

**Міністерство освіти і науки України**  
**Таврійський національний університет імені В.І. Вернадського**  
**Навчально-науковий гуманітарний інститут**

**КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ, ФІЛОСОФІЇ ТА СУСПІЛЬНИХ НАУК**

на правах рукопису

Кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти  
**магістр**

**ТЕМА РОБОТИ:**

**ТАНЦЮВАЛЬНО-РУХОВА ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ВІДНОВЛЕННЯ  
ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ**

Студентка: Кашарська Інна Валеріївна

Освітня програма: Психологія  
(спеціальність) 053 «Психологія»

Науковий керівник:  
к. психол. н. доц. Мітіна С.В.

Національна шкала \_\_\_\_\_  
Кількість балів: \_\_\_\_\_ Оцінка: ECTS \_\_\_\_\_

Київ – 2024

## Анотація

Кашарська І.В. Танцювально – рухова терапія як засіб відновлення психічного здоров'я особистості.

В роботі розглядаються основні аспекти психічного здоров'я особистості, його складові та фактори, що впливають на його порушення, вплив танцювально-рухової терапії на психічне здоров'я людини. Розглянуто основні засади терапії та її можливості щодо повернення особистості до повноцінного, здорового і щасливого життя. В дослідженні емпірично визначені та проаналізовані психологічні чинники психічного здоров'я працівниць державної установи в умовах війни та підвищеного робочого навантаження. Розроблено і апробовано тренінгову програму, яка має практичну значущість і дозволяє розкрити і розвинути ресурси життєстійкості особистості, підвищує настрій, знімає затиски.

**Ключові слова:** психічне здоров'я, особистість, стрес, життєстійкість, тривожність, відновлення, рівновага, тіло, танець, рух.

## Summary

Kasharska I. Dance and movement therapy as a means of restoring mental health of the individual.

The work considers the main aspects of mental health of the individual, its components and factors influencing its violation, the influence of dance and movement therapy on mental health of a person. The main principles of therapy and its possibilities of returning the individual to a full, healthy and happy life are considered.

At work empirically defined and analyzed psychological factors of mental health of female employees of a state institution in the conditions of war and increased workload, namely the level of resilience, mood and well-being, the level of anxiety and depression. A training program has been developed and tested, it has practical significance and allows to reveal and develop resources of resilience of the individual, improves mood, relieves clamps.

**Key words:** mental health, personality, stress, resilience, anxiety, recovery, balance, body, dance, movement.

## ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	9
1.1. Поняття психічного здоров'я особистості та його основні складові	9
1.2. Сучасні ризики та чинники, що впливають на порушення психічного здоров'я особистості	20
1.3. Психотерапевтичні підходи та методи відновлення психічного здоров'я	28
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	41
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СКЛАДОВИХ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	44
2.1. Обґрунтування методик і вибірки дослідження	44
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження	50
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2	59
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ МЕТОДОМ ТАНЦЮВАЛЬНО-РУХОВОЇ ТЕРАПІЇ	61
3.1. Обґрунтування корекційної програми танцювально-рухової терапії для відновлення психічного здоров'я особистості	61
3.2. Оцінка ефективності програми танцювально-рухової терапії	80
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3	84
ВИСНОВКИ	86
ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	91
ДОДАТКИ	98

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Протягом всієї історії існування людської цивілізації людину в тій чи іншій мірі спіткали стреси і травматичні ситуації, історичні, економічні та політичні потрясіння, що впливали на її психічний і фізіологічний стан. Від природних катастроф, війн і втрат до міжособистісних конфліктів стрес був невід'ємною частиною життя кожного покоління. У відповідь на ці виклики людина завжди шукала способи відновлення рівноваги та зцілення. Одним із таких універсальних інструментів відновлення була рухова активність, яка не лише зміцнювала фізичне здоров'я, але й допомагала долати емоційні травми. Танці та ритуальні рухи були частиною багатьох культур і вони часто виконували не лише естетичну функцію, але й глибоку психотерапевтичну роль. З часом це привело до розуміння того, що рух є важливим елементом в процесі відновлення психічного здоров'я, на основі чого виникла така методика, як танцювально-рухова терапія.

Психічний світ людини є динамічною реальністю, яка контролює її організм на хімічному та молекулярному рівнях, що надає йому матеріальне відображення. Тіло і психіка постійно взаємодіють, навіть якщо це не завжди усвідомлюється. Відтак, відновлення психічного здоров'я через активізацію тіла ґрунтується на тісному зв'язку між фізичним і психологічним станами людини.

Рухові практики, такі як йога, медитація та фізичні вправи, сприяють не лише покращенню фізичної форми, але й знижують рівень стресу, тривожності та депресії. Активне використання тілесної свідомості та ресурсів тіла, як способу відновлення психічного здоров'я, має значні перспективи розвитку в Україні. Цей підхід має свою цільову аудиторію та широке застосування, особливо у процесах фізіологічної та психологічної реабілітації військових та цивільних у період війни та після її завершення.

Ключовим аспектом актуальності досліджуваної теми також є посилення уваги до психічного здоров'я в українському суспільстві, адже все більше людей замислюються про свої відчуття, емоції, аналізують свій стан психічної

витривалості та адаптації і все частіше звертаються за допомогою до фахівців. Це сприяє формуванню культури турботи про особисте психічне здоров'я, як про щось природне й необхідне для загального благополуччя.

Вивченню психічного здоров'я особистості, його компонентів, показників та критеріїв оцінки, впливу зовнішніх та внутрішніх факторів присвятили свої роботи такі українські вчені як О.І. Василевська, І.І. Галецька, С.Д. Максименко, Л.М. Карамушка, Н.В. Оксентюк, М.В. Разводова, Л.А. Терещенко, М.П. Тимофієва. Взаємозв'язок танцю та тіла, вплив на психічне, емоційне та фізичне здоров'я людини певних малюнків руху тіла під музику вивчали засновниця танцювально-рухової терапії американська танцівниця та, в подальшому, дослідниця та засновниця американської асоціації танцювальної психотерапії М. Чейз, австрійський танцівник Р. Лабан, який є автором аналізу рухів, названого його ім'ям, українські вчені психологи та психотерапевти Т.І. Вільховченко, І.М. Чорна, Л.В. Мова, М.В. Разводова, О.М. Скнар, О.О. Гладіліна, В.Л. Назарук, О.О. Сідоренко.

Разом з цим, з нашої точки зору, достатньо низький рівень матеріальної забезпеченості та високий рівень соціальної нерівності в Україні впливає на доступність якісної психологічної допомоги. Більшість населення не має ні фінансового, ні ментального ресурсу для опрацювання своїх особистісних проблем, ситуацій, страхів, тривожних станів, внутрішніх конфліктів, проблем вигорання, дезадаптації та інших психічних розладів та відхилень шляхом роботи з психологом. І це є ще одним важливим аспектом актуальності обраної теми, оскільки танцювально-рухова терапія, будучи інтегрована в загальноукраїнську систему охорони здоров'я на рівні лікувально-профілактичних закладів, соціальних, спортивних та освітніх установ сприятиме популяризації терапії, її доступності та охопленню більшого відсотка населення.

В психології до цього часу танець традиційно використовували як засіб покращення емоційного стану, зменшення або зняття психічного напруження, стимулювання творчої активності. На заході, зокрема, танцювальну терапію спочатку застосовували майже виключно для людей з тяжкими психічними

порушеннями. З часом танець став все більше використовуватися в роботі з дорослими для покращення їх пристосованості до життя, отримання почуття задоволення, розширення можливостей комунікації і навіть для відображення та висловлювання сильних емоцій. Теоретичним підґрунтям такого використання танцювальних рухів послужила наступна установка: рухи людини віддзеркалюють особистість – якщо під впливом емоцій змінюються наші почуття по відношенню до себе та свого тіла, то, отже стиль та спосіб рухів нашого тіла має аналогічний вплив.

Таким чином, питання відновлення психічного здоров'я, особливо через рух та тілесну активізацію, є надзвичайно актуальним на сьогодні. Особливо це стосується тих, хто пережив травматичний досвід, адже тілесні практики допомагають знизити соматичні прояви стресу і сприяють загальному відновленню організму.

Отже, актуальність даної проблеми визначила вибір теми дослідження «Танцювально – рухова терапія як засіб відновлення психічного здоров'я особистості».

**Об'єкт дослідження:** психічне здоров'я особистості, як складна та багатогранна категорія.

**Предмет дослідження:** танцювально-рухова терапія, як практичний інструмент впливу на психічне здоров'я та засіб його відновлення.

**Мета дослідження** – встановити вплив танцювально-рухової терапії на психічне здоров'я особистості та визначити її потенціал у якості інструменту для відновлення психічного здоров'я особистості.

**Завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз поняття психічного здоров'я та його складових, визначити ключові фактори, що впливають на психічне здоров'я особистості та окреслити психотерапевтичні підходи до відновлення психічного здоров'я, зокрема танцювально-рухову терапію.

2. Підібрати та обґрунтувати психодіагностичний інструментарій для дослідження складових психічного здоров'я особистості.

3. Провести емпіричне дослідження та здійснити аналіз результатів дослідження психічного здоров'я особистості.

4. Розробити тренінгову програму щодо відновлення психічного здоров'я особистості за допомогою методів танцювально-рухової терапії та оцінити її ефективність.

З метою розв'язання визначених завдань нами було використано сукупність теоретичних, емпіричних та статистичних методів. Це:

- *теоретичні*: аналіз психологічної науково-методичної літератури з проблеми дослідження, синтез, систематизація та узагальнення теоретичного матеріалу;

- *емпіричні* – психологічне тестування, констатувальний та контрольний експерименти;

- *методи обробки та інтерпретації даних*: якісний і кількісний аналіз з використанням математико-статистичні методів (дескриптивна статистика для характеристики вибіркової сукупності учасників дослідження); порівняльний аналіз отриманих на констатувальному та контрольному етапах результатів психодіагностики з використанням t-критерію Стьюдента.

У ході дослідження застосовано комплекс психодіагностичних методик:

- Опитувальник САН (Самопочуття, Активність, Настрій) В. А. Доскін;
- Тест Ч. Спілбергера-Ханіна (Оцінка рівня ситуативної та особистісної тривожності);
- Шкала депресії Е. Бека,
- Тест життєстійкості С. Мадді.

**Вибірка та експериментальна база:** Дослідження проводилось на базі Державного центру зайнятості . У дослідженні брали участь 18 (n = 18) офісних працівників державної установи (жінки віком  $41,5 \pm 10,5$  роки).

**Практичне значення** отриманих результатів дослідження полягає в наступному: можливість використання розробленої тренінгової програми для відновлення психічного здоров'я офісних працівників державних установ, установ недержавного сектору, робота яких пов'язана з повною зайнятістю та

виконанням регламентованих завдань. Розроблена тренінгова програма може використовуватися в структурі організованої роботи з офісними працівниками державних установ, спрямованої на розвиток ресурсів особистої стійкості та емоційної стабільності в умовах невизначеності. Отримані дані щодо особливостей психологічного стану офісних працівників Державного центру зайнятості дозволяють використовувати їх для розробки інших психокорекційних та підтримуючих заходів групового рівня впливу. Результати дослідження можуть бути використані в навчальному процесі здобувачів закладів освіти галузі «Психологія» в методичній та практичній роботі.

**Структуру та обсяг** кваліфікаційної роботи обумовлює і визначає специфіка обраної теми, її актуальність, поставлена мета та основні завдання емпіричного дослідження. Кваліфікаційна робота містить вступ, три розділи, висновки до розділів, загальні висновки, список літературних джерел, що налічує 65 найменувань. Основний зміст роботи викладений на 87 сторінках і містить 3 таблиці, 18 рисунків. Загальний обсяг роботи 113 сторінок.



## РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

### 1.1. Поняття психічного здоров'я особистості та його основні складові

Психічне здоров'я – це основна складова успішного та щасливого життя кожної людини та один з основних параметрів оцінки стану населення. Термін «психічне здоров'я» пов'язує медичну та психологічну науки, оскільки, в одних випадках, психічні стани стають головною причиною захворювання, в інших – будь-яке соматичне страждання знаходить своє відображення в психічному полі людини. У сучасній науковій літературі існує інший, близький за змістом, термін «психологічне здоров'я». Донедавна, у численних дослідженнях, ці поняття не розрізнялися чи розглядалися як синоніми [19].

В рамках міждисциплінарних досліджень широко представлені роботи зарубіжних та вітчизняних авторів, присвячені вивченню різних аспектів даної теми. Психічне здоров'я залишається у низці найбільш серйозних проблем у багатьох країнах світу, зокрема в Україні. Захворюваність на психічні та психосоматичні розлади, розлади поведінки серед населення зберігається стабільно високою [12].

Особливо важливим і надзвичайно актуальним є вирішення задачі збереження психічного та психологічного здоров'я в сучасних умовах невизначеності. Нестабільність сьогодення має негативні довгострокові наслідки для самої людини та суспільства. З іншого боку, при гіпердіагностиці, заснованій на виявленні певних симптомів, незалежно від їх впливу на життя і розвиток, діагнози отримують особи, які потребують допомоги та лікування [4].

Сьогодні одними з найбільш психотравмуючих факторів є економічна та ціннісна нестабільність. До факторів, що оказують несприятливий вплив також відносять: збільшений інформаційний потік, сучасний темп життя, збіднення соціальних контактів. Найчастіше з цими проблемами стикаються особи, які

проживають у несприятливих соціальних та економічних умовах, у більш агресивному, неадекватному середовищі [11].

Психічне здоров'я людини описується як рівень реалізації її можливостей бути людиною з урахуванням закономірностей, відомих науці. Загальне визначення здоров'я, яке було запропоновано Всесвітньою організацією охорони здоров'я, включає такий стан людини, при якому: збережено структурні та функціональні характеристики організму; є висока пристосовність до змін у звичному природному та соціальному середовищі; зберігається емоційне та соціальне благополуччя [34].

З погляду медичного підходу психічне здоров'я розглядається як найважливіша складова загального здоров'я і означає успішність психічного функціонування, що лежить в основі ефективності предметної та інтелектуальної діяльності, спілкування, психічного розвитку, адаптації до важких життєвих обставин (відповідно до визначення ВООЗ); інтегральна характеристика повноцінності психічного функціонування [28].

У системному підході психічне здоров'я розглядається як індивідуальна динамічна сукупність психологічних властивостей і процесів, що забезпечує ефективну самоорганізацію, сталий розвиток і безпеку.

У ряді характеристик психічного здоров'я, найбільш інформативними є наступні: відповідність суб'єктивних образів об'єктам дійсності, що відображаються, відповідність реакцій зовнішнім стимулам; адекватний віку рівень зрілості емоційно-вольовий і з пізнавальних сфер, здатність планування цілей та активність у їх досягненні. А також такі компоненти, як адаптивність, продуктивність, критичність і адекватність, порушення яких веде до розвитку психічних розладів [27].

