стратегій, зокрема зловживання психоактивними речовинами [36].

Особи з ПТСР можуть виглядати емоційно відстороненими, уникаючими, схильними до звуження кола контактів, що зумовлено страхом повторної втрати або емоційного болю. Зазвичай знижується інтерес до діяльності, яка раніше приносила задоволення. У деяких випадках спостерігається зростання рівня агресивності та імпульсивності. Емоційні реакції постраждалих можуть різко загострюватися при зіткненні зі стимулами, що нагадують про травматичну подію, а також у річниці пережитих подій. Такі реакції є типовими та закономірними в межах постстресової відповіді організму.

У зв’язку з необхідністю виявлення рівня вираженості постстресових порушень у підлітків у дослідженні було використано «Опитувальник травматичного стресу». Методика спрямована на ідентифікацію симптомів посттравматичних розладів та включає 110 тверджень, що характеризують

актуальний психоемоційний стан респондента. Учасники дослідження обирали один із п’яти варіантів відповідей. За допомогою ключа підраховувалася загальна кількість балів, що дозволяла визначити ступінь вираженості посттравматичних симптомів відповідно до нормативних значень (5–6 стенів).

Для виявлення переважаючих механізмів психологічного захисту було використано особистісний опитувальник «Life Style Index»**,** спрямований на діагностику структурних компонентів захисної системи особистості. Опитувальник містить 92 твердження, щодо яких респондент мав обрати «згоден» / «не згоден». Методика дає можливість оцінити вісім основних механізмів психологічного захисту:

1.Витіснення.

2.Регресія.

3.Заміщення.

4.Заперечення.

5.Проекція.

6.Компенсація.

7.Гіперкомпенсація.

8.Раціоналізація.

Для кожного механізму формується окрема шкала, значення якої визначається кількістю позитивних відповідей за відповідними пунктами. Вважається, що чим інтенсивніше виражені захисні механізми, тим нижчим може бути рівень дії психогенного чинника – тобто, психологічний захист виконує компенсаторну функцію у ситуаціях стресу (робоча гіпотеза дослідження).

Для оцінки актуального психоемоційного стану підлітків застосовувався восьмиколірний тест Люшера**.** Учаснику пропонувалося послідовно обирати кольори від найбільш до найменш привабливого, не асоціюючи їх з реальними об’єктами. Після першої розкладки виконувалася друга, відповідно до інструкції не повторювати попередній вибір. Подальша

інтерпретація результатів дозволяє оцінити рівень внутрішньої напруги, емоційної рівноваги та фактори, що вказують на підвищену тривожність як показник впливу стресу. В даній методиці нас цікавив чинник тривожності, як чинник, вказуючий на наявність стресового.

Таким чином, застосування комплексу зазначених методик забезпечує можливість всебічної оцінки**:**

- рівня та структури постстресових розладів,
- провідних механізмів психологічного захисту в підлітковому віці,
- актуального психоемоційного стану респондентів.

Для визначення статистичної значущості отриманих результатів у дослідженні застосовано критерій Q Розенбаума, який дозволяє виявити відмінності між двома групами та встановити достовірність емпіричних даних.

2.2 Аналіз та інтепретація результатів констатувального експерименту

На першому етапі була запропонована Методика «Опитувальник травмувального стресу», яка дозволила виявити прояв постстресових розладів. Дані, які було отримано, представимо у вигляді таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Середні значення вираженості постстресових розладів

Назви шкал	**Група 1**
Вторгнення спогадів	7,2
Вторгнення сновидінь	6,7
Вторгнення «флешбеков»	6,4
Ключові подразники	7,7
Фізіологічні реакції	8,1
Уникнення думок про травму	7,9
Уникнення об'єктів	6,5
Витіснення спогадів	6,7

Продовження таблиці 2.1

Зниження інтересу	8,5
Відчуження	9,0
Звуження афекту	7,9
Дисимуляція	5,3
Відсутності майбутньої	4,9
Труднощі засипання	8,5
Дратівливість	7,2
Труднощі концентрації	7,7
Підвищена пильність	7,1
Готовність до «втечі»	7,2
Емоційні проблеми	7,2
Звуження свідомості	8,2
Дереалізация	7,4
Деперсоналізація	8,0
Діссоциативная амнезія	6,7
Відсутність утомленості	6,9
Повторне переживання травми – «вторгнення»	8,0
Дістресс і дезадаптація	8,6
Агравація	6,5
Симптоми гіперактивації	8,2
Показник ПТСР	7,6

Виходячи з даних таблиці 2.1 «Середні значення вираженості постстресових розладів», можна констатувати, що у групі 1 виявлено низку характерних тенденцій. Найбільш вираженими виявилися такі симптоми: відчуження (9,0); дистрес і дезадаптація (8,6); зниження інтересу та труднощі засинання (8,5); звуження свідомості та симптоми гіперактивації (8,2); фізіологічні реакції (8,1)**.** Дещо нижчі, але також високі показники продемонстровано за шкалами: деперсоналізація та повторне переживання травми («вторгнення») (8,0); уникнення думок про травму та звуження афекту (7,9); реакція на ключові подразники та труднощі концентрації (7,7); дереалізація (7,4)**.**

Подальші показники свідчать про наявність вторгнення спогадів, дратівливість, готовність до «втечі» та емоційні труднощі (7,2); підвищену пильність (7,1); знижену втомлюваність (6,9); вторгнення сновидінь, витіснення спогадів і дисоціативну амнезію (6,7); уникнення об'єктів та аггравацію (6,5); вторгнення «флешбеків» (6,4)**.** Менш вираженими, але все ж значущими, виявилися показники дисимуляції та відчуття відсутності майбутнього (4,9)**.**

Загальний інтегральний показник ПТСР становить 7,6**,** що перевищує нормативні значення, а отже дозволяє зробити висновок про наявність у групи виражених постстресових проявів та високого рівня психоемоційного напруження, характерного для підлітків, які пережили травматичні події.

Після аналізу постстресових симптомів учасникам дослідження було запропоновано пройти особистісний опитувальник «Life Style Index»**,** спрямований на визначення провідних механізмів психологічного захисту. Отримані результати були узагальнені та подані у таблиці 2.2 для забезпечення більш наочного й структурованого представлення даних.

Таблиця 2.2 – Середні значення вираженості переважаючих механізмів захисту (в %)

	витіснення	**регресія**	**заміщення**	**заперечення**	**проекція**	**компенсація**	**гіперкомпенсація**	**раціоналізація**	Загальна напруженість
Група 1	58,3	45,0	43,3	60,0	77,6	59,2	49,2	58,1	51,6

Виходячи з даних таблиці 2.2 «Середні значення вираженості переважаючих механізмів захисту», можна дійти висновку, що у досліджуваній групі найбільш інтенсивно проявляються такі механізми психологічного захисту, як проекція (77,6), заперечення (60,0), компенсація (59,2), витіснення (58,3) та раціоналізація (58,1). Менш вираженими

виявилися гіперкомпенсація (49,2), регресія (45,0) та заміщення (43,3). Загальна напруженість психологічних захистів у групі 1 становить 54,0, що свідчить про середній рівень активізації захисних механізмів у відповідь на психотравмувальні обставини.

Узагальнюючи змістовні характеристики найбільш виражених захисних механізмів, можна зазначити, що високе значення проекції вказує на тенденцію неповнолітніх приписувати власні тривоги, імпульси чи внутрішні конфлікти зовнішнім об’єктам. У контексті пережитих стресових ситуацій це може слугувати способом зменшення внутрішнього напруження шляхом перенесення відповідальності за складні емоційні стани на зовнішнє середовище. Значне вираження заперечення може свідчити про прагнення уникати усвідомлення травматичного змісту або емоцій, пов’язаних з ним, що тимчасово знижує психічне напруження, але у довгостроковій перспективі може утруднювати адаптацію.

Компенсація, яка також продемонструвала високі показники, вказує на спроби підлітків долати емоційний дискомфорт шляхом розвиту або підкреслення інших позитивних якостей чи форм поведінки. Витіснення відображає несвідому тенденцію пригнічувати або блокувати неприємні думки та переживання, що є типовою реакцією підлітків у ситуаціях підвищеної емоційної напруги. Раціоналізація, виражена на рівні середніх та високих значень, демонструє прагнення надавати подіям логічні пояснення з метою зниження емоційного дискомфорту та підтримання внутрішньої психологічної рівноваги.

Менш виражені механізми, такі як регресія, заміщення та гіперкомпенсація, свідчать про те, що в даній групі підлітків домінують переважно когнітивні та емоційно-оборонні стратегії, тоді як більш примітивні або поведінкові форми захисту використовуються значно рідше. Це дає підстави припустити відносно сформовану систему психологічних захистів, характерну для підліткового віку.

Далі для оцінки актуального психоемоційного стану випробовуваним був запропонований восьмиколірний тест Люшера. Отримані результати наведені у таблиці 2.3 та дають змогу здійснити подальший аналіз рівня внутрішньої напруги, емоційної стійкості та проявів тривожності у підлітків.

Таблиця 2.3 – Середні значення актуального психічного полягання

Чинник	**Нестабільність вибору**	**Відхилення від аутогенної норми**	**тривожність**	**активність**	**працездатність**
Група 1	28,1	70,4	62,3	46,5	41,4

Виходячи з одержаних даних таблиці 2.3 «Середні значення», можна зробити висновок, що у досліджуваній групі найбільш вираженими виявилися такі чинники, як відхилення від аутогенної норми (70,4) та тривожність (62,3). Дещо нижчі показники спостерігаються за шкалами активності (46,5) та працездатності (41,4). Найменш вираженим чинником є нестабільність вибору (28,1).

Показник відхилення від аутогенної норми відображає загальний рівень внутрішнього дискомфорту, емоційної напруги та порушення психофізіологічного балансу. Значення 70,4 свідчить про те, що у більшості підлітків спостерігається помітне відхилення від оптимального стану саморегуляції. Це може бути наслідком пережитого стресу, а також актуальних труднощів адаптації в умовах реабілітаційного середовища.