Психічне здоров'я людини визначається як комплекс здібностей і особистісних якостей, що дозволяють успішно адаптуватися в соціумі. Це стан, при якому особистість здатна реалізувати свій потенціал, справлятися з повсякденними завданнями, продуктивно вчитися і виконувати суспільні та домашні обов'язки. Стан душевного благополуччя, що характеризується

відсутністю хворобливих психічних явищ і забезпечує адекватну умовам навколишньої дійсності регуляцію поведінки та діяльності [43].

В основі психічного здоров'я людини лежить повноцінний психічний розвиток на всіх етапах онтогенезу, який формується під впливом різноманітних біологічних, соціальних та психічних факторів. В цілому, психічне здоров'я людини обумовлено збереженням структур і функцій центральної нервової системи, безпекою аналізаторних і мовних систем, нормальним фізичним розвитком, адекватним віку, вихованням та навчанням, що включає забезпечення основних потреб: у почутті безпеки, любові, повазі, взаєморозумінні, у відчутті зв'язку з батьками. Пригнічення цих потреб викликає виснаження нервової системи людини, призводить до психологічного дискомфорту, позначається на психічному і фізичному здоров'ї людини.

Таким чином, крім здорової нервової системи, для психічного здоров'я велике значення має доброзичлива обстановка в сім'ї, увага до емоційних потреб людини, розумне і адекватне віку почуття відповідальності та самостійності. Серед типових стресорів виділяються – розлука, втрата, госпіталізація та хронічне неблагополуччя [5, 36].

Крім цього, порушення психічного здоров'я пов'язуються з психічними захворюваннями, прикордонними нервово-психічними розладами та різними типами порушення психічного розвитку [40].

Психологічне здоров'я розглядає психологічні аспекти психічного здоров'я. Психологічне здоров'я описується як інтегративний показник особистісної спроможності і моральної зрілості, що дозволяє особистості стати поступово самодостатньою, орієнтуючись у поведінці і відносинах не тільки на зовнішні норми, що задаються, але і на внутрішні усвідомлені самоорієнтири. Психологічне здоров'я передбачає інтерес людини до життя, свободу думки та ініціативу, активність і самостійність, відповідальність і здатність до ризику, віру в себе та повагу до іншого, а також розбірливість у засобах досягнення мети, здатність до сильних почуттів та переживань, усвідомлення своєї

індивідуальності та прийняття своєрідності оточуючих людей, творчості у найрізноманітніших сферах життя та діяльності [12].

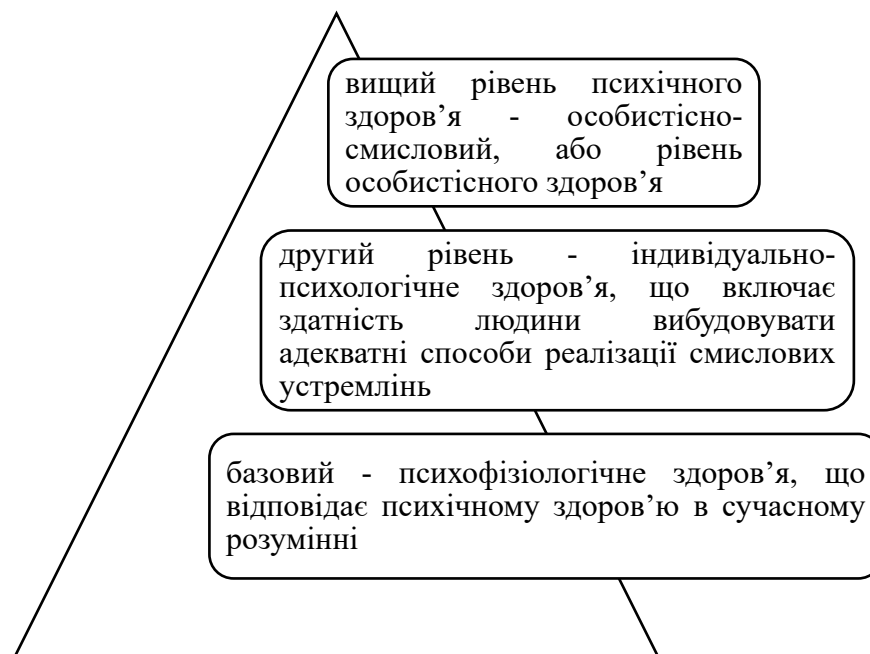
Задовго до появи терміну, саме про психологічне здоров'я писали представники гуманістичної психології Е. Фром, А. Маслоу та Г. Олпорт, звертаючи увагу, що духовне здоров'я проявляється у зв'язку людини з усім світом, у почуттях гармонії, радості від життя. Зокрема, Г. Олпорт наполягав на необхідності комплексного підходу вивчення психіки, що розглядає не тільки аномалії розвитку, а й унікальний потенціал, що закладений усередині кожної людини. Згідно з автором, здорова особистість бере активну участь у міжособистісних відносинах, відрізняється реалістичним сприйняттям, самоприйняттям, самопізнанням, цілепокладанням і почуттям гумору. Е. Фром писав про продуктивну, альтруїстичну особистість. А. Маслоу виділив самоактуалізацію, прагнення людини до втілення потенційно властивих йому можливостей, як основний критерій стабільного розвитку психіки людини [19].

Пізніше П. Бейкер сформулював три головні компоненти душевного здоров'я: хороше самопочуття (повнота почуттів, альтруїзм), самоактуалізація (автономія), повага до себе та інших (почуття самоцінності, здатність любити) [52].

Відомі в літературі критерії психічного здоров'я, такі як адаптація, соціалізація, індивідуалізація, на наш погляд, більшою мірою ставляться до здоров'я психологічного. Адаптація сприймається як важливий чинник особистісного розвитку. Вона пов'язана з різними біологічними, соціальними і психологічними факторами і передбачає сукупність пристосувальних реакцій організму в цілому, а також психічних процесів, станів і поведінки, що дозволяють оптимально функціонувати в зовнішньому середовищі, що змінилося. Соціалізація передбачає засвоєння людиною соціальних цінностей та здатність людини протистояти життєвим ситуаціям, що заважають саморозвитку. Соціальна інтеграція є складним, багатовимірним конструктом, що включає поведінкові та когнітивні процеси, і виникає в результаті безлічі зв'язків і різних типів соціальних відносин. Індивідуалізація за К.Г. Юнгом

описує ставлення до себе і здатність зберігати і приймати індивідуальність у собі та інших, як прояв закономірностей індивідуального життя [49].

Для набуття внутрішньої рівноваги і балансу, любові до себе і любові до інших, необхідно гуманне ставлення до особистості іншої людини, бажання набутти сенс існування і віру у свої сили. Нажаль, для сучасної людини може стати характерним діагноз: «психічно здоровий, але особистісно хворий». Відтак, психічне здоров'я розглядають як категорію, що має складну, рівневу будову, зазначаючи, однак, що термін «рівень» є достатньою мірою умовним. Перші два рівні називають власне психологічними (рис. 1.1) [48].



**Рис. 1.1 – Рівні психічного здоров'я особистості**

Взаємозв'язок і взаємообумовленість рівнів передбачає можливість різних варіантів їх розвиненості та якості, що існують одночасно. Наголошується, що психічне здоров'я є необхідною, але далеко не єдиною умовою формування здоров'я психологічного. Всі три рівні формують особистісний потенціал людини, беручи участь у формуванні необхідних навичок, самооцінки та життєвої стратегії. Потенційні можливості розкриваються внаслідок внутрішньої

активності, спрямованої на досягнення особистістю своєї внутрішньої сутності та самоактуалізації на кожному віковому етапі розвитку [27].

Як критерії психологічного здоров'я людини розглядають: зрілість ціннісно - смислового виміру особистості, розвинену рефлексію, стресостійкість, життєздатність, повноту емоційних і поведінкових проявів особистості, самоприйняття, самооб'єктивність, здатність до самостійного вирішення проблем [55].

Відповідно до сучасних підходів психології здоров'я, психологічне здоров'я особистості – це баланс між емоційними та інтелектуальними, тілесними та психічними складовими; між людиною та оточуючими людьми та природою. А також, це – динамічна сукупність психічних властивостей людини, які забезпечують гармонію між потребами індивіда та суспільства та є передумовою орієнтації особистості на виконання свого життєвого завдання. Акцентується зв'язок між внутрішньою гармонією та самопочуттям. Психологічне здоров'я людини розглядається не як самоціль, а як умова і передумова розвитку особистісної зрілості, але не самою зрілістю [28].

Психологічне здоров'я визначають, як узагальнену характеристику стану особистості, що відображає баланс між успішністю функціонування особистості та рівнем зусиль для досягнення цілей розвитку, як динамічний стан, що характеризує особистість у процесі життєдіяльності, який складається в процесі інтеграції, адаптації та регуляції особистості [11].

Як критерії психологічного здоров'я людини розглядають переважання позитивних емоцій над негативними, позитивну самооцінку, впевненість у своїх силах, вміння знаходити власні ресурси у важкій життєвій ситуації, вміння вербалізувати свої бажання та емоції, характер і динаміку психічних процесів та властивостей особистості на різних етапах онтогенезу, ступінь адаптації людини до соціуму [36].

Деякі дослідники наполягають на розмежуванні таких понять як «здоров'я психічне» та «здоров'я психологічне», підкреслюючи тим самим особливий статус останнього.

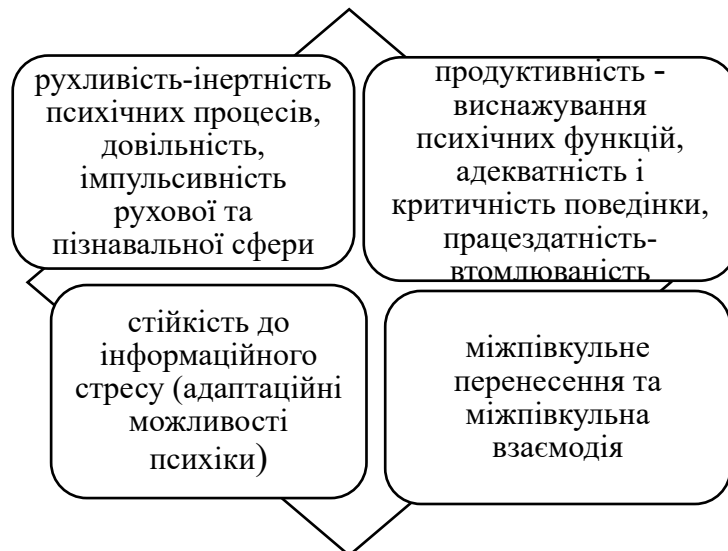
Психічне здоров'я має відношення, до окремих психічних процесів і механізмів, а здоров'я психологічне відноситься до особистості в цілому (з точки зору повноти, багатства розвитку особистості) і акцентує власне психологічний аспект. Виділяють значимість особистісного та духовного змісту в психологічному здоров'ї людини, визначаючи духовність, як глибинну сутність, як особливий емоційно-моральний стан особистості, орієнтований на прийняття абсолютних цінностей, таких як: Істина, Краса, Добро [31].

Психічне здоров'я визначають як міру здатності людини реалізувати свою соціальну і біологічну сутність, виступати активним суб'єктом власного життя в світі, що змінюється, підкреслюючи при цьому, що психологічне здоров'я враховує особливості мотиваційної пізнавальної та емоційної діяльності [50].

Відмінність у використанні термінів залежить від сфери практичного застосування: у психотерапії – це психічне здоров'я, а в психологічному консультуванні та корекції – психологічне здоров'я; а також – від адресата впливу: у психотерапії робота ведеться з хворими людьми, у психологічному консультуванні та корекції – зі здоровими, які мають труднощі вирішення тієї чи іншої критичної ситуації. Тут доцільно звернутися до поняття норми: у першому випадку за норму правомірно приймати відсутність патології, відсутність симптомів, що заважають адаптації людини в суспільстві, у другому норма – це, навпаки, присутність певних особистісних характеристик, що дозволяють не лише адаптуватися до суспільства, а й розвиваючись самому, сприяти його розвитку [43].

Таким чином, «психічне здоров'я» – це свобода від ознак психічних хвороб, а «психологічне здоров'я» – необхідна умова повноцінного функціонування, що забезпечує людині можливість безперервного розвитку протягом усього життя.

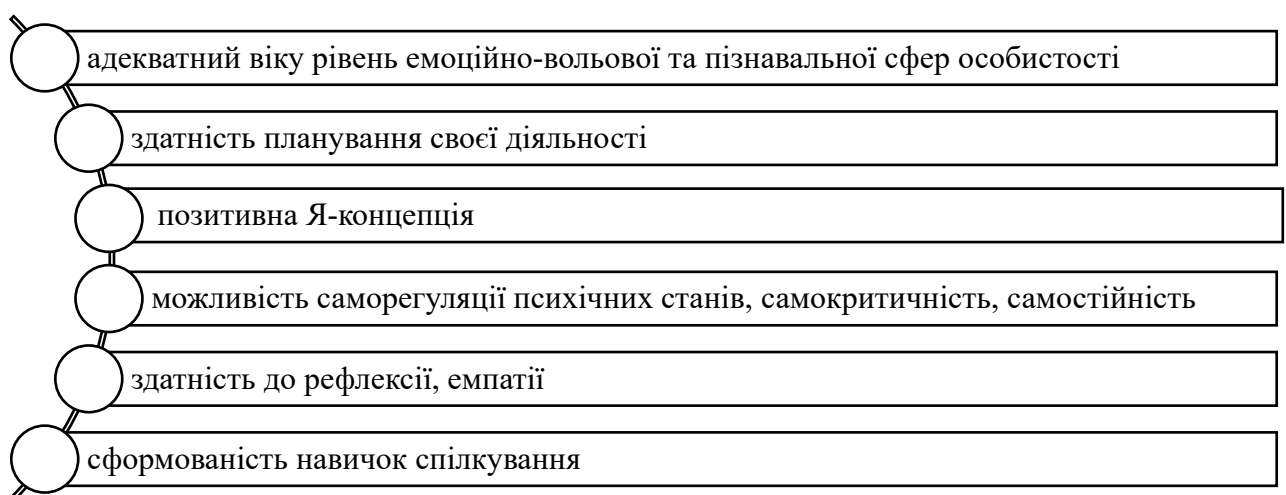
З аналізу психолого-педагогічної літератури виділено критерії психічного та психологічного здоров'я людини. До критеріїв психічного здоров'я віднесено (рис. 1.2) [48].



**Рис. 1.2 – Критерії психічного здоров'я особистості**

Оцінку психічного здоров'я автори рекомендують проводити за допомогою нейропсихологічної діагностики, діагностики індивідуально-типологічних особливостей. Результатом психічного здоров'я людини є здорова психіка. Так, Ткачишина О.Р. для оцінки психологічного здоров'я людини пропонує такі параметри (рис. 1.3) [49].

Психологічне здоров'я є комплексним поняттям, що характеризується багатозначністю і неоднорідністю, включає різні компоненти, що впливають один на одного і на загальну картину розвитку людини.



**Рис.1.3 – Параметри психологічного здоров'я людини**

Узагальнюючи наявні в сучасній науковій літературі визначення та підходи, сформульовано загальні контури теорії психологічного здоров'я [5]:



- поняття «психологічне здоров'я» фіксує суто людський вимір, по суті, будучи науковим еквівалентом здоров'я духовного;
- проблема психологічного здоров'я – це питання про норму та патології в духовному розвитку людини;
- основу психологічного здоров'я становить нормальний розвиток людської суб'єктивності;
- визначальними критеріями психологічного здоров'я є спрямованість розвитку та характер актуалізації людського в людині.

З точки зору системного підходу, психологічне здоров'я включає аксіологічний, інструментальний та потребово-мотиваційний компоненти. Аксіологічний компонент визначає цінності «Я» людини та цінності «Я» інших людей. У даному випадку йдеться про позитивне ставлення до себе та інших людей, за можливості прийняття своїх і чужих недоліків і переваг. Інструментальний – передбачає здатність до особистісної рефлексії, усвідомлення своїх почуттів, концентрації на своєму внутрішньому світі та своєму місці в міжособистісних відносинах. Потребово-мотиваційний компонент пов'язаний із потребою в саморозвитку, з формуванням уміння знаходити у важких ситуаціях внутрішні сили, приймати відповідальність і робити вибір [55].

Розглядаючи оптимальні умови розвитку психологічного здоров'я, підкреслюють необхідність балансу між дозованою фрустрацією, деякою напругою, що спонукає до дії та станом розслаблення. Важкі ситуації сприяють накопиченню досвіду активності, протистояння та особистісному розвитку, але тільки в тих випадках, коли ступінь складності збігається з можливостями особи і не веде до перенапруги та стресу. Під розслабленням автор розуміє не просто зміну умов діяльності, а повне її припинення або заміну на іншу [52].

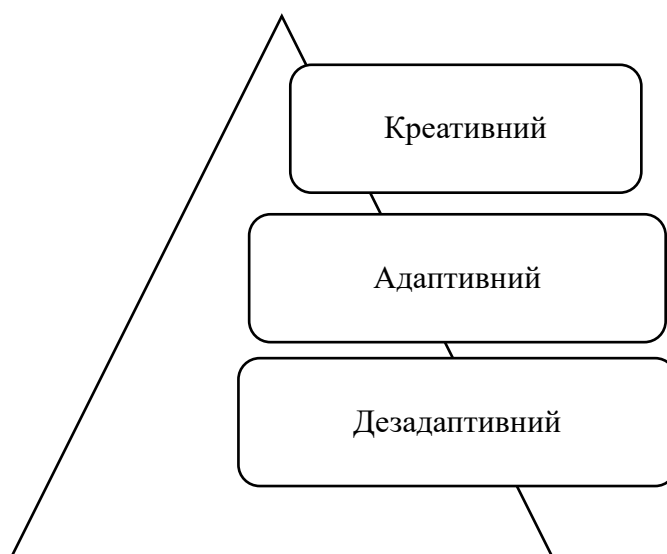
Основними складовими психологічного здоров'я людини виступають [12]:

1. Сприяння формуванню психічної активності людини, яка необхідна йому для здійснення саморегуляції.
2. Наявність власного досвіду подолання проблем та перешкод.

3. Всемірна підтримка розвитку в собі навичок рефлексії, коли у людини формується розуміння себе, свої х особливостей, свої х можливостей, причин та наслідків причин своєї поведінки.

3. Наявність ціннісних орієнтацій розвитку людини, коли вона отримує можливість реалізувати свої ідеали, життєві устремління і відповідно, будувати своє світорозуміння.

Пропонують виділяти три рівні психологічного здоров'я (рис. 1.4) [34].



**Рис. 1.4 – Рівні психологічного здоров'я особистості**

Креативний (вищий) рівень психологічного здоров'я характерний для людей з високим рівнем адаптованості, прийняття себе та інших, наявністю резерву сил для подолання стресових ситуацій та активним творчим ставленням до дійсності, наявністю творчої позиції. Такі люди відрізняються активною життєвою позицією, стійким емоційним фоном, успішно орієнтуються в цьому світі і не потребують психологічної допомоги.

Адаптивний (середній) рівень психологічного здоров'я властивий людям із середніми показниками адаптованості, але які мають дещо підвищену тривожність. Вони можуть бути віднесені до групи ризику, оскільки відрізняються обмеженим запасом міцності психологічного здоров'я, в деяких випадках їм показано психопрофілактичну допомогу розвиваючої спрямованості.

Нижчий рівень (дезадаптивний) виявляється у індивідів, які використовують для вирішення внутрішнього конфлікту або асимілятивні, або акомодативні засоби. Асимілятивний стиль поведінки характеризується нерозумінням своїх потреб, здібностей, прагненням до пристосування. При акомодативній поведінці особа, навпаки, активно використовує наступальну позицію, прагне підкорити оточення своїм потребам, демонструє негнучкість поведінки, некритичність, використання інших як засобу досягнення своїх цілей, турбота тільки про себе та ін.

Ригідність або готовність повністю відповідати бажанням оточуючих роблять поведінку неконструктивною і часто призводять до необхідності психологічної допомоги [19].

Показники психологічного здоров'я поділяють на дві групи: структурні та функціональні. Структурні показники, включають дві підгрупи: показники, що характеризують стан розвитку компонентів особистості та інтегральні показники (благополуччя і гармонійність особистості). Функціональні показники - це адаптованість, врівноваженість, стійкість, узгодженість. Звідси виділяють два рівні психологічного здоров'я: оптимальний та низький. Оптимальний рівень психологічного здоров'я, загалом, відповідає креативному та адаптивному рівням і характеризується прийняттям себе та інших. При оптимальному рівні домінуючий стан відрізняється активним ставленням до життєвої ситуації, бадьорим емоційним станом, розкутістю та стійкістю. Цей стан може бути забезпечено високою активністю та низькою напругою (врівноважений тип), або високими показниками успішності, активності та товариської, але при цьому підвищеним рівнем напруженості (неврівноважений тип) [50].

Низький рівень психологічного здоров'я характеризується зниженими можливостями до адаптації та прийняття себе та інших. Такі особи сенситивні, малоактивні, мають низький рівень емоційного комфорту, підвищену міжособистісну тривожність, у важких ситуаціях використовують відомість чи пошук соціальної підтримки. У них часто виявляється низький соціометричний статус та знижена успішність [36].

Наведені дані, зрозуміло, не вичерпують всього різноманіття проведених досліджень. Необхідна розробка, апробація та впровадження комплексних програм профілактики порушень психічного та психологічного здоров'я, спрямованих на різні групи осіб, а також системні дослідження окремих груп (осіб з порушеннями опорно-рухового апарату, аналізаторних систем, осіб з психосоматичними розладами тощо).

Для розвитку та збереження психічного і, особливо, психологічного здоров'я першорядне значення має мікросоціальний рівень (сімейне оточення, адекватний стиль виховання та взаємодії в соціумі). Не менш значущою є взаємодія на виробництві, в установі, де працює людина.

Таким чином, феномен психічного здоров'я сьогодні вчені трактують як багатокомпонентний конструкт, який являє собою складний взаємозв'язок культурних, соціальних, психологічних, фізичних та економічних факторів, духовного розвитку, залежності від генетичного впливу та навколишнього середовища. Його основними критеріями є: адекватність (відповідність суб'єктивних образів об'єктам дійсності, що відображаються, відповідність реакцій зовнішнім стимулам), продуктивність (здатність планування цілей і активність у їх досягненні), критичність, адекватний віку рівень зрілості емоційно - вольової та пізнавальних сфер, а також самоприйняття, здатність до партнерських відносин та соціальних зв'язків, автономія, індивідуалізація, життєстійкість, зрілість та самоактуалізація, здатність до рефлексії та переважання позитивних емоцій.

## **1.2. Сучасні ризики та чинники, що впливають на порушення психічного здоров'я особистості**

Будь-які зміни у житті супроводжуються таким станом, як зрив динамічного стереотипу. Природні вікові зміни, стан стресованості внаслідок зміни сімейного чи соціального статусу, необхідності зміни місця проживання чи професії, різноманітні трудові та побутові конфлікти, економічні та соціальні

потрясіння, і навіть розвиток важких захворювань чи травм, зазвичай, є причиною виникнення як фізичних обмежень, так і психологічних порушень.

В свою чергу, має місце зв'язок здоров'я, функціонального стану організму людини та стосунків особистості. Існує безліч факторів, як зовнішніх (вплив середовища), так і внутрішніх, які обумовлені властивими людині особливостями, що впливають на здоров'я. Впорядковане уявлення про сукупність таких факторів дозволяє підібрати відповідні психологічні методики для їх ідентифікації [14].

На основі аналізу літературних джерел можемо сформуванати три групи факторів, співвідношення яких зі здоров'я чи хворобою найсильніше виражені [16]. Це первинні або попередні фактори, передавальні або транслюючі та фактори мотиватори, тобто фактори загального реагування.

В науковій літературі виокремлюють наступні первинні або попередні фактори, які мають вплив на здоров'я, зокрема, на його психічну складову:

а) особистісні властивості або типові шаблони поведінки. Це, наприклад, фактори поведінки типу А (амбіційність, агресивність, нетерплячість, роздратування, гнів, ворожість) і типу В - протилежний стиль поведінки. Фактор поведінки типу А найбільш досліджений шаблон поведінки людини, що впливає, як показали на початку 1970-х років ХХ століття кардіологи М.М. Фрідман та Р. Розенман, на виникнення серцево-судинних захворювань, зокрема ішемічної хвороби серця. При цьому, слід зазначити, що фактор поведінки типу А ніколи не розглядався клінічними психологами як єдина пряма причина захворювань серцево-судинної системи. Швидше за все, наявність характеристик, властивих цьому фактору, робить людину більш уразливою до впливів певного кола стресорів, пов'язаних, зокрема, з втратою контролю над ситуацією, особистісною самооцінкою, неможливістю досягнення амбітних цілей тощо;

б) особистісні конструкти, пов'язані з індивідуальними особливостями реагування на ситуацію - оптимістичний чи песимістичний погляд на речі, рівень усвідомлення власного призначення, сила власного «Я». Такі особистісні конструкти, відповідно до їхньої ролі у формуванні здоров'я або хвороби

відносять до змінних, що посилюють або підтримують його. На підставі сформованого ставлення до ситуації особистість вибирає певну копінг-стратегію;

в) проблеми емоційного реагування. В основному, в літературі розглядаються два проблемні, (схильні до хвороби) аспекти вираження емоцій. Перший, відомий як «алекситимія», пов'язаний із утрудненням людини у вербалізації (виразі у словесній формі) власних емоцій та емоцій інших людей. Подібні труднощі пов'язані з безліччю психосоматичних розладів, наприклад, із захворюваннями дихальної системи, у тому числі бронхіальною астмою. Другий аспект пов'язується з так званим «репресивним» стилем поведінки (тип «С»), що характеризується уникненням складних ситуацій, що ведуть до конфлікту. Його проблема полягає у неможливості виражати емоції, особливо негативні, у відкритій формі.

2. Когнітивні фактори та особливості людини. Базовими поняттями в цій групі факторів є «здоров'я», «здоровий спосіб життя», «якість життя», «здорова поведінка». Когнітивних факторів, що відносяться до попередніх хвороб багато, наведемо лише деякі з них:

- особистісна та професійна самооцінка, їх співвідношення;
- уявлення про здоров'я та хворобу взагалі та про себе в цих станах;
- суб'єктивна оцінка оптимальної, бажаної та реальної тривалості життя;
- сприйняття власної вразливості та ризику розвитку тих чи інших варіантів тілесного та особистісного здоров'я стосовно себе;
- індивідуальне співвідношення потреб та рівня досягнень у найбільш значущих сферах – особистісне зростання, секс, професійна діяльність, сім'я, дружба тощо;
- самоконтроль та контроль за поточною ситуацією, що спостерігається.

### 3. Фактори соціального середовища:

- а) проблеми професійної адаптації, професійного середовища, професійної безпеки;
- б) проблеми шлюбу та сім'ї;

в) вплив на людину соціально-економічного та політичного контексту.

4. Демографічні фактори: стать, вік (з урахуванням психологічного віку), приналежність до етнічної групи та соціального класу.

Тому сприятливі фактори по-різному впливають на особистість і ймовірність здоров'я чи хвороби. Наприклад, людина (яка, за уявленнями, постає як біологічний індивід, особистість, суб'єкт діяльності та індивідуальність) може захворіти, в тому числі й на соматичному рівні, внаслідок своєї мотивованої нездорової поведінки; особистісні чинники можуть безпосередньо формувати захворювання через особливості фізіологічних механізмів; біологічні фактори захворювання можуть бути пов'язані з особистістю. Між хворобою та особистістю можуть бути задіяні різноманітні впливи навколишнього середовища (фонові) [23].

Передавальні (трансляючі) факторами є специфічною поведінкою людини, що виникає у відповідь на різні стресори [22]. До цієї групи входять:

1. Стереотипи поведінки, що сприяють збереженню здоров'я:
  - фізична культура і спорт;
  - дотримання режимів безпеки на виробництві;
  - особиста гігієна, увага до власного здоров'я;
  - подолання проблем різного рівня (переживання та регулювання проблем і стресорів, саморегуляція тощо);
  - види поведінки, що сприяють збереженню здоров'я (вибір роботи, умов життя, середовища, фізичної активності);
  - дотримання правил здорового способу життя.
2. Стереотипи поведінки, які не сприяють збереженню здоров'я:
  - саморуйнівна поведінка із суїцидальними нахилами;
  - численні варіанти адиктивної поведінки – алкоголізм, наркоманія та інші патологічні залежності;
  - жертвність як дезадаптивний варіант поведінки;
  - деструктивні форми професійної діяльності («трудоголізм» – як патологічна трудова залежність, гіподинамія).

Дослідження психологічних механізмів зміни поведінки дуже перспективні і набагато дешевші, ніж високотехнологічні дослідження, але ними найчастіше нехтують. Водночас, наприклад, відомо, що при цукровому діабеті 2 типу зміна способу життя ефективніша за медикаментозне лікування, а втрата маси тіла та фізична активність можуть запобігти цукровому діабету у груп ризику [24].

Мотиватори – фактори загального реагування [53]:

1. Стрес як загальна пристосувальна реакція організму і психіки. Зауважимо, що стрес діє як мотиватор, коли його «тиск» на організм має результативний рівень, і ми говоримо про наявність аустресу. Основна особливість аустресу як мотиватора полягає в тому, що він активує інші фактори, насамперед трансферні фактори, активізуючи копінг-механізми. При перевищенні продуктивного рівня (дистрес) відбувається виснаження адаптаційних можливостей (декомпенсація) і стрес перестає відігравати роль мотиватора здоров'я.

2. Перебування в хворобі (початок суб'єктивного відчуття хвороби, адаптація до гострих епізодів хвороби, «боротьба» з хворобою).