Високе значення тривожності (62,3) вказує на підвищений рівень внутрішньої напруги, очікування можливих загроз, емоційне напруження та недостатню стабільність емоційного стану. Такий рівень тривожності є типовим для підлітків, які пережили психотравмувальні події або перебувають у середовищі підвищеної невизначеності.

Показник активності (46,5) свідчить про середній рівень життєвого тонусу та мотивації до взаємодії з оточенням. Це може відображати частково знижений енергетичний ресурс, що характерно для осіб після пережитого стресу, але не вказує на його критичний дефіцит.

Працездатність (41,4) також перебуває на середньому рівні та може свідчити про дещо знижену здатність до концентрації, виконання завдань та подолання інтелектуальних або емоційних навантажень. Такий рівень є узгодженим із попередніми даними про вираженість постстресових проявів і відображає загальне виснаження адаптаційних ресурсів.

Найнижчий показник – нестабільність вибору (28,1) – дозволяє припустити, що підлітки цієї групи демонструють достатню визначеність у перевагах та емоційних реакціях. Це означає відносну цілісність мотиваційної сфери та відсутність хаотичності у виборі якостей, що, у свою чергу, узгоджується з домінуванням когнітивних механізмів захисту, виявлених за попередніми методиками.

Таким чином, результати восьмиколірного тесту Люшера вказують на поєднання підвищеної тривожності та відхилення від стану внутрішньої рівноваги при збереженні відносної активності й працездатності. Це свідчить про напруженість адаптаційних процесів, що є типовою для підлітків, які перебувають у ситуації психоемоційного стресу.

РОЗДІЛ 3
ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАСОБІВ НА РІВЕНЬ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПІДЛІТКІВ, ЯКІ НАВЧАЮТЬСЯ У РЕАБІЛІТАЦІНОМУ ЦЕНТРІ

3.1 Психологічний тренінг як засіб оптимізації соціальної адаптації підлітків: технологічний опис та результати статистичного аналізу

Під соціально-психологічною адаптацією у даному дослідженні розуміється цілеспрямований процес зміни (самозміни) взаємодії особистості із соціальним середовищем, що проявляється у кількох ключових компонентах. По-перше, йдеться про усвідомлення індивідом необхідності поступових змін у власній поведінці та міжособистісних стосунках з метою ефективнішого функціонування в умовах, що трансформуються. По-друге, адаптація включає процес і результат пристосування особистості до нових соціальних умов, які зазнали змін; тобто це не лише реакція на середовище, а й активна діяльність, спрямована на відновлення або формування оптимального рівня взаємодії з ним.

Основною метою соціально-психологічної адаптації підлітків є сприяння формуванню цілісного та стабільного образу «Я», розвиткові адекватної самооцінки, побудові конструктивних взаємин із ровесниками та значущими дорослими, а також формуванню здатності здійснювати усвідомлений вибір, ухвалювати рішення та нести відповідальність за їх наслідки. Однією з найбільш ефективних технологій, що використовується для досягнення зазначених цілей, є підлітковий тренінг як форма групової роботи, спрямована на розвиток соціальних навичок та особистісної рефлексії.

Під освітньою технологією у цьому контексті розуміється впорядкована система дій, послідовне виконання яких забезпечує

гарантоване досягнення визначених навчальних та виховних результатів. Тренінг як технологія соціально-психологічного впливу має свою специфіку: зміст занять, характер діяльності учасників і роль ведучого суттєво відрізняються від традиційних освітніх форматів. На відміну від вчителя, який виступає носієм знань, тренер виконує функцію організатора процесу самопізнання, розвитку рефлексії та формування адаптивних соціальних навичок. Він створює умови для активної участі підлітків у груповій взаємодії, що є ключовим чинником успішної соціально-психологічної адаптації [15; 41; 44; 47; 48; 77].

Сучасні дослідження підтверджують, що соціально-психологічна адаптація підлітків є багатовимірним процесом, який охоплює когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Зокрема, українські автори Н.В. Кузьміна, С.Д. Максименко, О.М. Слободянюк, підкреслюють значущість розвитку саморегуляції, емоційної компетентності та соціальних навичок як базових чинників успішної адаптації в підлітковому віці [21; 26; 41]. Дослідження також засвідчують, що адаптація є динамічним процесом, який суттєво залежить від соціального контексту, зокрема від якості взаємодії з ровесниками, значущими дорослими та умовами інституційного середовища [23].

Міжнародні наукові джерела демонструють подібні тенденції. Так, у працях A. Bandura [52], D. Cicchetti [59], R. Lerner [66] підкреслюється, що ефективна соціальна адаптація підлітків ґрунтується на розвитку самоефективності, стресостійкості, соціальної компетентності та здатності до рефлексії. Європейські та американські дослідження Brown & Larson, Zimmerman також вказують на те, що тренінгові технології є одними з найбільш ефективних форматів впливу, оскільки створюють умови для моделювання соціальних ситуацій, розвитку навичок взаємодії та формування емоційної саморегуляції [77].

У дослідженнях Всесвітньої організації охорони здоров’я та UNICEF [75] наголошується на важливості створення безпечних,

підтримувальних середовищ для дітей і підлітків, які пережили психотравмувальні події або перебувають у складних життєвих умовах. Застосування технологій тренінгу, групової роботи й програм соціально-емоційного навчання визначається як один із ключових підходів до формування адаптивних копінг-стратегій та профілактики психічних розладів.

Таким чином, аналіз сучасних українських та міжнародних джерел підтверджує, що тренінгова технологія є ефективним інструментом соціально-психологічної адаптації підлітків, оскільки забезпечує активну участь, розвиток рефлексивних умінь, формування соціальних навичок і відновлення психологічної рівноваги в умовах зміненого або стресогенного середовища.

Звернемось до технологій організації тренінгових занять для підлітків. Важливе місце в технології проведення всіх тренінговых занять мають ритуали початку і завершення роботи. Наприклад, на початку роботи підлітки підходять один до одного, діляться своїми переживаннями. На початку обовязковим є вибудовування правил роьоти групи. Правила групи дають відчуття психологічній безпеці, а отже, – і саморозкриття учасникам, можливість ведучому вибрати демократичний стиль, апелюючи до правил, а не до свого авторитету. Правила приймаються всіма учасниками, у тому числі – і ведучим, і іншими дорослими, що прийшли на тренінг. Я-висловлювання допомагають учасникам брати на себе відповідальність за свої відчуття і свою поведінку, відрізняти своє відношення від відношення іншої людини, отже, – з великою повагою відноситися до іншого. Спершу пропонуються певні схеми, наприклад: «Коли ти.., то я відчуваю.», «Мені здається, що.».

Робота проводиться в різних форматах: обговорення в загальному крузі, робота в командах (по 8 – 10 чоловік), робота в мікрогрупах (по 3 – 5 чоловік), робота в парах і індивідуальна робота. Склад груп завжди різний, що дає можливість підліткам одержати досвід спілкування з різними людьми.

Рольові ігри, що моделюють життєві ситуації, допоможуть відпрацювати свою поведінку, одержати зворотний зв'язок від ведучого і інших учасників, побувати в ролі іншої людини, зрозуміти його.

Релаксація – традиційна техніка тренінгів, дає можливість розслабитися, подивитися із сторони на себе, на ситуацію, на інших людей, знайти ресурси для вирішення проблеми. Одним із важливих інструментів є зворотний зв'язок як необхідний елемент тренінгу, що дозволяє і ведучому, і учасникам відстежувати загальний груповий процес. Це можуть бути і вислови в крузі після вправи, і спеціальні жести, і письмові роботи. Ігри – це не тільки моделювання житейських ситуацій, але і ділові, і психологічні ігри, що дозволяють якнайповніші відпрацювати пропоновану тему.

На завершенні заняття необхідно проводит рефлексію щодо напрацювань протягом заняття.

Технологія організації та проведення підліткового тренінгу передбачає використання низки методичних прийомів, спрямованих на забезпечення активної участі кожного члена групи та підтримання оптимальної динаміки групового процесу. Одним із важливих компонентів тренінгової роботи є прийоми переривання, які дозволяють своєчасно змінювати хід заняття, надавати можливість висловитися тим учасникам, які з різних причин залишаються менш активними, та запобігати домінуванню окремих осіб. Уключення до роботи сором’язливих підлітків або тих, хто привертає увагу групи своєю пасивністю, є важливою умовою забезпечення рівної участі та формування безпечного психологічного простору.

Важливим елементом тренінгової технології є управління увагою групи. Під цим розуміють застосування прийомів, що дозволяють тренеру постійно відстежувати перебіг групової взаємодії, контролювати її динаміку та своєчасно реагувати на зміни емоційного фону та поведінки учасників. До типових проблемних ситуацій, які можуть виникати під час тренінгової роботи, належать прояви агресивності одного чи кількох учасників, монополізація уваги, опір, пасивність або надмірна сором’язливість окремих

підлітків, порушення принципу конфіденційності, конфлікти чи спроби учасників самостійно залишити групу.

На основі практичного досвіду роботи з підлітковими групами нами були виокремлені кризові ситуації, що суттєво відрізняються від звичайних проблемних епізодів. Кризові ситуації є потенційно небезпечними для функціонування групи, оскільки вони можуть призвести до дезорганізації групової роботи, руйнування емоційного клімату або навіть до розпаду групи. Водночас за умови адекватної професійної реакції тренера такі ситуації можуть стати поштовхом до переходу групи на новий, більш зрілий етап розвитку.

До кризових ситуацій у підлітковому тренінгу відносять відкрите протистояння між учасниками або між учасником і ведучим (яке є окремим проявом агресії); виражену емоційну відчуженість між педагогом і підлітками; втрату учасниками інтересу до занять, що може проявлятися, зокрема, масовим припиненням відвідування у разі факультативної форми участі; сильні емоційні реакції одного або кількох учасників; конфронтаційне з’ясування стосунків між підлітками або між підлітками та тренером у ході заняття, яке можна розглядати як окремий випадок монополізації уваги. Такі ситуації потребують високого рівня професійної компетентності тренера, здатності до емоційної саморегуляції та володіння спеціальними методами кризового втручання [24; 44].

Для досягнення поставленої в даній роботі мети і перевірки висунутої гіпотези були використані наступні методики: «Тест смисложізненних орієнтацій». Тест смисложізненних орієнтацій (СЖО) є адаптованою версією тесту «Мета в житті» Джеймса Крамбо і Леонарда Махоліка. Методика була розроблена на основі теорії прагнення до значення і логотерапії Віктора Франкла і переслідувала мету емпіричної валідізациі в ряду уявлень з цієї теорії. Аадптований тест включає, разом із загальним показником свідомості життя, також п'ять субшкал, що відображають три конкретні смисложізненних орієнтації (цілі в житті, насиченість життя і задоволеність

самореалізацією) і два аспекти локуса контролю (локус контроля-Я і локус контроль-життя). Тест СЖО містить 20 пар протилежних тверджень, що відображають уявлення про чинники свідомості життя особи. Інструкція наступна: «Вам запропоновані пари протилежних тверджень. Ваша задача вибрати одне з тверджень, яке, на вашу думку, більше відповідає дійсності, і наголосити на одній з цифр 1, 2, 3 залежно від того, наскільки Ви упевнені у виборі (або 0, або обидва твердження на Ваш погляд однаково вірні)».

Обробка даних здійснювалася за 7-бальною шкалою відповідно до бланка-ключа до тесту. Мінімальні і максимальні значення субшкал приведені в таблиці.

Інтерпретація субшкал:

1. Цілі в житті. Бали за цією шкалою характеризують наявність або відсутність в житті випробовуваного цілей в майбутньому, які додають життю свідомість, спрямованість і тимчасову перспективу.

2. Процес життя або емоційна насиченість життя. Зміст цієї шкали співпадає з відомою теорією про те, що єдине значення життя полягає в тому, щоб жити. Цей показник говорить про те, чи сприймає випробовуваний сам процес свого життя як цікавий, емоційно насичений і наповнений значенням. Низькі бали за цією шкалою – ознака що особа знедоволена своїм життям в теперішньому часі.

3. Локус контроля-Я (Я – господар життя). Високі бали відповідають уявленню про себе як про сильну особу, володіючою достатньою свободою вибору, щоб побудувати своє життя відповідно до своїх цілей і уявлень про її значення. Низькі бали – людина не вірить в свої сили, можливість контролювати події власного життя.

4. Локус контроль-життя або керованість життя. при високих балах – переконання в тому, що людині дано контролювати своє життя, вільно ухвалювати рішення і утілювати їх в життя. Низькі бали – фаталізм, переконаність в тому, що життя людини непідвладне свідомому контролю, що свобода вибору ілюзорна і безглуздо загадувати що-небудь на майбутнє.

Загальний показник свідомості життя вважається підсумовуванням балів по всіх 15 субшкалах тесту СЖО.

Методика «Шкали соціально-ситуативної тривоги». Особливість шкал такого типу полягає в тому, що в них людина оцінює не наявність або відсутність у себе переживань, симптомів тривожності, а ситуацію з погляду того, наскільки вона може викликати тривогу.

Інструкція: «На наступних сторінках перераховані ситуації, з якими Ви часто зустрічаєтеся в житті. Уважно прочитайте кожну пропозицію і обведіть кружком одну з цифр справа: 0,1,2,3,4. Якщо ситуація не здається Вам неприємною – обведіть 0, якщо трохи хвилює, турбує Вас – 1, якщо ситуація достатня неприємна і Ви вважали б за краще уникнути її – 2, якщо вона для Вас дуже неприємна і викликає сильну турботу, страх – 3, якщо ситуація украй неприємна, викликає дуже сильний страх обведіть цифру 4. Ваша задача – уявити собі якомога ясніше кожну ситуацію і обвести кружком ту цифру, в якому ступені ця ситуація може викликати у вас побоювання, турботу, тривогу або страх».

Методика включає ситуації трьох типів:

1. Пов'язані з школою, спілкуванням з вчителями;
2. Актуалізуючі уявлення про себе;
3. Ситуації спілкування.

Відповідно позначені види тривожності: шкільна, самооцінка, міжособова.

Для перевірки гіпотези про вплив тренінгу особового зростання на успішну соціалізацію підлітків нам необхідно було прослідити динаміку зміни ціннісних орієнтацій вчаться, для цього дослідження було розбито на два етапи: На першому етапі вимірювалися показники тривожності, смисложиттєвих орієнтацій і локуса контролю підлітків, перед їх участю в програмі тренінгу особового зростання (тривалість – 10 занять по 4 години). На другому етапі дослідження, вимірювалися ці ж показники після тренінгу і виявлялися зміни біля випробовуваних, що відбулися.Після чого проводився

статистичний аналіз достовірних відмінностей по t-критерию Стьюдента.

Аналіз отриманих результатів (див. таблицю 3.1) свідчить про наявність суттєвих позитивних змін у смисложиттєвих орієнтаціях підлітків після участі у тренінгу особистісного зростання. Достовірні зрушення зафіксовано за двома ключовими шкалами – «Мета в житті» та «Локус контролю – Я», а також відзначено зростання інтегрального показника «Осмисленість життя» та шкали «Локус контролю – Життя». Водночас показник за шкалою «Насиченість життя» істотних змін не продемонстрував.

1. Осмисленість життя (ОЖ): зростання з 95,2 до 105,8

Підвищення загального індексу осмисленості життя вказує на те, що підлітки стали більш здатними усвідомлювати внутрішні смисли власної діяльності, краще розуміти ціннісні орієнтири та перспективи особистісного розвитку. У контексті підліткового віку це розглядається як ознака формування зрілішої Я-концепції, зростання рефлексивності та позитивної самоорієнтації у майбутньому.

Таке зростання може бути пов’язане з тренінговими вправами, спрямованими на розвиток самопізнання, визначення життєвих цілей та пошук індивідуальних ресурсів.

2. Мета в житті: зростання з 24,6 до 30,3 (достовірні відмінності)

Підвищення даного показника свідчить про посилення цілеспрямованості, появу чіткіших орієнтирів майбутнього та здатність підлітків формулювати бажані результати власного розвитку.

У підлітковому віці формування мети тісно пов’язане зі становленням особистісної автономії та відчуттям дорослішання. Збільшення значення на 5,7 балів є індикатором позитивного впливу тренінгу на здатність учасників визначати значущі напрямки активності та осмислювати власні перспективи.

3. Локус контролю – Я: зростання з 25,8 до 32,1 (достовірні зміни)

Ця шкала відображає суб’єктивне відчуття власної дієздатності та впливу на власне життя. Значне зростання показника після тренінгу свідчить про посилення інтернальності, тобто переконаності підлітків у тому, що вони

здатні самостійно приймати рішення та впливати на результати власної діяльності.

Для підліткового віку це є критично важливим показником розвитку відповідальності, самоефективності та зрілої системи саморегуляції. Подібні зміни узгоджуються з міжнародними дослідженнями, які демонструють ефективність тренінгових технологій у формуванні внутрішнього локусу контролю.

4. Локус контролю – Життя: зростання з 27,4 до 29,7

Підвищення цього показника свідчить про посилення відчуття керованості життя в цілому. Підлітки починають більше довіряти своїм можливостям, менше покладаються на випадковість або зовнішні обставини. Це може бути наслідком тренінгових вправ, що формують навички прийняття рішень, оцінки життєвих ситуацій та пошуку конструктивних шляхів впливу на події.

Хоча зміни не досягли рівня статистично значущих, сам напрямок динаміки є психологічно важливим.

5. Насиченість життя: незначне зростання з 28,2 до 28,4

Показник залишився майже незмінним, що може свідчити про стабільність у сфері емоційного задоволення повсякденними подіями. Ця шкала часто менш чутлива до короткотривалих тренінгових впливів, оскільки пов’язана переважно з якістю реального життя, умовами соціального середовища та стійкими емоційними установками.

Підлітки можуть відчувати обмеженість ресурсів у реальному середовищі (інституційність, складні життєві обставини), що пояснює низьку динаміку.

Таблиця 3.1 – Середньостатистичні показники по методиці СЖО у підлітків до і після тренінгу зростання особистості

Шкали	До тренінгу	Після тренінгу	Відмінності у парах
ОЖ	95,2	105,8	
Мета в житті	24,6	30,3	1-2

Продовження таблиці 3.1

Насиченість життя	28,2	28,4	
Локус контролю – Я	25,8	32,1	1-2
Локус контролю – Життя	27,4	29,7	

Отримані результати демонструють, що тренінг особистісного зростання справив позитивний вплив на основні структурні компоненти ціннісно-смислової сфери підлітків.

Найбільш виражені зміни відбулися у сферах цілепокладання та самоконтролю, що узгоджується з теорією щодо формування смислової регуляції поведінки у підлітковому віці.

Загальне зростання індексу осмисленості життя, посилення інтернальності та чіткішої орієнтації у майбутньому свідчать про конструктивну динаміку розвитку особистості та підтверджують ефективність тренінгового впливу.

Крім того, тренінг особового зростання сприяє більш зрілому відношенню до життя, формуванню уявлення про керованість життя переконання в тому, що людині дано контролювати своє життя, вільно ухвалювати рішення і утілювати їх в життя

Аналіз результатів динаміки зміни показників тривожності підлітків представлений в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2 – Середньостатистичні показники по методиці «Шкала тривожності» у підлітків до і після тренінгу зростання особистості

Шкали	**До тренінгу**	**Після тренінгу**
Загальна тривожність	78	62
Шкільна тривожність	23	22
Тривожність самооцінки	28	20
Міжособова тривожність	27	18

Аналіз отриманих даних засвідчив, що статистично достовірних відмінностей у рівні загальної тривожності до та після проведення тренінгу особистісного зростання виявлено не було.