3. Адаптаційні можливості людини як цілісна характеристика ресурсів організму. До них, зокрема, відноситься особистісний адаптаційний потенціал, а точніше, адаптивні здібності особистості. Важливу роль у збереженні психологічного здоров'я відіграє індивідуальний ресурс професійного розвитку. Таким чином, мотиватори - це сукупність фонових реакцій організму людини при вирішенні питання про стан «здоров'я - хвороба».

Група первинних (попередніх) факторів становить основу, на якій розвивається конкретний стан людини. Сукупність передавальних (трансляючих) факторів опосередковує відносини в системі «людина – середовище», реалізуючи їх у стереотипах поведінки, що склалися і стали звичними. Дослідники відзначають, що група мотиваторів впливає на здоров'я і захворювання опосередковано - через специфічну поведінку (передавальні фактори) [46].



Підкреслимо, що вплив будь-яких зовнішніх факторів на людину відбувається опосередковано через її психіку. Індикаторами відхилень у здоров'ї є негативні психічні стани. Відомо, що самооцінка здоров'я використовується як фактор отримання даних про фізичне (соматичне) здоров'я людини. Його адекватність, як інструменту вимірювання, характеризується збігом із клінічними міркуваннями лікаря. Слід мати на увазі, що медичний висновок також має суб'єктивний характер, але він базується на спеціальних знаннях і досвіді. При цьому лікарі вважають за краще не діагностувати стан здоров'я, а фіксувати відсутність конкретних захворювань [39].

Дослідники у сфері медичної соціології та психології Олена Музика, Валентина Медведєва, Ірина Шевченко відзначають низький рівень збігів самооцінки здоров'я з лікарськими судженнями, причому самооцінка зрушена у бік більшого оптимізму. У самооцінці здоров'я знаходить своє вираження, більшою мірою, соціальна та професійна успішність людини, ніж власне стан її здоров'я. Але для оцінки рівня професійної адаптації більш об'єктивованою є експертна оцінка [7].

Збереження здоров'я та відчуття благополуччя можливе лише за достатньої адаптованості до соціального, професійного та природного середовища. У свою чергу, негативні психічні стани є індикаторами порушення динамічної рівноваги (адаптації) в системі. Негативні психічні стани людини виступають як сполучна ланка між психологічними впливами (трудовим, професійним навантаженням) та патофізіологічними змінами в організмі. Інакше висловлюючись, порушення здоров'я, виникнення психосоматичних і соматичних патологій, захворювань, найчастіше є наслідком розвитку негативних психічних станів у праці (психічної втоми, напруженості, монотонії, дистресу) [56].

У розумінні фахівців у галузі психології негативні стани людини пов'язані з особливостями цільового та матеріально-інформаційного забезпечення професійної праці (у термінах «мета – засіб – результат»). Психологічний стан людини залежить від певних чинників (рис. 1.5) [14]. Тут виражено суб'єктивну

складову, пов'язану з відносинами особистості до умов діяльності, які є значущими психологічними факторами здоров'я людини.



**Рис. 1.5 – Чинники психологічного стану людини**

У науковій літературі виділено суб'єктивні (індивідуально-особистісні особливості) та об'єктивні (чинники довкілля) фактори ризику порушення психологічного здоров'я [57].

До суб'єктивних чинників зазвичай відносять внутрішньоособистісні конфлікти, що є наслідком порушень раннього розвитку у системі мати-дитя. Психологічне здоров'я матері, якість емоційного контакту з дитиною в перенатальному періоді є онтогенетичними передумовами психологічного здоров'я. Патологізуюча взаємодія з дитиною веде до формування боязкого чи ненадійного типу прихильності, труднощів міжособистісних відносин та постійного очікування загрози навколишнього світу [20].

До об'єктивних чинників порушення психологічного здоров'я відносяться макрорівневі фактори (соціально-економічні, культурні, суспільні), а також несприятливі сімейні взаємодії (фактори мікрорівня: структура сім'ї, сімейна атмосфера та методи виховання). Ці фактори мають особливо важливе значення для психологічного здоров'я [58].

Підкреслюють важливість якості відносин людини з особами старшого віку. Протягом тривалого періоду онтогенезу (до закінчення шкільного віку) для формування людських якостей і здібностей виключно важливим є подійна спільність, механізмом розвитку – зовнішня рефлексія та співпереживання,

умовами розвитку – діалогічне спілкування та співробітництво у діяльності (ігрової, навчальної, організаційної, практичної), засобом морального виховання – особистий приклад і добрий рада (совість) старших». Іншими словами, виховний такт та особистісна зрілість дорослого є інтерсуб'єктивною формою психологічного здоров'я людини [23, 58].

Проте, було б помилкою вважати, що порушення психологічного здоров'я обов'язково набувають вигляду душевного страждання чи гротескної поведінки, неодмінно виявляються у соціальній дезадаптованості чи асоціальних діях. Навпаки, люди можуть успішно пристосовуватися до різних ситуацій, справляти сприятливе враження та уникати приводів для внутрішнього дискомфорту. Психологічне здоров'я, у свою чергу, не виключає тривоги та розгубленості, сумнівів і помилок, конфліктів та криз» [22, 24].

Суб'єктивне благополуччя людини розглядається як найважливіший компонент психологічного здоров'я і визначається емоційним комфортом, адекватним самовідносинами, позитивним ставленням до інших та автономності [53].

У сучасної людини найбільші труднощі пов'язані з аксіологічним та інструментальним компонентами психологічного здоров'я (прийняття себе та інших та якість міжособистісних відносин) [39].

Проблеми пристосування до соціуму зазвичай поділяються на інтегральні та екстернальні. Таке розділення визначає широке коло станів поведінки й розвитку, включаючи проблеми поведінки, емоційної сфери і міжособистісних відносин. Інтегральні проблеми стосуються внутрішніх процесів і рис особистості, які впливають на адаптацію до соціуму та включають рівень самоприйняття, емоційну регуляцію, розуміння та прийняття соціальних норм і правил, соціальні установки, розвиненість комунікативних навичок. Екстернальні проблеми адаптації – це реакції, спрямовані зовні: порушення поведінки агресивного та делінквентного (протиправного) характеру, соціальні обмеження або стигматизація, економічні та матеріальні фактори, культурні бар'єри, суспільні норми та очікування. Проблеми з поведінкою часто

виявляються більш стійкими, і продовжуються триваліше, ніж емоційні проблеми. Серед порушень психологічного здоров'я також виділено віково-специфічні показники (підвищена агресивність і тривожність) та загальні (зниження активності, настрої, самопочуття та самооцінки) [57].

Слід зазначити, що прояви порушень психологічного здоров'я не завжди мають чітко окреслену симптоматику, знаходяться у сфері донозологічної діагностики, не виявляються психіатрами та неврологами, і тому часто не враховуються на практиці. Фахівці-психологи найчастіше зосереджені на дослідженні та корекції порушень у окремих осіб, проте необхідні психопрофілактичні заходи [16, 46].

За сприятливого впливу психологічних факторів домінуючий стан людини несприятливий до будь яких факторів зовнішнього впливу – резистентний, а домінуючий настрої – гармонійний, оптимістичний. При несприятливому впливу факторів домінуючий стан - дезадаптивний (стрес, втома, напруга) або взагалі депресивний (апатія, зневіра), а домінуючий настрої – тривожний, знижений, песимістичний.

Сьогодні одними з найбільш психотравмуючих факторів є ведення військових дій на території України, економічна та ціннісна нестабільність. До факторів, що оказують несприятливий вплив також відносять: збільшений інформаційний потік (інформаційний стрес), сучасний темп життя, збіднення соціальних контактів. Найчастіше з цими проблемами стикаються особи, які проживають у несприятливих соціальних та економічних умовах, у більш агресивному, неадекватному середовищі [11].

### **1.3. Психотерапевтичні підходи та методи відновлення психічного здоров'я**

Психологія здоров'я як галузь психологічної науки має на меті вивчення явищ, що належать до здоров'я. До її прикладних завдань належать такі: виявлення, спостереження, реєстрація, аналіз, прогнозування та використання

психологічних факторів, що впливають на здоров'я людини в умовах навколишнього середовища [20].

При цьому використовуються методи та дослідницькі методики, прийняті у суміжних галузях психологічної науки – психології праці, психології особистості, соціальної психології. На відміну від медичної психології, що концентрує увагу, в основному на психічних процесах, функціональних станах і властивостях людини, яка має певні психологічні порушення, що розглядається через призму хвороби, для психології здоров'я подібною «призмою» є поняття «здоров'я». В психології існує традиційне уявлення про взаємозв'язок між властивостями особистості, функціональними станами та тими фізіологічними процесами, що протікають в організмі [7].

Викликані кардинальними причинами зміни соціального статусу, зниження рівня матеріального забезпечення, обмеження ступеня фізичної свободи, звуження можливостей особистісної реалізації спонукають особистість до переосмислення ключових життєвих позицій у створених несприятливих умовах і ініціюють необхідність глибоких особистісних змін.

Особливо гострою сьогодні є проблема реабілітації людини, яка страждає внаслідок дії воєнного стану на території України, що пов'язано з необхідністю відновлення як їх фізичного, так і соціально-психологічного стану.

У структурі психосоматичної патології вчені виділяють три категорії: конверсійні симптоми, функціональні синдроми та психосоматози, що можуть включати такі серйозні захворювання, як гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, виразка шлунка, бронхіальна астма, нейродерміти, тиреотоксикоз, ішемічна хвороба серця та ін. [3].

На сьогоднішній день розроблені та широко використовуються високоефективні методи реабілітації фізичного і психічного стану постраждалих. Удосконалення лікувально-відновлювальних методик динамічно зростає. Однак дані свідчать про високий рівень незадовільних результатів. Наголошується, що актуальною є розробка комплексних програм психологічного супроводу [4]. У плані розробки тактики реабілітаційних заходів

можна назвати проблеми, які мають виключно психологічний характер і комбіновані стани, у яких психологічні відхилення, зазвичай, супроводжують порушення фізичного стану. Визнаючи наявність психологічних відхилень, що виникають у пацієнтів із захворюваннями різної етіології та травмами, система реабілітаційних заходів, не може бути обмеженою лише методами фізичної реабілітації [8].

При проведенні відновного лікування необхідно дбати і про корекцію психічного стану пацієнта, що, безумовно, має збільшити загальні результати лікування. Під час обговорення питання тактики відновного лікування точніше було б визначити його терміном «психофізична реабілітація». У розробці тактики лікування будь-яких захворювань слід враховувати, що процес лікування залежить не тільки від рівня надання спеціалізованої допомоги. Важливу роль у досягненні максимально можливого позитивного результату лікування відіграє особистісна характеристика постраждалого, рівень його мотивованості, націленої на досягнення незалежності та якомога ширшого ступеня внутрішньої та зовнішньої свободи [13].

Мотивація до досягнення таких цілей залежить від світогляду, рівня освіченості, досвіду попереднього життя пацієнта. Залежно від багатьох вихідних даних, фізичного та психічного стану, для постраждалого може виявитися привабливим стан «вивченої безпорадності», який дозволяє якби сховатися від необхідності приймати якісь рішення та здійснювати активні дії, спрямовані на одужання. Зручним та приємним може виявитися можливість повернути до себе та свого стану підвищену увагу оточуючих близьких людей та скористатися виправданим ухиленням від життєвих обов'язків [9].

Не менш проблемним питанням є установки постраждалого на безглуздість та безперспективність зусиль, спрямованих на відновне лікування. Вкрай негативна переконаність щодо доцільності та ефективності лікувальних заходів практично виключає залучення особистості самого пацієнта до досягнення його власного здоров'я [10].

Розглядаючи питання участі психологічного компонента у підтримці здоров'я людини, у розвитку низки серйозних захворювань та його участі у зазначають, що безумовні рефлекси не здатні замкнути сенсорний вхід та руховий вихід до єдиного інформаційного комплексу. У цьому випадку психічний процес є системоутворюючим фактором нейронної активності, який здійснює вже не фізичний, але інформаційний зв'язок сенсорного входу та рухового виходу [21].

Відповідно до сучасних уявлень, нейронна мережа є генетично сформованими нейронними каналами для безперешкодного проходження біоелектричних сигналів від сенсорних структур до адекватних подразнику руховим групам. Нейронні мережі, які забезпечують реалізацію безумовно рефлекторної відповіді, ідеально пристосовані виконувати інформаційні функції при незмінності середовища [15].

Відтак, можна припустити, що корекція психологічного фону може істотно вплинути на перебіг та результат патологічного процесу шляхом створення та закріплення нових нейронних мереж.

Розглянемо класичні методи психотерапії, які часто застосовуються для роботи з емоційним станом, стресом, тривогою та психосоматичними розладами, які можуть бути актуальними для офісних працівників.

Так, психодинамічна терапія, заснована на концепціях психоаналізу, спрямована на дослідження глибинних психологічних процесів, що виникають у несвідомій сфері. Основні методи включають інтерпретацію сновидінь, роботу з проєкціями та асоціаціями, аналіз дитячих спогадів та минулого досвіду, що можуть бути джерелом тривоги, конфліктів та внутрішнього напруження

В структурі психодинамічної терапії виділяють:

- метод вільних асоціацій. Учасник такої терапії висловлює все, що приходить йому на думку, без будь-якої цензури. Це дозволяє терапевту виявити приховані конфлікти та підсвідомі установки, які можуть викликати напруження;

- аналіз сновидінь. Використовується для вивчення підсвідомих бажань, які можуть проявлятися в сновидіннях. Цей метод допомагає виявити приховані страхи та конфлікти;

- трансфер та контртрансфер передбачає, що відносини між терапевтом і пацієнтом використовуються для вивчення моделей відносин особи з іншими людьми. Цей метод дозволяє ідентифікувати внутрішні конфлікти та реакції, які можуть спричиняти дискомфорт у міжособистісних стосунках.

Когнітивно-поведінкова терапія базується на припущенні, що психологічні проблеми є наслідком дисфункціональних когніцій і моделей поведінки. Фокусується на виявленні та зміні негативних думок, що призводять до деструктивної поведінки та емоційних розладів. Так, когнітивна реструктуризація передбачає роботу над зміною негативних або ірраціональних переконань шляхом їх обговорення та рефлексії. Це допомагає учасникам краще усвідомлювати свої думки та їх вплив на емоційний стан. Натомість, експозиційна терапія включає поступове зіткнення з об'єктом страху в контрольованих умовах, що дозволяє знизити рівень тривоги. Різноманітні релаксаційні методики передбачають навчання учасників технікам глибокого дихання, м'язової релаксації, що дозволяє знижувати фізіологічні прояви стресу.

Гуманістична психотерапія фокусується на розвитку особистісного потенціалу та самовідновлення через прийняття своїх емоцій і досвіду. Вона дозволяє учасникам поглибити розуміння власних емоцій і почуттів, навчитися приймати себе та свої недосконалості, сприяючи розвитку самоусвідомлення. Її розділ – клієнтоцентрована терапія, передбачає створення безпечного простору, де особа може виражати свої емоції, відчувати підтримку та прийняття. Терапевт використовує емпатію, безумовне прийняття, що допомагає знизити тривогу.