Водночас якісна інтерпретація отриманих результатів дозволяє стверджувати, що характер тривожності підлітків після участі у тренінговій програмі зазнав позитивних змін. Якщо на констатувальному етапі рівень загальної тривожності учасників знаходився на межі підвищених значень, наближаючись до високих показників, то після завершення тренінгу він набув параметрів, характерних для нормативного функціонування.

Найбільш виражені зміни спостерігалися у показниках міжособистісної тривожності та тривожності, пов’язаної з самооцінкою. Це може свідчити про підвищення впевненості у власних можливостях, формування більш стійкого уявлення про себе як суб’єкта соціальної взаємодії та зменшення напруженості у контактах з оточенням. Таким чином, тренінг сприяв конструктивним змінам у сфері соціального функціонування підлітків, зокрема в аспектах, що стосуються самосприйняття та міжособистісної взаємодії.

Водночас показники шкільної тривожності суттєвих зрушень не продемонстрували, що може бути пов’язано з відносною стабільністю шкільного середовища та тим, що зміни у цій сфері потребують триваліших за часом інтервенцій. Це узгоджується з даними сучасних досліджень, які вказують на те, що шкільна тривожність часто має структурований характер і є більш стійкою до короткотривалого тренінгового впливу.

У цілому результати свідчать про те, що участь у тренінгу особистісного зростання сприяла оптимізації емоційного стану підлітків, формуванню адекватнішої самооцінки та підвищенню впевненості у соціальних взаємостосунках.

Таким чином, одержані в ході експериментального дослідження результати підтверджують висунуту нами гіпотезу. Групові методи психологічної дії, зокрема тренінг зростання особистості, що використовується в нашій роботі, впливають на формування соціально-значущих ціннісних орієнтацій і зниження рівня тривожності у підлітків, що у свою чергу є одним з показників успішної соціалізації підліток в

суспільстві. У підлітків, що пройшли тренінги, спостерігається поліпшення здібності до тривалої концентрації уваги, збільшення об'єму безпосередньої слухоречевой пам'яті, підвищення адаптивної здатності, зниження тривожності, розвиток творчих здібностей і підвищення психічної працездатності.

3.2 Емпірична динаміка прояву стресостійкості підлітків до і після тренінгу особистісного зростання

Після завершення тренінгових занять було проведено повторне психодіагностичне обстеження з метою визначення динаміки вираженості симптомів постстресових порушень у підлітків. Для забезпечення порівнянності результатів на другому етапі застосовувалися ті самі методики, що і під час первинного вимірювання, а саме: «Опитувальник травматичного стресу та восьмиколірний тест Люшера, який дозволяє оцінити актуальний психоемоційний стан респондентів.

На основі повторного аналізу даних, отриманих за допомогою «Опитувальника травматичного стресу», було здійснено порівняння показників до й після участі підлітків у тренінговій програмі. Узагальнені результати подано в таблиці 3.3, що дає змогу простежити зміни у структурі та вираженості постстресових симптомів та оцінити ефективність проведеної тренінгової роботи.

Таблиця 3.3 – Середні значення вираженості постстресових розладів

Назви шкал	Група 1 (29.10.2008)	Група 2 (30.02.2009)
Вторгнення спогадів	7,2	6,2
Вторгнення сновидінь	6,7	5,6
Вторгнення «флешбеков»	6,4	5,2
Ключові подразники	7,7	6,0
Фізіологічні реакції	8,1	7,5

Продовження таблиці 3.3

Уникнення думок про травму	7,9	5,1
Уникнення об'єктів	6,5	6,4
Витіснення спогадів	6,7	6,7
Зниження інтересу	8,5	8,0
Відчуження	9,0	6,2
Звуження афекту	7,9	6,0
Дисимуляція	5,3	4,8
Відсутності майбутньої	4,9	6,2
Труднощі засипання	8,5	7,0
Дратівливість	7,2	6,2
Труднощі концентрації	7,7	6,3
Підвищена пильність	7,1	6,5
Готовність до «втечі»	7,2	5,6
Емоційні проблеми	7,2	6,7
Звуження свідомості	8,2	6,6
Дереалізация	7,4	6,5
Деперсоналізація	8,0	7,4
Діссоциативная амнезія	6,7	6,5
Відсутність утомленості	6,9	6,7
Повторне переживання травми – «вторгнення»	8,0	6,5
Дістресс і дезадаптація	8,6	7,0
Агравація	6,5	5,6
Симптоми гіперактивації	8,2	6,9
Показник ПТСР	7,6	5,3

Аналіз отриманих результатів дозволяє простежити характерні тенденції у вираженості постстресових симптомів у підлітків обох груп (табл. 3.3). У групі 1 найбільш інтенсивно проявляються такі показники, як відчуження (9,0), дистрес і дезадаптація (8,6), зниження інтересу та труднощі засинання (8,5), звуження свідомості та симптоми гіперактивації (8,2), фізіологічні реакції (8,1), деперсоналізація та повторне переживання травми – «вторгнення» (8,0). Дещо нижчі, але все ж високі значення мають уникнення думок про травму та звуження афекту (7,9), реакція на ключові подразники й

труднощі концентрації (7,7), дереалізація (7,4), а також вторгнення спогадів, дратівливість, готовність до «втечі» й емоційні порушення (7,2). Інші показники – підвищена пильність (7,1), відсутність утомлюваності (6,9), вторгнення сновидінь та дисоціативні прояви (6,7), уникнення об'єктів і аггравація (6,5) – вказують на збереження високого рівня внутрішньої напруги. Менш вираженими виявилися дисимуляція та відчуття відсутності майбутнього (4,9). Інтегральний показник ПТСР у групі 1 становить 7,6, що перевищує нормативні значення та свідчить про наявність вираженого пенітенціарного стресу серед учасників.

У групі 2 найбільш інтенсивно вираженими є такі показники, як зниження інтересу (8,0), фізіологічні реакції (7,5), деперсоналізація (7,4), труднощі засинання та дистрес-дезадаптація (7,0). Дещо нижчі, але все ще значущі показники демонструють симптоми гіперактивації (6,9), витіснення спогадів, емоційні порушення та збереження енергетичного тонусу (6,7), звуження свідомості (6,6), а також підвищена пильність, дисоціативні реакції, повторне переживання травми та дереалізація (6,5). Наступні симптоми демонструють помірну інтенсивність: уникнення об'єктів (6,4), труднощі концентрації (6,3), вторгнення спогадів, відчуження, дратівливість та відсутність майбутнього (6,2), ключові подразники та звуження афекту (6,0). Найнижчими є показники вторгнення сновидінь, готовності до «втечі» та аггравації (5,6), вторгнення «флешбеків» (5,2), уникнення думок (5,1) та дисимуляції (4,8). Інтегральний показник ПТСР у групі 2 становить 5,3, що відповідає нормативним значенням і свідчить про значне зниження інтенсивності пенітенціарного стресу.

Порівняльний аналіз даних двох груп демонструє чітку позитивну динаміку у зменшенні постстресових проявів після участі підлітків у тренінговій програмі особистісного зростання. Зниження більшості показників у групі 2 стосується насамперед емоційної напруги, фізіологічних та когнітивних реакцій, що є характерними для постстресового стану. Особливо помітним є зниження інтегрального показника ПТСР, що підтверджує ефективність тренінгового впливу.

Слід окремо зазначити, що незмінність або близькі за значеннями показники за шкалою «витіснення спогадів» у обох групах може свідчити про специфічну особливість переживання стресу підлітками: вони можуть свідомо або несвідомо уникати звернення до травматичних спогадів, що є типовим для механізмів психологічного захисту. Ця тенденція потребує подальшого вивчення та має бути врахована під час корекційної роботи.

Для наочності динаміку змін подано на рисунку 3.1.

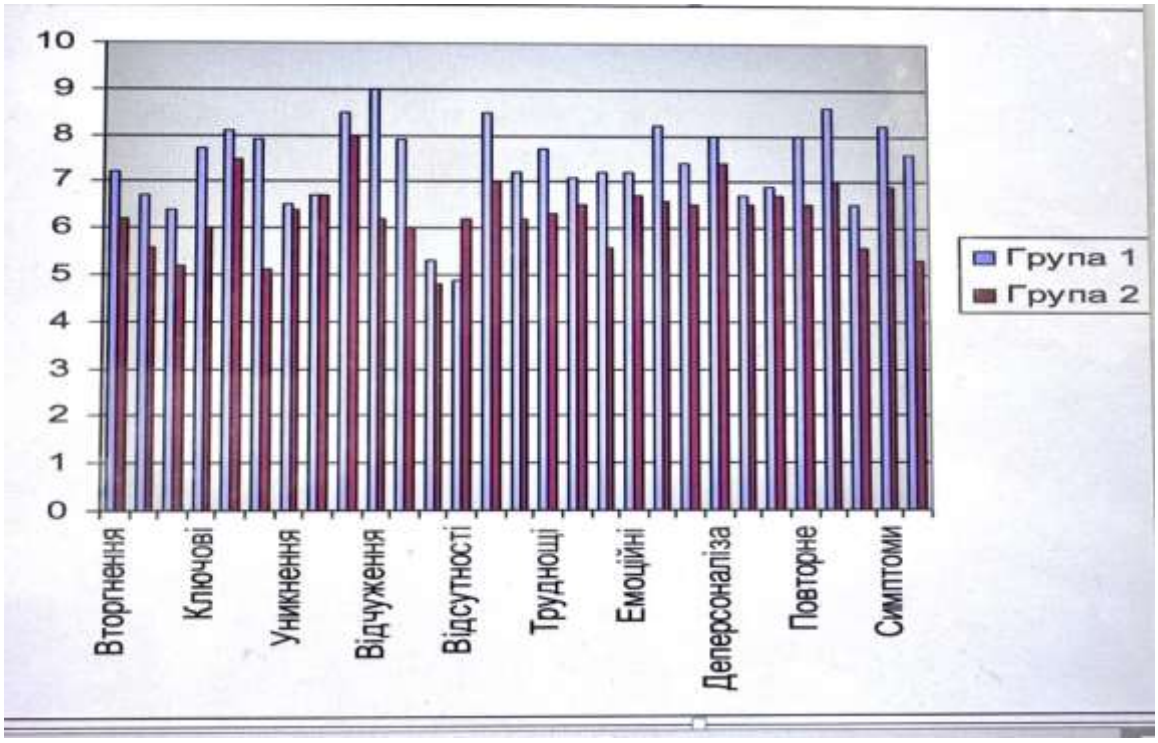


Рисунок 3.1 – Порівняння середніх значень вираженості постстресових розладів (в %) в групі 1 і групі 2

Найближчі рівні в обох групах займають наступні значення: відсутність утомленості (в групі 1 значення рівне 6,9; в групі 2 – 6, 7), уникнення об'єктів (в групі 1 значення рівне 6,5; в групі 2 – 6, 4), диссоціативна амнезія (в групі 1 значення рівне 6,7; в групі 2 – 6,5). Таку схожість значень в обох групах можна пояснити перебуванням підлітків в реабілітаційной установі, а також високими показниками спрацьовування захисних механізмів.

Різні рівні в обох групах займають такі значення: дисимуляція (в групі 1 значення рівне 5,3; в групі 2 – 4, 8), зниження інтересу (в групі 1 значення рівне 8,5; в групі 2 – 8,0), підвищена пильність (в групі 1 значення рівне 7, 1;

в групі 2 – 6,5), деперсоналізація (в групі 1 значення рівне 8,0; в групі 2 – 7,4), емоційні проблеми (в групі 1 значення рівне 7,2; в групі 2 – 6,7). Таку різність значень можна пояснити наявністю пенітенціарного стресу в групі 1.

Найбільші суперечності при порівнянні двох груп виявляються в таких значеннях як: трудність засипання (група 1 – значення 8,5; група 2 – 7,0), дістресс і дезадаптація (група 1 – значення 8,6; група 2 – 7,0), повторне переживання травмі- «вторгнення» (група 1 – значення 8,0; група 2 – 6,5), відсутність майбутнього (група 1 – значення 4,9; група 2 – 6,2), вторгнення «флешбеков» (група 1 – значення 6,4; група 2 – 5, 2), показники ПТСР (група 1 – значення 7,6; група 2 – 5,3). Суперечності зв'язані у зв'язку із зниженням вираженості пенітенціарного стресу групи 2.

Для виявлення достовірності відмінностей був використаний критерій ***φ* – Фішера.*** Суть кутового перетворення Фішера полягає в перекладі процентних часток у величини центрального кута, який вимірюється в радіанах. Більшій процентній частці відповідатиме більший кут ***φ****, але помітимо, що це співвідношення не лінійне, а визначається формулою

$$\varphi = 2 \cdot \arcsin P ,$$

де Р – процентна частка, виражена в частках одиниці.

Чим більше величина ***φ****, тим більше вірогідно, що відмінності достовірні.

Гіпотези:

Н0 – частка осіб, у яких виявляється ефект, що вивчається, в першій вибірці не більше ніж в другій;

Н1 – частка осіб, у яких виявляється ефект, що вивчається, в першій вибірці не більше ніж в другій.

Обмеження критерію Фішера:

жодна з часток, що зіставляються, не може бути рівною нулю; верхня межа вибірок відсутня, вони можуть бути скільки завгодно великими;

нижня межа – 2 нагляди в одній з вибірок. Проте при цьому між розмірами обох вибірок повинні виконуватися наступні співвідношення:

а) n1 = 2 → n2 ≥ 30 ;

б) n1 = 3 → n2 ≥ 7 ;

в) n1 = 4 → n2 ≥ 5 ;

г) n1 , n2 ≥ 5 будь-які розмірності вибірок.

Якщо ці співвідношення не дотримуються, достовірність відмінностей встановити не вдається.

Таблиця 3.4 – Значення *φ* – критерію

Назва шкал	**Значення *Ф* критерію**	**P≤0,05**
Вторгнення спогадів	0,096	Відмінності недостовірні
Вторгнення сновидінь	0,111	Відмінності недостовірні
Вторгнення «флешбеков»	0,124	Відмінності недостовірні
Ключові подразники	0,163	Відмінності недостовірні
Фізіологічні реакції	0,052	Відмінності недостовірні
Уникнення думок про травму	0,273	Відмінності недостовірні
Уникнення об'єктів	0,0096	Відмінності недостовірні
Витіснення спогадів	0	Відмінності недостовірні
Зниження інтересу	0,043	Відмінності недостовірні
Відчуження	0,254	Відмінності недостовірні
Звуження афекту	0,18	Відмінності недостовірні
Дисимуляція	0,055	Відмінності недостовірні
Відсутності майбутньої	0,13	Відмінності недостовірні
Труднощі засипання	0,134	Відмінності недостовірні
Дратівливість	0,096	Відмінності недостовірні
Труднощі концентрації	0,132	Відмінності недостовірні
Підвищена пильність	0,055	Відмінності недостовірні
Готовність до «втечі»	0,156	Відмінності недостовірні
Емоційні проблеми	0,045	Відмінності недостовірні
Звуження свідомості	0,146	Відмінності недостовірні
Дереалізация	0,08	Відмінності недостовірні
Деперсоналізація	0,055	Відмінності недостовірні
Діссоциативная амнезія	0,019	Відмінності недостовірні
Відсутність утомленості	0,018	Відмінності недостовірні
Повторне переживання травми – «вторгнення»	0,139	Відмінності недостовірні

Продовження таблиці 3.4

Дістресс і дезадаптація	0,141	Відмінності недостовірні
Агравація	0,091	Відмінності недостовірні
Симптоми гіперактивації	0,117	Відмінності недостовірні
Показник ПТСР	0,338	Відмінності недостовірні

Таблиця 3.5 – Середні значення вираженості переважаючих механізмів захисту (в %)

	витіснення	**регресія**	**заміщення**	**заперечення**	**проекція**	**Компенсація**	**гіперкомпенсація**	**раціоналізація**	**Загальна напруженість захистів**
Група 1	58,3	45,0	43,3	60,0	77,6	59,2	49,2	58,1	51,6
Група 2	57,5	33,5	34,6	62,7	71,3	42,5	52,5	59,0	61,3

Аналіз даних таблиці 3.5 «Середні значення вираженості переважаючих механізмів захисту» дає змогу встановити характерні особливості функціонування системи психологічних захистів у підлітків групи 1. Найбільш інтенсивно вираженими механізмами у цій групі є проекція (77,6), заперечення (60,0), компенсація (59,2), витіснення (58,3) та раціоналізація (58,1). Таке поєднання захисних механізмів свідчить про переважання когнітивно-емоційних форм психологічної оборони, спрямованих на зниження внутрішньої напруги та уникнення безпосереднього зіткнення з травматичними переживаннями. Менш вираженими є гіперкомпенсація (49,2), регресія (45,0) та заміщення (43,3), що загалом вказує на обмежене використання більш примітивних або поведінково орієнтованих захисних стратегій. Інтегральний показник загальної напруженості психологічних захистів у групі 1 становить 51,6, що перевищує середні нормативні значення і може свідчити про підвищений рівень емоційного напруження та актуалізацію внутрішніх конфліктів.

Для наочності структурні відмінності у вираженості захисних механізмів подані графічно на рисунку 3.2.

У групі 2 провідними механізмами психологічного захисту є проекція (71,3), заперечення (62,7), раціоналізація (59) та витіснення (57,5). Водночас порівняно з групою 1 саме компенсація (42,5), заміщення (34,6) та регресія (33,5) виявилися менш вираженими. Загальна напруженість захисних механізмів у групі 2 становить 50,0, що відповідає нормативним показникам і свідчить про відносно збалансоване використання підлітками різних форм психологічного захисту після участі у тренінговій програмі.

Порівняння двох груп дає підстави припустити, що тренінговий вплив сприяв певній оптимізації структури психологічних захистів: зменшенню залежності від компенсаторних та регресивних форм захисту, а також зниженню загальної напруженості. Така динаміка узгоджується з загальними тенденціями постстресового відновлення, коли зменшення емоційної напруги та поява нових адаптивних стратегій дають змогу знизити інтенсивність захисних процесів.