Майндфулнес і медитація. Техніки усвідомленості та медитації допомагають зосередитись на теперішньому моменті, зменшити стрес і підвищити рівень психічної стабільності. Методи: дихальні медитації, медитація на увагу до тіла (body scan), техніки спостереження думок і почуттів без оцінювання.



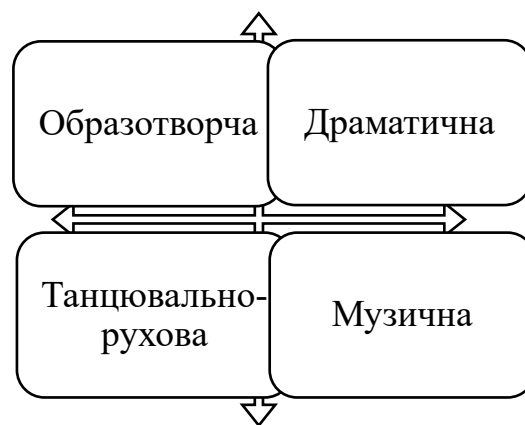
Гештальт-терапія. Цей підхід орієнтований на досягнення цілісного сприйняття себе та своєї взаємодії з оточенням. Методи: усвідомлення поточних почуттів та емоцій, відтворення незавершених ситуацій, рольові ігри для вирішення внутрішніх конфліктів.

Екзистенційна терапія орієнтована на розуміння життєвих питань і викликів, таких як страх перед смертю, відповідальність, свобода, що допомагає клієнтам знайти сенс життя та самовизначення.

Позитивна психотерапія фокусується на розвитку позитивних ресурсів людини, зокрема на зміцненні сили духу, стійкості, оптимізму та позитивних емоцій. Вона допомагає учасникам усвідомлювати свої сильні сторони та вчитися їх використовувати для подолання життєвих труднощів. Так, учасники терапії досліджують свої особисті ресурси, позитивні риси, якості та навчаються їх розвивати та застосовувати у житті. Робота з життєвими цінностями дозволяє їм краще усвідомлювати свої життєві цілі, пріоритети та будувати гармонійніші стосунки з оточенням. Техніки позитивного мислення допомагають формувати позитивне мислення, навчатися акцентувати увагу на позитивних емоціях.

Ефективність арт-терапії в комплексній психотерапії не викликає сумнівів, що підтверджує розгорнута мережа медичних установ у всьому світі, що широко використовують методи арт-терапії в лікувальній практиці [23]. У науковій літературі є відомості про застосування арт-терапії та в Україні [29].

Як збірне поняття арт-терапія включає чотири основні модальності (рис. 1.6.) [32].



**Рисунок 1.6 – Основні напрямки арт-терапії**

При вивченні ефективності арт-терапії у напрямі образотворчого мистецтва, виділили та сформулювали такі основні її функції, на яких заснований позитивний терапевтичний результат лікування пацієнтів із психоневрологічними захворюваннями, який включає такі ефекти, як ідентифікація особистості пацієнта та підвищення його самооцінки; дистанціювання від хвороби; можливість відкритого самовираження навіть тих станів, які важко усвідомити та вербалізувати; розвиток сенсомоторних та комунікативних навичок; вдосконалення асоціативного мислення, тренування уваги та пам'яті; відчуття хворими меж свого особистого простору, контроль цих кордонів; усвідомлення та відчуття цілісності частин свого «Я»; зняття тривоги, емоційного напруження [65].

Ефективність драматичного напрямку арт-терапії може бути обґрунтована тим, що в структурах мозку зафіксовано аналогічні зміни у відповідь на реальні та уявні подразники. При застосуванні драматичного спрямування арт-терапії виявлено такі позитивні ефекти, як корекція ідентифікації, реалізація креативного потенціалу, покращення емоційного контролю. У клієнтів з психічними захворюваннями цей метод застосовується з метою когнітивного тренування, потенціювання невербальних взаємодій та зняття обмежень із мотиваційних ресурсів [42].

Встановлено ефективність лікування із застосуванням музикотерапії при психічних захворюваннях, захворюваннях нервової системи, при гіпертонічній хворобі [44]. Позитивний ефект музикотерапії знаходить пояснення у висунутій гіпотезі про вібраційну основу організації людини [38]. Тілесно-ментальні та психосоматичні ефекти, що виникають в організмі під впливом музики, ініціюють процеси, що обумовлені прямими акустичними резонансними відгуками з боку клітин, органів та систем та які автори розглядають як динамічний фактор регуляції механізмів саногенезу [41]. В результаті проведених досліджень арт-терапевти дійшли висновку про те, що музика,

написана відповідно до законів гармонії, підтримує в організмі антистресові реакції [47].

Згідно з опублікованими даними встановлено, що під час проведення музикотерапії покращення показників функції серцево-судинної системи відбувається на тлі зниження біохімічних показників стресованості (норадреналіну, кортизолу, лептину). При цьому у пацієнтів, які страждають на гіпертонічну хворобу, відзначається зниження тривожності, поліпшення якості сну, нормалізація показників серцевої діяльності та зниження артеріального тиску [45].

Лікувальна функція арт-терапії, таким чином полягає у задоволенні потреб у саморозумінні та позитивному прийнятті себе; творчому та осмисленому проведенні часу; самовираженні та самовдосконаленні, вираженні соціально неприйнятних почуттів та думок [63].

Зупинимось більш детально на танцювально-руховій терапії, яка є методом психотерапії, в якому тіло є певним інструментом, а рухи процесом, який допомагає людині розпізнати, пережити і висловити свої почуття, емоції та внутрішні конфлікти. Тілесні рухи розглядаються як відображення внутрішнього психічного життя і взаємовідносин людини з навколишнім світом. За допомогою руху тіла в танці вибудовується комунікація із самим собою і зовнішнім середовищем. Танцювальні рухи втягують в дію всю особистість цілком: тіло, інтелект і душу [59].

Відтак, танцювально-рухова терапія – це метод психотерапії, який використовує танець як лікувальний засіб, це перехід між єдністю свідомості та несвідомого. Танець – одна з можливостей покращити стан здоров'я. Головна мета танцювально-рухової терапії – набуття відчуження та свідомості свого власного «Я» [54].

Основні засади танцювально-рухової терапії такі [60]:

1. Тіло і психіка пов'язані нероздільно і постійно впливають один на одного.

2. Танець – це комунікація, що здійснюється на трьох рівнях: з самим собою, з іншими людьми та зі світом.

3. Холістичний принцип, тобто принцип цілісності, де триада «думки-почуття-поведінка» розглядається як одне ціле.

4. Тіло сприймається саме як процес, а не предмет, об'єкт чи суб'єкт. Слово «процес» підкреслює, що ми маємо справу не з даністю, статикою, а з чимось, що змінюється.

5. Звернення до творчих ресурсів людини як до невичерпного джерела життєвої сили та творчої енергії.

У танцювально-руховій терапії існує велика кількість програм і для дітей, і для дорослих. Дитячі програми спрямовані працювати з дітьми різного віку, включаючи дітей із гіперактивністю, синдромом дефіциту уваги, затримкою розвитку. Програми для дорослих складаються з різних тренінгів особистісного зростання, спрямованих на самопізнання та розвиток; психотерапевтичні програми для людей, які перебувають у важкій життєвій ситуації (розлучення, втрата близької людини, ситуація насильства тощо) або кризі (коли стоїть питання вибору подальшого шляху в житті, самовизначення), які втратили контакт із собою, страждають на панічні атаки, тривожність, емоційну нестабільність [63].

Крім того, існує думка, що танцювальна терапія у поєднанні із соматичною зможе стати ефективним засобом для роботи з травматичними переживаннями. Щоб вилікуватися від наслідків травми, потрібно провести роботу на різних рівнях: переживання та вираження емоцій, пов'язаних з травмою, нервово-м'язова розрядка травматичної енергії та набуття нового сенсу події. У сфері психологічної травми ефективна терапія посттравматичних стресових розладів повинна охоплювати роботу з фізичними відчуттями та рухами [61].

У танцювальній терапії, як і в інших напрямках психотерапії, особлива увага приділяється емоційним переживанням та почуттям людини. Остання ґрунтується на переконанні, що є взаємини між рухом та емоцією [64]. У тілі є м'язова пам'ять, яка найтіснішим чином пов'язана з почуттями, які ми колись

відчували в конкретних ситуаціях. Коли ми рухаємося, фізичні рухи природним шляхом породжують спогади про ситуації, сни, образи і про емоції, пов'язані з ними. Рух сам собою змінює відчуття. Ці модифікуючі відчуття найчастіше посилюються у танці. Вони забезпечують ту основу, на якій з'являються та виражаються почуття. Те, що було на превербальному та неусвідомлюваному рівні, нерідко формується у безпосереднє почуття та особисте сприйняття [6].

Танець пропонує вийти за межі буденного, відчутти себе впевненіше, висловити свої емоції невербально. З його допомогою людина самостверджується та дає фізичну розрядку таємним бажанням. Приховані психологічні проблеми, невирішені гешталти «консервуються» у нашому тілі у вигляді м'язових затискачів. Танець, де превалює спонтанність, тобто де людина рухається в ритм вільно і природно, допомагає виявити та позбутися затискачів, за допомогою спеціально підібраних рухів. Танцювально-рухова терапія допомагає людям самовиразитися та звільнитися від багатьох психологічних проблем. Щоб підняти собі настрій і відчутти себе щасливим і радісним, треба просто вловити ритм музики і почати танцювати. Танцювати для себе і від душі, відчуваючи радість від руху та магії танцю [6].

В основу танцювально – рухової терапії покладено вільну форму рухів під музику. В даному випадку для того, щоб спонтанно висловити несвідомі рухи та почуття, непотрібна спеціальна підготовка. І тому, було би помилкою дивитись на танцювальну терапію як на механічний, м'язовий тренінг. Танцювальна терапія увібрала в себе безліч різних підходів – від психоаналітичних теорій та до гештальт-терапії, поведінкової та тілесно-орієнтованої терапії [65].

Танцювальні рухи безпосередньо впливають на емоційний стан людини. Наприклад, вільними рухами рук знімається затиснення плечового поясу, що допомагає позбутися гніву; через рухи кистей рук скидаються накопичені затискачі і т. д. у парі та у групі. Поступово формується взаємовідносини між тілесною дією та внутрішнім експансивним станом особистості. Емоції можуть бути народжені різними способами. Один із них – це робота з руховими патернами, які асоціюються з конкретними емоціями. Наприклад, працюючи з

гнівом, танцювально-руховий терапевт зможе запропонувати стиснути руки в кулаки та потрясти ними перед іншою людиною [54].

У процесі пластичних імпрровізацій під музику не тільки розвивається фантазія, творча уява, їх здатність передавати в рухах різні емоційні стани та образи, а й знімається психічне напруження. Допомагаючи людині виявляти у рухах під музику свободу їхнього тіла, терапевт цим надає можливість відчутти і духовну свободу, свободу дій і самовираження. Це універсальна технологія для різного віку, від дітей та підлітків до їхніх батьків та педагогів [61].

Важливе значення для терапевтичного ефекту має вибір музики. Так, наприклад, найбільший ефект для зняття психоемоційного напруження дає поєднання музики П.І. Чайковського та С.І. Рахманінова, а музика В. Моцарта, Й. Гайдна надають позитивний вплив на емоційний стан людини. Також уважно потрібно підходити до вибору музики для релаксації [8].

Таким чином, людина, що входить у світ музики і танцю, а потім виходить з нього, стає за своїм психологічним станом якісно іншою, заспокоєною і оновленою, подібно до того, як вона стає іншою після прогулянки лісом і зіткнення з природою, купання в морі або спілкування з близьким другом. Колективний характер музично-психотерапевтичних занять підключає до оздоровчого процесу та взаємні цілющі впливи з боку інших – їх підтримку, співчуття та співпереживання [13].

Останнім часом відбувається перенесення акценту на використання танцювальної терапії як засобу встановлення, підтримки та корекції міжособистісних відносин, самовираження і пізнання себе та інших.

Відтак, основними завданнями танцювально-рухової терапії слід вважати [10]:

- 1) самовираження та самоактуалізація особистості;
- 2) стимулювання творчого потенціалу особистості;
- 3) становлення більш індивідуалізованого самосприйняття та самовідношення;
- 4) катарсичне вивільнення пригнічених емоцій;

- 5) прийняття тіла та створення більш позитивного образу;
- 6) усвідомлення та розвиток членами групи системи відносин за допомогою створення експресивного репертуару, його гармонізації та індивідуалізації;
- 7) корекція системи відносин особистості;
- 8) корекції відносин у групі.

Для вирішення психологічних проблем особистості танцювальною психотерапією використовується переважно спонтанний, вільний несконструйований танець для самовираження та вираження стосунків, круговий танець, що виконує функції зниження тривожності, виникнення почуття спільності [29].

Танцювально-рухова терапія має на меті допомогу людям, не здатним адаптуватися до травмуючих життєвих подій, за допомогою створення та вирішення контрольованих криз у безпечному середовищі (певні періоди криз розвитку багаторазово програються та долаються до інтеграції). На думку авторів, що досліджують танцювально-рухову терапію, одна з її особливостей та сильних сторін – вплив на встановлення та відновлення комунікації. Так, ця терапія допоможе розвитку базисного рівня комунікації, адже вона безпосередньо використовує ритм та кінестетичні патерни [60].

Група, яка працює за програмою танцювально-рухової терапії – це мікрокосмос різних соціальних ситуацій, завдяки чому учасники навчаються більш адекватно сприймати себе та інших і розширювати спектр поведінкових можливостей. [61]. Проте, дія танцювальної терапії не обмежується корекцією комунікативних можливостей людини.

В процесі терапії також відбувається підвищення ступеня самоприйняття, зокрема, зростання рівня самовпевненості та почуття самоцінності, збільшення спонтанності вираження емоційних переживань за допомогою рухів, а також зниження внутрішньої конфліктності. Це припущення було підтверджено експериментально. У тих, хто займався у групі зафіксоване покращення

самооцінки. Випробувані стали вище оцінювати рівень свого здоров'я, володіння своїм тілом, відзначити зникнення внутрішньої напруженості [41].

Танцювальна психотерапія впливає на м'язовий панцир, ліквідує м'язові затискачі, експресивний рух в танці дозволяє висловити загальні, універсальні теми і поняття: добро, зло, любов, щастя. У зв'язку з цим важливо, що при застосування танцювально-рухової терапії розкривається експресивне «Я». Цей розвиток досягається завдяки усвідомленню патернів танцювально-експресивного репертуару, пов'язаного з відносинами та взаємовідносинами в групі, за рахунок підвищення спонтанності вираження та самовираження [37].

При цьому важливо, що оскільки танець сприяє взаємодії півкуль головного мозку, поєднуючи інтуїтивне і раціональне, вивільняючи при цьому емоції, людина набуває контролю над своєю емоційною сферою. Танцювальна терапія, таким чином, спрямована на розвиток внутрішнього «Я», його динамічних, експресивних компонентів, самоподання себе у певному соціально-психологічному контексті [5].