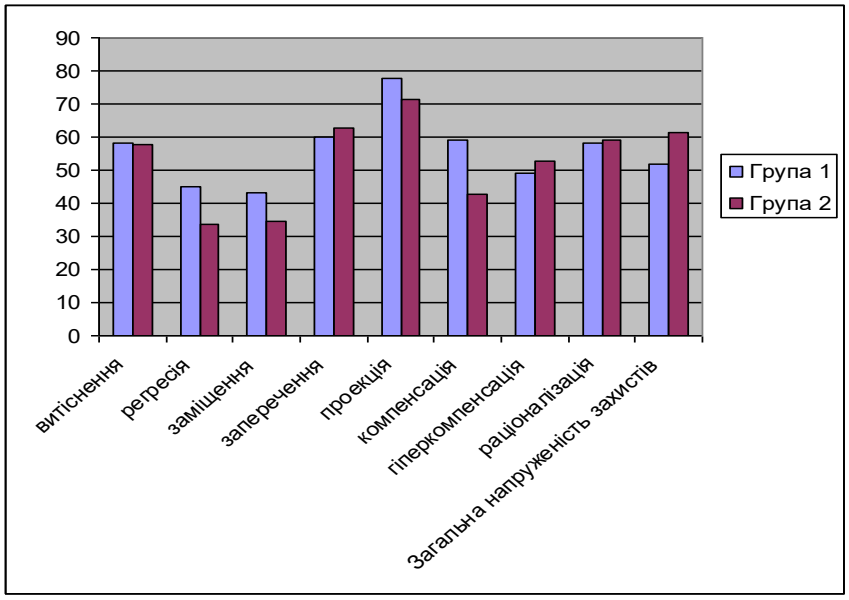


Рисунок 3.2 – Відмінності середніх значень вираженості переважаючих механізмів захисту в групі 1 і групі 2

Найближчі рівні в обох групах займають наступні захисні механізми: витіснення (в групі 1 значення рівне 58,3; в групі 2 – 57,5), заперечення (в

групі 1 значення рівне 60,0; в групі 2 – 62,7), гіперкомпенсація (в групі 1 значення рівне 59,2; в групі 2 – 52,5), раціоналізація (в групі 1 значення рівне 58,1; в групі 2 – 59,0).

Різні рівні в обох групах займають такі захисні механізми як: проекція (в групі 1 значення рівне 77,6; в групі 2 – 71,3), заміщення (в групі 1 значення рівне 43,3; в групі 2 – 34,6).

Найбільші суперечності при порівнянні двох груп виявляються в таких захисних механізмах як: регресія (в групі 1 значення рівне 45,0; в групі 2 – 33,5).

Для виявлення достовірності відмінностей був використаний критерій ***φ* – Фішера.***

Таблиця 3.6 – Значення *φ* – критерію

Захисти	**витіснення**	**регресія**	**заміщення**	**Заперечення**	**проекція**	**компенсація**	**гіперкомпенсація**	**раціоналізація**	**Загальна напруженість**
Ф	0,0408	1,176	0,427	0,134	0,348	0,806	0,158	0,043	0,470
0,05	Відмінності недостовірні	Відмінності недостовірні	Відмінності недостовірні	Відмінності недостовірні	Відмінності недостовірні	Відмінності недостовірні	Відмінності недостовірні	Відмінності недостовірні	Відмінності недостовірні

(0,05), одержаних за допомогою ***φ –*** критерію.

Для оцінки актуального психоемоційного стану підлітків було застосовано «восьмиколірний тест Люшера», який дозволяє визначити рівень внутрішньої напруги, емоційної стабільності та особливості

психофізіологічного реагування випробовуваних. Отримані результати узагальнено та подано у таблиці 3.7, що забезпечує найбільш наочне й зручне представлення даних для подальшого аналізу.

Таблиця 3.7 – Середні значення актуального психічного стану підлітків

Чинник	Нестабільність вибору	Відхилення від аутогенної норми	тривожність	активність	Працездатність
Група 1	28,1	70,4	62,3	46,5	41,4
Група 2	37,2	35,2	24,7	48,6	71,2

Виходячи з одержаних даних таблиці 3.7 – «Середні значення актуального психічного стану підлітків», можна укласти, що в групі 1 самими вираженими чинниками є: відхилення від аутогенної норми (70,4), тривожність (62,3), активність (46,5), працездатність (41,4), менш вираженим чинником є нестабільність вибору (28,1). Для наочності зображений графічно (рис. 3.3).

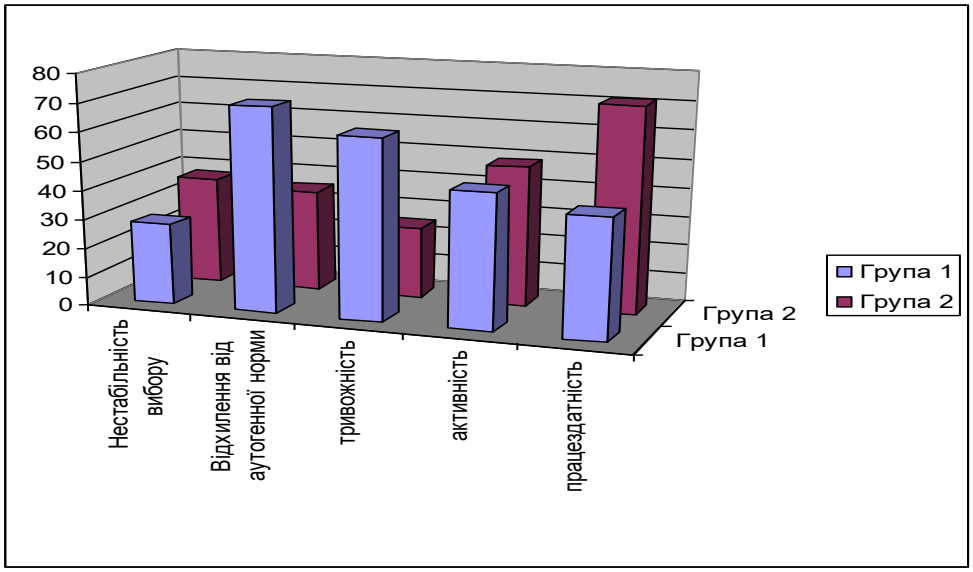


Рисунок 3.3 – Відмінності середніх значень актуального психічного полягання в групі 1 і групі 2

У групі 2 самими вираженими є: працездатність (71,2), активність (48,6), чинник нестабільності вибору (37,2), відхилення від аутогенної норми (35,2), менш вираженим є тривожність (24,7).

Найближчі рівні в обох групах займають наступні чинники: активність (в групі 1 значення рівне 46,5; в групі 2 – 48,6).

Різні рівні в обох групах займають такі чинники: нестабільність вибору (в групі 1 значення рівне 28,1; в групі 2 – 37,2).

Найбільші суперечності при порівнянні двох груп виявляються в таких чинниках як: відхилення від аутогенної норми (в групі значення рівне 70,4; в групі 2 – 35,2), тривожність (в групі 1 значення рівне 62,3; в групі 2 – 24,7), працездатність (в групі 1 значення рівне 41,4; в групі 2 – 71,2). Дані суперечності ймовірно пов'язані з успішною адаптацією до умов пенітенціарної системи.

Для виявлення достовірності відмінностей був використаний критерій φ – Фішер (табл 3.8.).

Таблиця 3.8 – Значення φ – критерію

Чинники	**Нестабільність вибору**	**Відхилення від аутогенної норми**	**Тривожність**	**Активність**	**працездатність**
Ф	0,64	1,708	1,869	0,1008	1,708
0,05	Відмінності недостовірні	Відмінності достовірні	Відмінності достовірні	Відмінності недостовірні	Відмінності достовірні

0,05): відхилення від аутогенної норми, тривожність і працездатність говорять про те, що при добре організованому соціально психологічному супроводі, в умовах реабілітації, можливо, деяке зниження пенітенціарного стресу, адаптація до умов установи.

0,05), виявленого за допомогою φ **-крітерия**. Тому була висунута контр- гіпотеза про те, що прояви психічних розладів в процесі реабілітації не знижуються, пенітенціарний стрес залишається протягом всього періоду реабілітації.

Аналіз результатів формувального експерименту свідчить про наявність позитивної динаміки у підвищенні стресостійкості підлітків після

завершення корекційно-розвивальної програми. Повторне обстеження, проведене за «Опитувальником травматичного стресу», дало змогу зіставити глибину постстресових проявів до та після участі у тренінгових заняттях. Для оцінки статистичної достовірності відмінностей між двома вимірюваннями було застосовано критерій φ* – Фішера, що забезпечує перевірку значущості змін у якісних показниках.

Порівняльний аналіз даних виявив, що найближчими за значеннями в обох групах залишилися такі показники, як відсутність утомлюваності (у групі 1 – 6,9; у групі 2 – 6,7), уникнення об’єктів (відповідно 6,5 та 6,4) та дисоціативна амнезія (6,7 і 6,5). Подібність цих показників може бути зумовлена тим, що усі підлітки перебувають у реабілітаційній установі та демонструють активізацію захисних механізмів, які тимчасово знижують рівень усвідомлення та емоційного реагування на травматичні події. Це також свідчить про відносну стійкість певних психологічних реакцій, що менш чутливі до короткотривалих інтервенцій.

Водночас суттєві відмінності між групами спостерігаються за такими показниками, як дисимуляція (у групі 1 – 5,3; у групі 2 – 4,8), зниження інтересу (8,5 проти 8,0), підвищена пильність (7,1 проти 6,5), деперсоналізація (8,0 проти 7,4) та емоційні проблеми (7,2 проти 6,7). Усі ці показники залишаються вищими у групі 1, що свідчить про більшу вираженість пенітенціарного стресу та недостатню адаптацію до умов середовища на момент первинного вимірювання. Натомість зниження інтенсивності цих симптомів у групі 2 після проведення тренінгових занять можна розглядати як індикатор позитивних змін в емоційній сфері та зменшення постстресових реакцій.

За результатами особистісного опитувальника «Life style index» встановлено, що у обох групах найближчими за значеннями є такі механізми психологічного захисту: витіснення (у групі 1 – 58,3; у групі 2 – 57,5), заперечення (60,0 і 62,7), гіперкомпенсація (59,2 і 52,5) та раціоналізація (58,1 і 59,0). Це свідчить про домінування зрілих та напівзрілих механізмів

психологічного захисту, які спрямовані на збереження внутрішньої рівноваги шляхом переробки або часткового блокування травматичного досвіду.

Натомість показники проекції (77,6 у групі 1 проти 71,3 у групі 2) та заміщення (43,3 проти 34,6) демонструють суттєві міжгрупові відмінності. Вищі значення у групі 1 можуть свідчити про більший рівень внутрішньої напруги та схильність до зовнішньої атрибуції власних негативних переживань, що типово для підлітків у стані високого стресу.

За результатами восьмиколірного тесту Люшера найпомітніші міжгрупові відмінності виявлено за такими чинниками, як відхилення від аутогенної норми (70,4 у групі 1 проти 35,2 у групі 2), тривожність (62,3 проти 24,7) та працездатність (41,4 проти 71,2). Перші два чинники свідчать про значно вищий рівень внутрішньої напруги, емоційної нестабільності та стресовості у групі 1. Натомість зростання показника працездатності у групі 2 вказує на ресурсне відновлення та підвищення енергетичного потенціалу після тренінгової роботи. Таку динаміку можна інтерпретувати як прояв успішної адаптації та сформованості конструктивних копінг-стратегій.

Узагальнюючи результати формувального експерименту, можна стверджувати, що у групі 1 спостерігається виражений пенітенціарний стрес, тоді як у групі 2 його інтенсивність суттєво знижена. Захисні механізми відіграють важливу роль у структурі реагування підлітків обох груп, однак у групі 2 після тренінгу вони функціонують більш збалансовано та адаптивно. Значне зниження тривожності та відхилення від аутогенної норми у групі 2 свідчить про поступове психологічне відновлення та успішну адаптацію у процесі реабілітації.

ВИСНОВКИ

Проведене теоретичне та емпіричне дослідження дозволило комплексно проаналізувати проблему стресостійкості підлітків, що перебувають у реабілітаційному центрі, та оцінити ефективність застосованих психокорекційних технологій, спрямованих на зниження постстресових проявів і підвищення рівня емоційної адаптації.

У теоретичній частині було спирано на класичні та сучасні підходи до вивчення стресу та стресостійкості. У концепції Г. Сельє стрес розглядається як універсальна реакція організму на вплив стресора, що супроводжується мобілізацією адаптаційних ресурсів. Транзакційна модель Р. Лазаруса та С. Фолкман трактує стрес як результат когнітивної оцінки ситуації та наявних ресурсів подолання, а сучасні уявлення Б. Мак'юена щодо алостатичного навантаження підкреслюють ризики виснаження ресурсів за умов тривалого впливу стресогенних факторів. Українські дослідники, зокрема В.В. Бодров, В.М. Крайнюк, Г.М. Ришко розглядають стресостійкість як інтегральну характеристику психологічної саморегуляції, що забезпечує збереження оптимального рівня функціонування в умовах значної психічної напруги. Психічна адаптація є центральною ланкою в загальній адаптації підлітка, оскільки саме характер психічної регуляції визначає характер адаптації в цілому. Головною функцією психологічного захисту є «огородження» сфери свідомості від негативних, що травмують особистість переживань. У широкому змісті цей термін вживається для позначення будь-якого поводження, у тому числі й неадекватного, спрямованого на усунення дискомфорту.

На основі цього теоретичного підґрунтя стресостійкість у роботі визначалася як здатність підлітків зберігати емоційну рівновагу, використовувати адаптивні копінг-стратегії та підтримувати конструктивну поведінку в умовах впливу стресогенних факторів.

Результати констатувального етапу емпіричного дослідження засвідчили наявність виражених постстресових проявів у підлітків, які щойно вступили до реабілітаційного центру. За «Опитувальником травматичного стресу» у цієї групи було виявлено високі показники дистресу, дезадаптації, деперсоналізації, порушення емоційної сфери, підвищеної тривожності та низки реакцій уникнення. Це свідчить про вплив пенітенціарного стресу та недостатність сформованих механізмів емоційної регуляції. Дані «Life Style Index» підтвердили домінування напружених психологічних захистів, зокрема проекції, витіснення і заперечення, що свідчить про підвищений рівень внутрішньої конфліктності та спроби несвідомого уникнення травматичного досвіду. Таким чином, констатувальний етап виявив потребу у психокорекційній роботі, спрямованій на зниження постстресових проявів та формування стресостійкості.

Застосовані психокорекційні технології у межах тренінгу особистісного зростання призвели до суттєвих позитивних змін у психоемоційному стані підлітків. Повторне обстеження після тренінгу, яке включало «Опитувальник травматичного стресу», дало підстави констатувати зменшення інтенсивності постстресових проявів. Статистична перевірка за критерієм φ* Фішера підтвердила достовірність змін. Аналіз динаміки окремих симптомів показав, що у підлітків зменшилися деперсоналізація, підвищена пильність, емоційні проблеми, дистрес та порушення сну. Зниження цих проявів свідчить про покращення емоційного функціонування та зменшення психофізіологічної напруги. Разом із тим збереглися окремі захисні реакції, зокрема дисоціативна амнезія та уникнення, що можна пояснити впливом реабілітаційного середовища та характером підліткового віку, у якому психологічні захисти функціонують особливо активно.

Повторне дослідження механізмів психологічного захисту показало, що після тренінгу структура захисних механізмів у підлітків стала більш збалансованою. Зменшилося використання проекції та заміщення, натомість зросла частка більш зрілих захисних стратегій, таких як раціоналізація та

гіперкомпенсація. Це узгоджується з теоретичними психоаналітичними уявленнями про можливість «зрівноваження» механізмів захисту у процесі корекційно-розвивальної роботи. Таким чином, тренінг сприяв підвищенню здатності підлітків конструктивно опрацьовувати власний досвід та знижувати внутрішню напругу.

Порівняльний аналіз даних виявив, що найближчими за значеннями в обох групах залишилися такі показники, як відсутність утомлюваності (у групі 1 – 6,9; у групі 2 – 6,7), уникнення об'єктів (відповідно 6,5 та 6,4) та дисоціативна амнезія (6,7 і 6,5). Подібність цих показників може бути зумовлена тим, що усі підлітки перебувають у реабілітаційній установі та демонструють активізацію захисних механізмів, які тимчасово знижують рівень усвідомлення та емоційного реагування на травматичні події. Це також свідчить про відносну стійкість певних психологічних реакцій, що менш чутливі до короткотривалих інтервенцій.

Водночас суттєві відмінності між групами спостерігаються за такими показниками, як дисимуляція (у групі 1 – 5,3; у групі 2 – 4,8), зниження інтересу (8,5 проти 8,0), підвищена пильність (7,1 проти 6,5), деперсоналізація (8,0 проти 7,4) та емоційні проблеми (7,2 проти 6,7). Усі ці показники залишаються вищими у групі 1, що свідчить про більшу вираженість пенітенціарного стресу та недостатню адаптацію до умов середовища на момент первинного вимірювання. Натомість зниження інтенсивності цих симптомів у групі 2 після проведення тренінгових занять можна розглядати як індикатор позитивних змін в емоційній сфері та зменшення постстресових реакцій.

За результатами особистісного опитувальника «Life style index» встановлено, що у обох групах найближчими за значеннями є такі механізми психологічного захисту: витіснення (у групі 1 – 58,3; у групі 2 – 57,5), заперечення (60,0 і 62,7), гіперкомпенсація (59,2 і 52,5) та раціоналізація (58,1 і 59,0). Це свідчить про домінування зрілих та напівзрілих механізмів психологічного захисту, які спрямовані на збереження внутрішньої рівноваги шляхом переробки або часткового блокування травматичного досвіду.

Натомість показники проекції (77,6 у групі 1 проти 71,3 у групі 2) та заміщення (43,3 проти 34,6) демонструють суттєві міжгрупові відмінності. Вищі значення у групі 1 можуть свідчити про більший рівень внутрішньої напруги та схильність до зовнішньої атрибуції власних негативних переживань, що типово для підлітків у стані високого стресу.

За результатами восьмиколірного тесту Люшера найпомітніші міжгрупові відмінності виявлено за такими чинниками, як відхилення від аутогенної норми (70,4 у групі 1 проти 35,2 у групі 2), тривожність (62,3 проти 24,7) та працездатність (41,4 проти 71,2). Перші два чинники свідчать про значно вищий рівень внутрішньої напруги, емоційної нестабільності та стресовості у групі 1. Натомість зростання показника працездатності у групі 2 вказує на ресурсне відновлення та підвищення енергетичного потенціалу після тренінгової роботи. Таку динаміку можна інтерпретувати як прояв успішної адаптації та покращення їхнього психоемоційного функціонування.

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що застосовані психокорекційні технології є ефективним засобом підвищення стресостійкості підлітків у реабілітаційних умовах. Після проходження тренінгу суттєво зменшилася інтенсивність постстресових проявів, знизився рівень тривожності, нормалізувався психоемоційний стан, а механізми психологічного захисту набули більш адаптивного характеру. Отримані дані узгоджуються із сучасними теоретичними моделями стресостійкості та підтверджують важливість системної психокорекційної роботи з підлітками, особливо у контексті їх перебування у реабілітаційному центрі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анісімов В. В. Характеристика змісту агресивної поведінки дітей підліткового віку. *Науковий пошук молодих дослідників*. 2020. No 6. С. 6-15.

2. Барановська, М. В., Гуріна, З. В. Психологічні чинники впливу агресії у підлітків. *Перспективи розвитку сучасної психології*. 2021. № 9. С. 13-18.

3. Бардин Н. М., Жидецький Ю. Ц., Кіржецький Ю. І. та ін. Стресостійкість : навчальний посібник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2021. 204 с.

4. Бодров В.А. Стрес: психологічні механізми й корекція. Київ : Видавництво Либідь, 2012. 288 с.

5. Василенко О. М., Синюк Н. В., Овод Ю. В., Романовська Л. І., Фурдуй С. Б., Шеремет А. М., Якубова Л. А. Теоретичні та методичні аспекти соціальної діяльності : монографія / відп. ред. Л.О.Данильчук, Л.І.Романовська. Хмельницький : Фоп Цюпак А.А., 2020. Т. 2. 336 с.

6. Васильєва А. В. Особливості міжособистісних відносин підлітків з однолітками як умова їх особистісного розвитку. *Актуальні проблеми психології в закладах освіти*. 2018. Вип.VIII. С. 192-198.