Однак танець як перформанс та танець як психокорекційний метод суттєво відрізняються один від одного. У танці-виставі почуття створюються навмисно за допомогою серій високоструктурованих форм рухів, зафіксованих у хореографії. У танці-терапії почуття вивільняються спонтанно у вільному русі та імпровізації, причому конкретна стилізація відіграє другорядну роль. Тому в танцювальній терапії немає стандартних форм: для вираження індивідуальних особливостей особистості можуть використовуватися різні види та жанри танцю – давній, народний, сучасний [3].

Таким чином, включення танцю до комплексної лікувальної системи різних патологічних станів базується на поєднанні кількох позитивних впливів [1, 38]:

- активації роботи мозку шляхом тренування пластичності нейронних мереж під впливом ритмічних та тембрових характеристик музики у поєднанні з руховою активністю;
- реалізацією психокоригувальних ефектів колективної творчості.



Розглянуті вище методи класичної психотерапії також можуть бути адаптовані та частково інтегровані у програму танцювально-рухової терапії. Наприклад, елементи когнітивно-поведінкової терапії можуть допомогти учасникам усвідомити негативні думки та емоційні реакції, які проявляються в рухах. Натомість, гуманістичний підхід створює прийнятну та безпечну атмосферу, де учасники можуть вільно висловлювати емоції через танець. В свою чергу, психодинамічні методи можуть використовуватися для дослідження глибинних емоцій, що проявляються в танцювальних імпровізаціях.

Таким чином, класичні методи психотерапії є важливою основою для розробки програми танцювально-рухової терапії, забезпечуючи ефективну корекцію психологічного стану офісних працівників. Представлені в науковій літературі результати досліджень, присвячені вивченню механізмів лікувального впливу танцювально-рухової терапії, дозволяють зробити висновок про функціональну неоднозначність діяльності сенсорних систем, які виконують не лише роль сполучної ланки з навколишнім середовищем, а також є активними провідниками у системі формування нових нейронних зв'язків. З позицій опублікованих у науковій літературі даних можна дійти висновку про те, що застосування методів арт-терапії і, зокрема, танцювально-рухової терапії у відновленні психічного здоров'я особистості, заслуговує на пильну увагу практикуючих фахівців за системне запровадження її методів.

## **ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

За результатами проведеного аналізу наукової літератури, відкритих даних з інтернет-ресурсів приходимо до висновку про те, що психічне здоров'я особистості - це не просто відсутність психічних розладів, а динамічний стан внутрішньої рівноваги та благополуччя, який дозволяє людині адаптуватися до життєвих викликів, реалізувати свої потенційні можливості, справлятися з поточними нестандартними ситуаціями, розвивати самосвідомість та навички сприйняття свого «Я», будувати стосунки, зберігати цілісність особистості та

продуктивно взаємодіяти з навколишнім середовищем, в тому числі в сім'ї та колективі. Це здатність людини не лише витримувати стрес, а й знаходити в ньому можливості для власного зростання та самореалізації.

Основними складовими психічного здоров'я є:

1. Емоційне благополуччя: здатність контролювати і регулювати свої емоції, відчуття задоволеності життям, оптимізм, здатність справлятися з негативними емоціями, такими як тривога, страх, розчарування, гнів.
2. Когнітивне здоров'я: адекватне мислення, ясність і гнучкість розуму, здатність вирішувати проблеми, приймати рішення і вчитися на життєвому досвіді.
3. Соціальне здоров'я: здатність взаємодіяти з іншими людьми, підтримувати стосунки, налагоджувати контакти, вміння бути частиною спільноти, співпрацювати і підтримувати соціальні зв'язки, емпатія, розуміння та підтримка інших.
4. Психологічна стійкість: здатність адаптуватися до змін, справлятися зі стресом і травматичними ситуаціями, ментальна гнучкість і здатність відновлюватися після складних періодів.
5. Самооцінка та самоприйняття: адекватне ставлення до себе, прийняття своїх сильних і слабких сторін, відчуття впевненості у своїх можливостях.
6. Духовне здоров'я: відчуття сенсу та цілі в житті, гармонія з власними переконаннями, цінностями і життєвою позицією, можливість відчути зв'язок із чимось більшим, ніж власне "я" (релігійні, філософські або духовні аспекти).

А отже, психічне здоров'я людини - це не статичний стан. Воно змінюється під впливом різних життєвих обставин, таких як: хронічна втома, страх самотності, страх за своє здоров'я, незадоволеність собою, стрес через втрату роботи, різноманітні побутові та трудові конфлікти, сварки з близькими людьми, страх залишитися без грошей, хвороба, смерть близьких [2]. До факторів, що оказують несприятливий вплив також відносять: інформаційний стрес, збіднення соціальних контактів, нестабільну економічну ситуацію, дезадаптацію та емоційну втому, професійне вигорання і, безумовно, військові дії, трагічні

новини, втрата близьких та знайомих, відсутність продуктивного сну та тривога. А отже, намагання розвитку власних ресурсів, регулярна робота над собою, задіяння корекційних психологічних технік та методик за допомогою фахівців чи на власному рівні сприяє підтриманню психічного здоров'я на життєво безпечному рівні.

Одним із шляхів пізнання себе та підтримання і відновлення психічного здоров'я є танцювальна терапія, психотерапевтичний метод, який використовує рух і танець для сприяння емоційному, фізичному та психологічному здоров'ю.

Відновлення діалогу зі своїм тілом через танець, рух та творчість дозволяє навчитися відчувати себе частиною навколишнього світу. Від того, в якому настрої людина прокидається і яке зберігає протягом дня, залежить успіх її життя, унікального та неповторного.

## РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СКЛАДОВИХ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

### 2.1. Обґрунтування методик і вибірки дослідження

Емпіричне дослідження сформованості складових психологічного здоров'я особистості у співробітників Державного центру зайнятості проводилося в онлайн-форматі за допомогою використання сервісу Google Форми. Учасниками дослідження стали 18 співробітниць Державного центру зайнятості.

В процесі емпіричного дослідження нами були поставлені такі завдання:

- розробити діагностичний інструментарій для вивчення складових психічного здоров'я особистості у співробітників Державного центру зайнятості;
- емпірично визначити складові психічного здоров'я особистості у співробітників Державного центру зайнятості ;
- розробити та апробувати програму танцювально-рухової терапії для відновлення психічного здоров'я особистості;
- оцінити ефективність розробленої програми танцювально-рухової терапії для відновлення психічного здоров'я особистості;

У відповідності до цілей і завдань дослідження були визначені етапи.

Емпіричне дослідження проходило у декілька етапів:

На першому етапі (вересень 2023 року) було визначена вибірка та здійснений підбір діагностичного інструментарію для визначення складових психічного здоров'я особистості.

Другим етапом (жовтень 2023 року) стало проведення констатуючого експерименту. Узагальнення та аналіз результатів констатуючого експерименту.

Третій етап дослідження (листопад 2023 року) - формуючий експеримент. Розробка та апробація корекційної програми.

Четвертий етап дослідження (листопад 2023 року). Узагальнення результатів формуючого експерименту. Повторне тестування учасників за

допомогою того ж психодіагностичного інструментарію після проходження корекційної програми. Математико статистична обробка результатів за допомогою методів мат статистики, а саме t-критерія Стьюдента.

Для проведення констатувального етапу експерименту характерна наявність певної етапності, яка представлена:

1. Етапом розроблення, який представлений сформульованими показниками, критеріями та виразниками, що пов'язані зі сформованістю складових психічного здоров'я особистості у співробітників Державного центру зайнятості;
2. Проведення діагностики за визначеними методиками.
3. Аналітикою, оцінкою й узагальненням результатів застосування методик, що є діагностичними;
4. Виробленням концепції оперування формувальним експериментальним етапом.

**Метою дослідження** на констатувальному етапі стало визначення актуальних показників сформованості складових психічного здоров'я особистості у співробітників Державного центру зайнятості.

Для визначення складових психічного здоров'я особистості були використані такі спиходіагностичні методики:

### **1. Методика «Самопочуття. Активність. Настрій» (В. Доскін)**

Дана методика була розроблена В.А. Доскіним у 1973 році для оперативної оцінки психофізіологічного стану людини. Вона дозволяє швидко визначити суб'єктивне ставлення особистості до власного стану, зокрема фізичного, енергетичного та емоційного рівнів.

Методика базується на концепції, що психофізіологічний стан людини є інтегральним показником, який поєднує фізичний компонент (самопочуття): рівень здоров'я, втоми, бадьорості; енергетичний компонент (активність): готовність до дії, мотивація, працездатність та емоційний компонент (настрій): емоційна стабільність, оптимізм, рівень стресу.

Підчас тестування респонденту пропонується анкета з 30 парами слів (наприклад, “енергійний — млявий”, “задоволений — незадоволений”).

Обстежуваному необхідно співвіднести свій стан за шкалою «3210123» за кожною парою ознак. Цифра «0» відповідає середньому самопочуттю, яке людина не може віднести ні до поганого, ні до доброго. Одиниця, що знаходиться ліворуч від «0», відображає самопочуття вище середнього, а цифра «3» відповідає прекрасному почуттю. Ті ж цифри в цьому рядку, що стоять праворуч від цифри «0», аналогічно характеризують почуття досліджуваного, якщо вони нижче середнього. Таким чином, послідовно розглядається та оцінюється кожний рядок опитувальника.

**2. Методика «Шкала депресії» (А. Бека)** використовується для оцінки тяжкості симптомів депресії в окремих осіб. Складається з 21 запитання з варіантами відповідей, кожна з яких відповідає певному симптому депресії. На основі загального балу, отриманого за допомогою опитувальника, осіб можна класифікувати за підвищеним рівнем тяжкості депресії, починаючи від мінімального до важкого. Методика забезпечує стандартизований спосіб вимірювання різних аспектів депресії, таких як настрій, песимізм, відчуття невдачі, незадоволення собою, почуття провини та суїцидальні думки.

Відповідно до ступеня вираженості симптому, кожному пункту присвоєні значення від 0 (симптом відсутній, або виражений мінімально) до 3 (максимальна вираженість симптому).

При інтерпретації даних враховується сумарний бал за всіма категоріями.

0-9 – відсутність депресивних симптомів

10-15 – легка депресія (субдепресія)

16-19 – помірна депресія

20-29 – виражена депресія (середньої важкості)

30-63 – важка депресія

**3. Тест «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна** призначений для оцінки реактивної та особистісної тривожності. Особистісна тривожність розглядається авторами як відносно стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує ступінь її занепокоєння, турботи, емоційної напруги внаслідок дії стресових

факторів. Реактивна тривожність розглядається як реакція особистості на зовнішні чинники впливу.

При загальній інтерпретації показників можна використовувати наступні орієнтовні оцінки тривожності:

до 30 балів – низька;

31-44 бали – помірна;

45 і більше – висока.

#### **4. Тест життєстійкості С. Мадді.**

Тест життєстійкості (Hardiness Test), розроблений американським психологом Сальваторе Мадді (з колегами) для оцінки здатності особистості справлятися зі стресовими ситуаціями. Життєстійкість, за його концепцією, складається з трьох компонентів:

1. Залученість: наскільки людина відчуває себе залученою у свою діяльність і життя загалом.
2. Контроль: віра в те, що події у житті можна контролювати.
3. Прийняття виклику: здатність сприймати зміни та труднощі як можливості для розвитку.

В роботі використано тест С. Мадді в адаптації Д.О. Леонтєєва.

Основні характеристики тесту:

- Використовується для визначення стійкості до стресу в різних сферах (професійна діяльність, особисте життя тощо).
- Оцінка проводиться за допомогою анкети, що містить твердження, на які людина дає відповіді за шкалою (наприклад, “згоден/не згоден”).
- Результати дозволяють визначити рівень життєстійкості, а також сильні та слабкі сторони людини в адаптації до стресу.

Тест С. Мадді складається з набору тверджень, які оцінюють три основні, наведені вище компоненти життєстійкості. Учасник тесту відповідає на кожне твердження від 1 – зовсім не згоден до 4 – цілком згоден. Результати інтерпретуються наступним чином: 40-30 балів – високий рівень життєстійкості,

29-20 балів – середній рівень, є простір для розвитку; 19 балі і менше – низький рівень.

Характеристика вибірки подана в таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Характеристика вибірки дослідження

Ім'я (або №)	Вік	Досвід роботи
Респондент 1	34	менше 5 років
Респондент 2	38	більше 10 років
Респондент 3	34	від 5 до 10 років
Респондент 4	34	від 5 до 10 років
Респондент 5	52	більше 10 років
Респондент 6	43	більше 10 років
Респондент 7	31	менше 5 років
Респондент 8	34	менше 5 років
Респондент 9	52	більше 10 років
Респондент 10	52	більше 10 років
Респондент 11	34	від 5 до 10 років
Респондент 12	43	більше 10 років
Респондент 13	34	від 5 до 10 років
Респондент 14	34	від 5 до 10 років
Респондент 15	34	менше 5 років
Респондент 16	43	більше 10 років
Респондент 17	34	менше 5 років
Респондент 18	31	менше 5 років

Розглянемо вибірку дослідження детальніше.

Першим критерієм для аналізу була статеві приналежність учасників дослідження. 100% учасників дослідження склали жінки.

Наступним критерієм для аналізу був вік учасників дослідження. Для проведення дослідження за цим показником було виокремлено такі основні вікові групи:

- 1) 31 рік (20% респонденток);

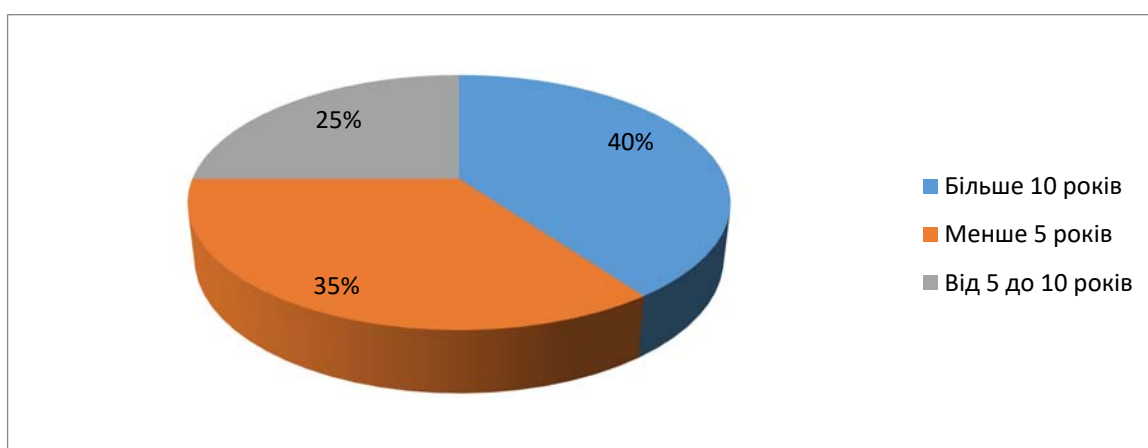


- 2) 32 роки (20% респонденток);
- 3) 33 роки (15% респонденток);
- 4) 34 роки (25% респонденток);
- 5) 36 років (20% респонденток).