7. Вовканич М. Д. Соціально-психологічні особливості прояву агресивної поведінки в підлітковому віці. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Педагогіка, соціальна робота*. 2012. Вип. 24. С. 34-36.

8. Гранкіна-Сазонова Н.В. Роль довіри та цінностей у формуванні життєстійкості особистості в кризових умовах. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя* : матеріали науково-практичної конференції. 2018. С. 240-243.

9. Дідик Н. М. Особливості соціально-психологічного розвитку підлітків як детермінанта підвищеного рівня їх конфліктності. *Особистість і суспільство: методологія та практика сучасної психології*. 2022. URL : https://www.inforum.in.ua/conferences/15/22/138.

10. Дмитрієва С., Мачушник О. Підліткова агресивність та шляхи її корекції. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2018. № 1. С. 108-117.

11. Дослідження емоційно-вольової сфери: практикум із загальної психології / уклад. Н. Г. Рудюк, Г. М. Дубчак; Чернівецький національний ун-т ім. Юрія Федьковича. Чернівці : Рута, 2015. 65 с.

12. Доній В.М. Життєві кризи особистості: науково-методичний посібник / В.М. Доній, Г.М. Несен. Київ : ІЗМН, 1998. 359 с.

13. Дубчак Г. М. Психологічні основи професійної стресостійкості майбутніх фахівців. Київ : Талком, 2017. 321 с.

14. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219с.

15. Казібекова В.Ф**.** Психологічні ресурси особистості в кризових ситуаціях. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя* : матеріали науково-практичної конференції. 2018. С. 48-50.

16. Киричук Г. Асоціальна поведінка підлітків. *Психологічна газета*. 2005. No 7. С. 16-17.

17. Краєва О. А. Криза ідентичності підліткового віку та її роль у становленні зрілої особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2010. Вип. 7. С. 310-321.

18. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Київ : Ніка-Центр, 2017. 432 с.

19. Кокун О.М., Мельничук Т.І. Резилієнс-довідник : практичний посібник. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с.

20. Кочубей Т. Ю. Психокорекційна робота з підлітками групи ризику. Львів : Світ, 2015. 198 с.

21. Кузьміна Н. В. Розвиток емоційної регуляції у підлітків у навчальному середовищі. Київ : Педагогічна думка, 2018. 144 с.

22. Лапіна Т. В. Психокорекція поведінкових відхилень підлітків в інституціях. Одеса : Книжковий дім, 2022. 156 с.

23. Легка Н. Проблема міжособистісних взаємовідносин підлітка. *Актуальні тенденції розвитку світової психологічної практики* : матеріали І Міжнар. конф. молодих вчених (м. Кривий Ріг, 17-18 квіт. 2014 р.). 2014. С. 104-105.

24. Литвиненко О. Ю. Психологічний супровід дітей у центрах соціально-психологічної реабілітації. Київ, 2022. 168 с.

25. Лунченко Н. О. Психологічні стратегії подолання стресу у підлітковому віці. Харків : Гуманітарний центр, 2016. 132 с.

26. Максименко С. Д. Психологія розвитку особистості. Київ : Слово, 2021. 356 с.

27. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки. Київ : Либідь, 2015. 320 с.

28. Мартинюк С. Р. Аналіз зумовленості стресостійкості її первинними характеристиками. *Актуальні проблеми психології* : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України / за ред. С.Д. Максименка. Київ : Логос, 2017. Т.7, Вип. 10. С. 178–183.

29. Мачуська І. Міжособистісне спілкування підлітків: методичні рекомендації. *Шкільний Світ*. 2007. No 17. С. 2-11.

30. Методика визначення стресостійкості Холмса і Раге. URL : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSd5GA92Q_mngvxxqfLDL_2VGdXLey

31. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.

32. Панок В. Г. Українська практична психологія: визначення, структура і завдання. *Практична психологія та соціальна робота*. 1997. № 10. С.34-41.

33. Папуча М.В. Психологія переживання в кризовій ситуації. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя* : матеріали науково-практичної конференції. 2018. С. 74-76.

34. Пов’якель Н. І. Професійна рефлексія психолога-практика. *Практична психологія та соціальна робота*. 1998. № 6–7. С. 3–6.

35. Психологія розвитку особистості у підлітковому та ранньому юнацькому віці : навч. посіб./ Н.О. Гончарова та ін. Полтава : Астрая, 2018. 342с.

36. Психологія стресу та стресових розладів : навч. посіб. / уклад. О. Ю. Овчаренко. Київ : Університет «Україна», 2023. 266 с.

37. Психологічний стрес: розвиток і подолання: комплекс навчальнометодичного забезпечення для підготовки аспірантів за спеціальністю 053 «Психологія» / укл.: Ложкін Г.В., Блохіна І.О. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2016. 32 с.

38. Ришко Г.М. Основні концептуальні теорії та підходи до вивчення феномена стресостійкості особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2013. Вип. 22. С. 493- 509.

39. Сельє Г. Стрес без дистресу. / пер. з англ. О.: Грейс. 2018. 326 с.

40. Сергєєнкова О. П., Столярчук О. А., Коханова О. П., Пасєка О. В. Вікова психологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2012. 376 с.

41. Слободянюк О. М. Психологічна реабілітація дітей і підлітків після травматичних подій. Київ, 2020. 176 с.

42. Соломка Е. Т. Індивідуальні особливості особистості в подоланні стресових ситуацій. *Освіта і наука*. 2018. Вип. 2 (25). С. 180-188.

43. Сопільник Л. В. Психосоціальна підтримка дітей та підлітків. Львів : Світ, 2020. 148 с.

44. Суржан Т. О. Напрями соціально-педагогічної роботи з корекції девіантної поведінки учнів закладу загальної середньої освіти. *Науковий пошук молодих дослідників.* 2020. № 6. С. 154-160.

45. Токарева Н. М., Шамне А. В. Основи вікової психології : навч.-метод. посіб. Кривий Ріг : Тов ВНП «Інтерсервіс», 2013. 283 с.

46. Шаран Ю. В. Психофізіологічні детермінанти стресостійкості особистості. *Актуальні проблеми психології.* Том V: Психофізіологія.

Психологія праці. Експериментальна психологія : зб. наук. праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. С.Д. Максименка. Київ : ДП «Інформаційно аналітичне агенство», 2017. Вип. 7. С. 143–148.

47. Шевченко Н.Ф. Регуляторний вплив смислової установки на переживання кризового стану. *Теорія і практика сучасної психології*. 2011. Вип. 3. С.37-42.

48. Яценко Т.С., Кміт Я.М., Олексієнко Б.Н. Активне соціально-психологічне навчання: теорія, процес, практика : навчальний посібник. Хмельницький : Видавництво НАПВУ, 2002. 792 с.

49. Allen J. Trauma-Informed Care for Adolescents. London : Routledge, 2019. 228p.

50. American Psychological Association. Stress in America : Youth Report. Washington : APA, 2022. 54 p.

51. Bandura A. Aggression: Social learning analysis. URL : https://www.academia.edu/40055016/AGGRESSION_a_social_learning_analysis.

52. Baum A. Stress, Intrusive Imagery, and Chronic Stress. Oxford : Oxford University Press, 2016. 280 p.

53. Beck A. Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New York : Guilford Press, 2011. 412 p.

54. Beck J. Cognitive Therapy for Challenging Youth. New York : Guilford Press, 2017. 324 p.

55. Bonanno G. A. Loss, trauma, and human resilience. *American Psychologist*. 2018. Vol. 73. P. 1–18.

56. Brown B. B., Larson J. The Peer System in Adolescence. Berlin : Springer, 2021. 340 p.

57. Buss A. H. The psychology of aggression. New York : Wiley, 1961. 307p.

58. CDC. Adolescent stress and coping: evidence-based practices. Atlanta : CDC, 2021. 37 p.

59. Cicchetti D. Developmental psychopathology. Hoboken : Wiley, 2016. 864 p.

60. Compas B. E. Coping and emotion regulation in childhood and adolescence. *Child Development*. 2017. Vol. 88. P. 1–15.

61. Deci E., Ryan R. Self-determination theory. New York : Guilford Press, 2017. 302 p.

62. Evans G. W. The environment of childhood poverty. *American Psychologist*. 2016. Vol. 71. P. 559–570.

63. European Commission. Child and Adolescent Resilience Framework. Brussels, 2023. 56 p.

64. Herman J. Trauma and recovery. New York : Basic Books, 2015. 336 p.

65. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York : Springer, 1984. 456 p.

66. Lerner R. M. Handbook of adolescent development. New York : Routledge, 2018. 502 p.

67. Maslow A. Motivation and personality. New York : Harper & Row,1954. 366p.

68. Rutter M. Resilience revisited. *European Journal of Developmental Psychology*. 2020. Vol. 17. P. 1–14.

69. Save the Children. Trauma-informed approaches for adolescents in residential care. London : Save the Children, 2022. 61 p.

70. Seligman M. Flourish: a visionary new understanding of happiness and well-being. New York : Free Press, 2014. 349 p.

71. Shonkoff J. P. Toxic stress in childhood. *Pediatrics*. 2016. Vol. 138. P.1–10.

72. Smith B. W. Psychological resilience: theory, research, and practice. New York : Springer, 2018. 284 p.

73. Ungar M. Multisystemic resilience: adaptation and transformation. Oxford : Oxford University Press, 2020. 368 p.

74. UNESCO. Supporting learners in difficult circumstances. Paris : UNESCO, 2021. 64 p.

75. UNICEF. Psychosocial support programmes for adolescents. New York : UNICEF, 2023. 48 p.

76. Weare K., Gray G. Promoting mental health in schools. Geneva : WHO, 2018. 72 p.

77. Zimmerman M. A. Resilience theory: a strengths-based approach. *American Journal of Community Psychology*. 2019. Vol. 64. P. 1–12.