Наступним критерієм для аналізу став досвід роботи за фахом учасників дослідження.

40% від загальної кількості учасників дослідження на момент участі в ньому мали досвід роботи за фахом більше 10 років. 25% учасників дослідження охарактеризували власний досвід роботи за фахом як такий, що триває від 5 до 10 років. 35% учасників дослідження відзначили, що мають досвід роботи за фахом менше, ніж 5 років.

Більш докладно співвідношення учасників за показником «Досвід роботи за фахом» представлено на рисунку 2.3.

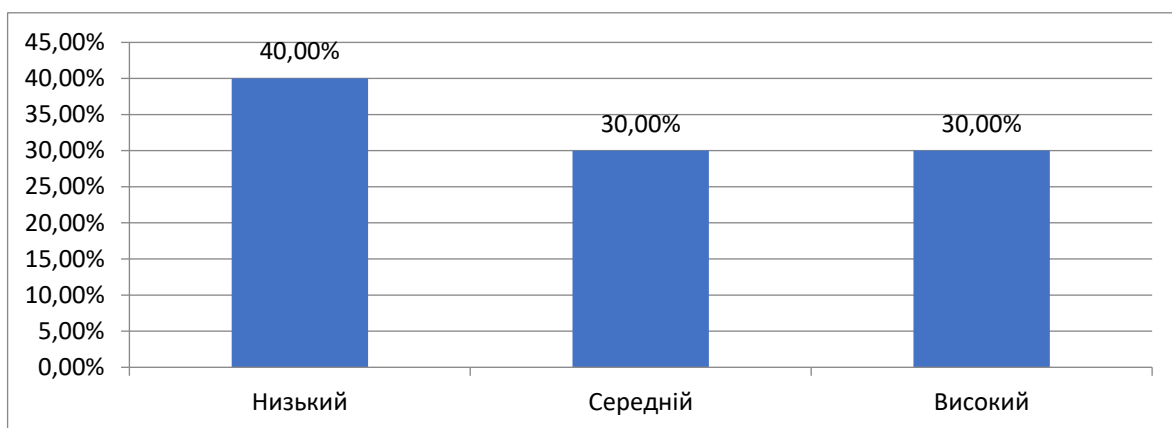


**Рис. 2.1 - Співвідношення учасників дослідження за показником «Досвід роботи за фахом» (n=18)**

Отримані в ході емпіричного дослідження результати нами було піддано якісній і кількісній обробці із застосуванням математичних методів. Для полегшення якісного аналізу та інтерпретації, отримані в дослідженні результати представлені в таблицях і графічно на рисунках. У роботі використовувався такий різновид математико-статистичних методів, як описативна статистика для характеристики вибіркової сукупності учасників дослідження.

## 2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

За підсумками використання методики «Самопочуття. Активність. Настрій» були отримані такі показники, які подані у додатку А. Узагальнені узагальнені результати за кожною шкалою відображено на рисунках 2.2-2.4 у вигляді гістограм.



**Рис. 2.2. - Співвідношення результатів співробітниць центру зайнятості за шкалою «Самопочуття» методики САН**

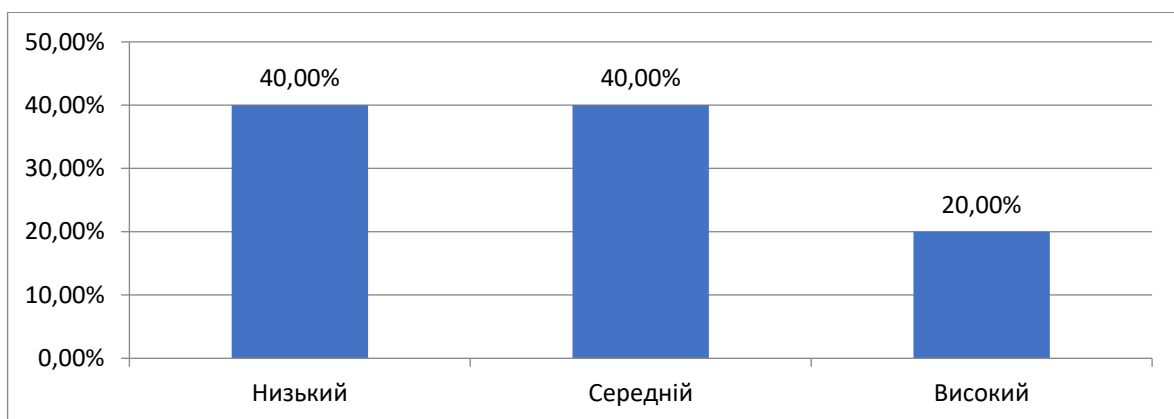
Дослідження за шкалою «Самопочуття» серед працівників центру зайнятості показало наступні результати:

Високий рівень – 30% працівників. Ця група характеризується позитивним самосприйняттям. Учасники зазначають, що переважно почуваються добре чи чудово і не мають суттєвих скарг на своє самопочуття.

Середній рівень – 30% працівників. Для цієї групи притаманна нестабільність у оцінці свого стану. Самопочуття залежить від зовнішніх обставин, які постійно змінюються, тому в різні періоди життя вони можуть почуватися по-різному.

Низький рівень – 40% працівників. Учасники цієї групи оцінюють своє самопочуття як стабільно погане. Причиною цього є вплив як зовнішніх, так і внутрішніх факторів, що негативно позначаються на їхньому стані.

Таким чином, дослідження демонструє наявність значної частки працівників із низьким рівнем самопочуття, що потребує особливої уваги.



**Рис. 2.3. Співвідношення результатів співробітниць центру зайнятості за шкалою «Активність» методики САН**

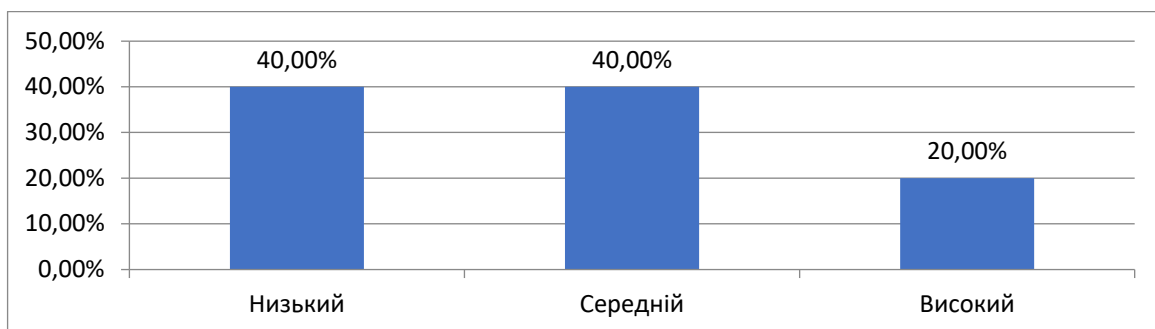
Дослідження за шкалою «Активність» серед працівників центру зайнятості виявило такі результати:

**Високий рівень (20%).** Ця група працівників демонструє високу залученість до активного способу життя. Вони регулярно виконують заплановані заходи і не мають наміру змінювати свої звички.

**Середній рівень (40%).** Для цих працівників активність є невід’ємною частиною життя, але її прояви ситуативні. Їхня активність залежить від обставин і не завжди реалізується постійно.

**Низький рівень (40%).** Ця група уникає активності та намагається дистанціюватися від ситуацій, які вимагають дій або участі в діяльності. Активний спосіб життя не є для них пріоритетним.

Таким чином, рівень активності працівників розподілився нерівномірно, що свідчить про необхідність уваги до причин низької активності серед частини учасників.



**Рис. 2.4. – Співвідношення результатів за шкалою «Настрій» методики САН**

Дослідження за шкалою «Настрій» серед працівників центру зайнятості виявило наступні результати:

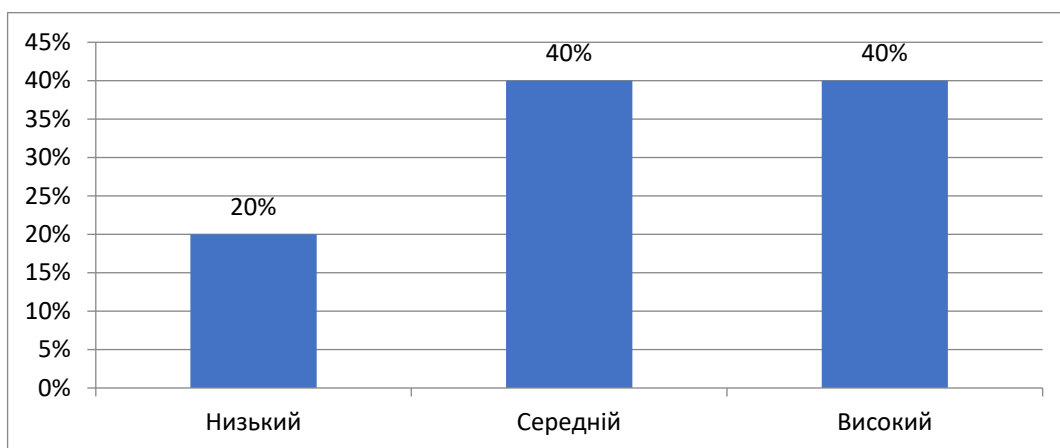
**Високий рівень (20%).** Ця група працівників демонструє стійкий позитивний настрій. Учасники зазначають, що зазвичай перебувають у гарному настрої та намагаються нейтралізувати будь-які негативні переживання.

**Середній рівень (40%).** Для цієї групи характерна нестабільність у настрої, який значною мірою залежить від зовнішніх обставин. Працівники вказують, що їхній емоційний стан змінюється залежно від ситуацій.

**Низький рівень (40%).** Працівники цієї групи відзначають переважно негативний настрій. Вони зазначають, що здебільшого перебувають у стані емоційного спаду, спричиненого як внутрішніми, так і зовнішніми факторами.

Загалом результати за методикою САН свідчать про домінування середніх і низьких показників настрою, що вказує на переважання негативного емоційного стану, знижену життєву активність та проблеми із загальним самопочуттям у працівників центру зайнятості.

За підсумками діагностики за шкалою депресії Бека було отримано наступні результати, які подані у додатку Б. Узагальнені результати за шкалою відображено на рисунку 2.5 у вигляді гістограми.



**Рис. 2.5. – Показники схильності до переживання депресивних станів в групі учасників дослідження за результатами шкали депресії Бека**

Низький рівень схильності до переживання депресивних станів продемонстрували 20% від загальної кількості опитаних. Вони переважно хвилюються лише тоді, коли не можуть вплинути на виникнення небезпечної

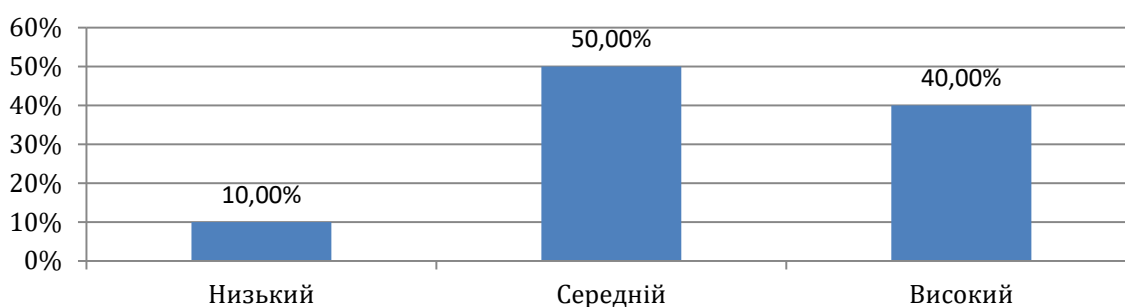
ситуації, проте навіть тоді вони здатні зберігати відносний спокій.

Середній рівень схильності до переживання депресивних станів продемонстрували 40% учасників дослідження від загальної кількості опитаних. Вони інколи відчувають учасників дослідження від загальної кількості опитаних. Вони інколи відчувають безпричинне хвилювання, коли для цього немає очевидних причин, хоча загалом є спокійними.

Високий рівень схильності до переживання депресивних станів було виявлено у 40% учасників дослідження від загальної кількості опитаних. Подекуди характерними є фізичні вияви тривожності.

Узагальнення та систематизація результатів використання шкали депресії Бека дало підставу розглядати вплив схильності до депресії на розвиток особливостей сприйняття учасниками дослідження себе у світі в деструктивному та конструктивному діапазоні. Це дозволило стверджувати, що оптимальний рівень схильності до депресії забезпечує ефективність сприйняття учасниками дослідження себе у важливих ситуаціях, і спонукає учасників дослідження до вибору, трансформації, самоактуалізації та самосвідомості. Щодо деструктивного впливу, необхідно відзначити, що надмірний рівень схильності до переживання депресивних станів призводить до порушення в особистісному становленні, що перешкоджає нормальному виконанню власних обов'язків.

Отримані результати за методикою Спілбергера-Ханіна подані у додатку В. Частота прояву ситуативної та особистісної тривожності відображено на рисунках 2.6.-2.7 у вигляді гістограм.



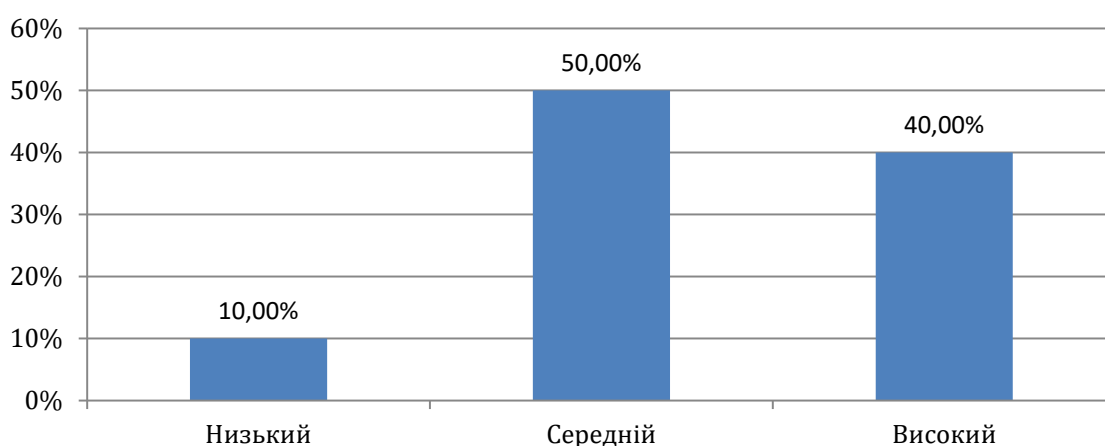
**Рис. 2.6. – Результати особистісної тривожності за опитувальником Спілбергера**

Як видно на рисунку 2.6, високий рівень особистісної тривожності виявляється у 40% респондентів. Для цих учасників дослідження притаманною постає наявність знервованості з будь-яких причин, навіть із тих, що позначені найменшою очевидністю.

Середній рівень особистісної тривожності виявлено у 50% респондентів. Наявність знервованості й схвильованості в цих опитаних переважно пов'язана із тим, наскільки значною важливістю наділені для них зазначені приводи для переживання душевного дискомфорту.

Низький рівень особистісної тривожності виявлено у 10% респондентів. Представники з низьким рівнем особистісної тривожності характеризуються повним спокоєм за всіх ситуацій, що є потенційно стресогенними, навіть якщо ці ситуації характеризуються екстраординарністю, що може бути механізмом психологічного захисту від травмуючих ситуацій.

Таким чином, в особистісному вимірі учасниками дослідження було продемонстровано перевагу високорівневої та середньорівневої особистісної тривожності. Подібний результат було отримано внаслідок того, що професійна діяльність респондентів характеризується високою стресогенністю, а самі вони вельми переймаються через те, чи якісно виконують власні посадові обов'язки.



**Рис. 2.7. – Результати ситуативної тривожності за опитувальником Спілбергера**

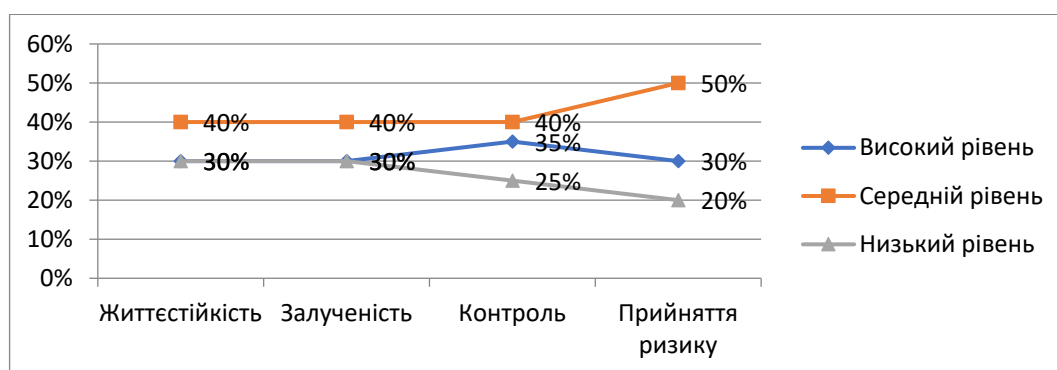
Високорівневою ситуативною тривожністю відзначилися 40% респондентів. Для представників зазначеного рівня природними є такі вияви переживань та хвилювань, що здатні справити шкідливий вплив стосовно їхнього фахового самосприйняття.

Середньорівневою ситуативною тривожністю характеризуються показники 50% респондентів. Для представників зазначеного рівня є питомими певні переживання із різних приводів, проте вони через середньорівневність власної вираженості не спроможні справити шкідливий вплив стосовно їхнього фахового самосприйняття.

Низькорівневою ситуативною тривожністю позначені результати 10% респондентів. У представників зазначеної рівневості відзначено оперування повним спокоєм за всіх ситуацій, що є потенційно стресогенними, навіть якщо ці ситуації характеризуються екстраординарністю.

Отже, оперування методикою з'ясування актуальних показників, пов'язаних із особистісною та ситуативною тривожністю, продемонструвало перевагу з-поміж респондентів середньорівневих та високорівневих результатів.

За допомогою тесту життєстійкості Мадді в інтерпретації Д. Леонтєва було здійснено оцінку здатності і готовності людини активно і гнучко діяти в ситуації стресу і труднощів, ступінь її уразливості до переживань стресу і депресивності. Отримані результати за методикою «Тест життєстійкості Мадді» подані у додатку Г. Співвідношення результатів дослідження за методикою «Тест життєстійкості» відображено на рисунку 2.8. у вигляді гістограми.



**Рис. 2.8. – Співвідношення результатів дослідження за методикою «Тест життєстійкості»**

Результати оцінки за шкалою «Стійкість» серед учасників дослідження показали такий розподіл:

**Високий рівень (30%).** Люди з високим рівнем стійкості добре розуміють себе і своє місце у світі, реалістично оцінюють свої можливості та сприймають стресові ситуації як вирішувані проблеми, що не загрожують їхньому життю. Вони здатні долати труднощі самостійно і часто допомагають іншим справлятися зі стресом.

**Середній рівень (40%).** Представники цієї групи мають сформовану систему переконань про себе, світ і свої взаємини з ним. Це дає їм змогу долати труднощі без значної внутрішньої напруги. Вони доволі стійко переживають стреси і здебільшого не вважають їх серйозними загрозами для свого життя.

**Низький рівень (30%).** Люди з низьким рівнем стійкості часто відчують себе чужими у світі й не знають, як з ним взаємодіяти. Стресові ситуації для них є серйозними випробуваннями, які викликають розгубленість і труднощі у подоланні їхніх наслідків.

Отже, більшість учасників дослідження мають середній або високий рівень стійкості, однак значна частка з низьким рівнем свідчить про необхідність додаткової уваги до підтримки їхньої здатності справлятися зі стресом.

За шкалою залученості високий рівень продемонстрували 30% учасників дослідження. Це люди, для яких характерне усвідомлення того, що залучення до чогось дає максимум шансів знайти цікаву і гідну діяльність, у рамках якої можна реалізуватися. Вони отримують справжнє задоволення від своєї діяльності, почуваються впевнено в житті, оскільки усвідомлюють свою значну причетність до нього.

Середній рівень за шкалою залученості продемонстрували 40% від загальної кількості учасників опитування. Учасники, які отримали середні показники рівня, в цілому задоволені своєю поточною діяльністю та формуванням контактів навколо неї. Однак вони не відчують себе достатньо впевнено, щоб ризикувати, щоб покращити своє поточне становище.



Низькі показники за шкалою залученості отримали 30% учасників дослідження. У цих респондентів відсутнє переконання щодо перспектив отримання певних позитивних змін у власному житті в результаті залучення до активної діяльності. Представники низького рівня недостатньо або зовсім не задоволені власною діяльністю, вважають її нецікавою, не відповідає рівню їхніх прагнень. У стосунках з навколишнім світом вони почуваються відчужено, невпевнено, не почуваються в ньому комфортно та впевнено.

За шкалою контролю високий рівень продемонстрували 25% учасників дослідження. Для цих людей характерна впевненість у тому, що їх зусилля можуть призвести до серйозних змін, які допоможуть їм успішно подолати проблеми та впоратися з наслідками стресових ситуацій. Вони впевнені, що можуть самі обирати рід діяльності та шлях у житті, тому що їм вдається контролювати себе і власні дії, передбачаючи наслідки власної діяльності. Навіть у найпроблемніші моменти представники високого рівня контролю почуваються максимально оптимістично.

Середній рівень за шкалою контролю продемонстрували 40% від загальної кількості учасників опитування. Для цих учасників характерна наявність віри в можливість успішної боротьби за позитивні життєві зміни, але під час цієї боротьби вони почуватимуться набагато впевненіше, якщо їх підтримає сильніший морально партнер. Часто без підтримки з боку представники середнього рівня навіть не намагатимуться бути активнішими, ніж зазвичай, хоча в цілому вони звикли повністю контролювати своє життя і планувати її заздалегідь.

Низькі показники за шкалою контролю отримали 35% учасників дослідження. Для цих респондентів характерна відсутність віри в те, що через боротьбу можна серйозно вплинути на те, що відбувається. Через це в проблемні моменти вони часто почуваються безпорадними, нездатними самостійно будувати своє життя. Представники низького рівня не вважають себе здатними повністю контролювати себе та свої дії, передбачати їх наслідки тощо.

За шкалою прийняття ризику високий рівень продемонстрували 20% учасників дослідження. Для цих людей характерна схильність до ризику навіть тоді, коли вони абсолютно не впевнені в кінцевому успіху прийнятого рішення. Але водночас вони переконані, що ризик має більшу здатність призводити до позитивних змін, ніж його відсутність.

Середній рівень за шкалою прийняття ризику продемонстрували 50% від загальної кількості учасників опитування. Ці учасники характеризуються наявністю переконання, що всі події, які з ними відбуваються, позитивно впливають на їхній розвиток, оскільки вони дають безцінний досвід, незалежно від того, позитивний він чи негативний. Представники середнього рівня сприймають життя як джерело досвіду і, як правило, здатні ризикувати, якщо впевнені, що цей ризик допоможе їм поглибити власний досвід. Вони активно оволодівають отриманими знаннями та використовують їх у своїй подальшій діяльності.

Показники низького рівня за шкалою прийняття ризику отримали 30% учасників дослідження. Для цих респондентів характерне намагання дистанціюватися навіть від мінімальної можливості ризику у власній діяльності. Вони прагнуть уникнути навіть мінімальної можливості ризику, самої можливості вибору, бояться відійти від усталених моделей поведінки, перевічених часом.

Таким чином, за результатами використання методики «Тест життєстійкості» виявлено наступні психологічні закономірності прояву зазначеної характеристики в учасників дослідження: учасники дослідження мають певну систему переконань про себе та навколишній світ, а також стосунки з цим світом. Така відносна визначеність життєвих пріоритетів дозволяє їм відносно стабільно переносити стресові ситуації, хоча, до того ж, у найскладніших життєвих потрясіннях їм все одно потрібна допомога більш залученого в соціальне життя колеги чи партнера. Вони, як правило, вірять у можливість успішної боротьби за позитивні життєві зміни, але не завжди готові боротися самостійно, без заохочення і підтримки ззовні.

Учасники дослідження загалом задоволені власною поточною діяльністю та формуванням контактів навколо них. Однак вони не відчувають себе достатньо впевнено, щоб ризикувати, щоб покращити поточну ситуацію. Для них характерна віра в те, що всі події, які з ними відбуваються, позитивно впливають на їхній розвиток, оскільки дають неоціненний досвід, як позитивний, так і негативний. Вони розглядають життя як джерело досвіду і, як правило, здатні ризикувати, якщо вони впевнені, що цей ризик допоможе їм поглибити власний досвід.

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Отже, емпіричне дослідження сформованості складових психічного здоров'я особистості у співробітниць Державного центру зайнятості показало, що серед учасниць дослідження за підсумками використання методики САН було відзначено перевагу низьких та середніх показників. Співробітниці центру зайнятості відзначають переважно негативний поточний стан власного самопочуття і настрою, відсутність активності життєдіяльності.

Узагальнення та систематизація результатів використання шкали депресії Бека дало підставу розглядати вплив схильності до депресії на розвиток особливостей сприйняття учасниками дослідження себе у світі в деструктивному та конструктивному діапазоні. Це дозволило стверджувати, що оптимальний рівень схильності до депресії забезпечує ефективність сприйняття учасниками дослідження себе у важливих ситуаціях і спонукає учасників дослідження до вибору, трансформації, самоактуалізації та самосвідомості. Щодо деструктивного впливу, необхідно відзначити, що надмірний рівень схильності до переживання депресивних станів призводить до порушення в особистісному становленні, що перешкоджає нормальному виконанню власних обов'язків.

Оперування методикою з'ясування актуальних показників, пов'язаних із особистісною та ситуативною тривожністю, продемонструвало перевагу серед респондентів середньорівневих та високорівневих результатів.

За підсумками використання методики «Тест життєстійкості» було виокремлено домінування середнього рівня життєстійкості, тобто, спроможність протистояти неприємним подіям приймати та переробляти їх, але разом з цим, схильність уникати неприємностей і проблем.

Тобто, практично за всіма розглянутими шкалами тесту було відзначено домінування середнього рівня. Це вказує на те, що учасники дослідження мають певну систему переконань стосовно себе, світу та відносин із ним. Така означеність життєвих пріоритетів та цінностей дозволяє їм відносно стійко переносити стресові ситуації, хоча, понад те, в найскладніших життєвих перипетіях вони все одно потребують допомоги більш залученого до соціального життя колеги. Вони загалом вірять у можливість успішної боротьби за здійснення позитивних життєвих змін, проте не завжди готові боротися самостійно, без спонукання та підтримки збоку.

Учасники дослідження загалом задоволені власною поточною діяльністю та сформованістю контактів навколо неї. Проте вони почуваються не настільки впевненими, аби ризикувати заради покращення поточного становища. Для них характерною постає наявність переконаності в тому, що всі події, що з ними відбуваються, мають позитивний вплив на їх розвиток, адже надають безцінний досвід, байдуже, позитивним чи негативним він є. Вони розглядають життя як джерело набуття досвіду, загалом здатні ризикувати, якщо впевнені, що цей ризик допоможе їм поглибити власний досвід.

## РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ МЕТОДОМ ТАНЦЮВАЛЬНО-РУХОВОЇ ТЕРАПІЇ

### 3.1. Обґрунтування програми танцювально-рухової терапії для відновлення психічного здоров'я особистості

З метою розробки корекційної програми нами було опрацьовано та проаналізовано наукові статті та літературні джерела з обраної теми, результати констатуючого експерименту дослідження та враховано ті обставини, що в українському суспільстві не прийнято звертатися до психолога, людина скоріше шукає інформацію в інтернет-просторі та примірює її на себе. Тому, ми прийшли висновку, що найкращим способом в даному випадку буде проведення тренінгової програми в будівлі установи, де є фізичний простір та можливість проведення тренінгової програми в обідню перерву.

В основу тренінгової програми танцювально-рухової терапії для відновлення психічного здоров'я особистості (далі – Програма тренінгу) покладені напрацювання терапевтів «Асоціації танцювально-рухових терапевтів України» та її керівника Людмили Мови, основи аналізу рухів в танці Рудольфа Лабана. Ця модель ґрунтується на тому, що довільний рух під певну музику, в певній площині та напрямку із застосування експресії знімає фізичні затискачі особистості, які в свою чергу дають свободу диханню, заспокоюють мозок, насичають кров киснем, підвищують настрій та сприяють активній життєдіяльності.

**Мета занять програми:** відновлення психічного здоров'я, розвиток та зміна системи відносин до себе та взаємин особистості.

**Структура занять.** Кожне заняття складається зі вступної частини (розминки, «розігріву»), однієї-двох основних вправ, на які припадає максимум часу, емоційної насиченості та заключної частини.

**Структура опису вправ.** Опис кожної вправи містить такі пункти: мета, час, матеріали, опис проведення, схеми обговорення.

**Умови проведення тренінгової програми.** Цей тренінг може бути застосований у реальних групах або спеціально створених для тренінгу групах. Бажаним є гетерогенний склад групи, оскільки можливі неоднозначні реакції, сльози, навіть істеричні реакції.

**Режим роботи.** Програма тренінгу розрахована на 8 занять по 2-2,5 години кожне. Загальна тривалість тренінгу – 20 годин. Заняття проводяться 1-2 рази на тиждень (перші 2 тижні по 1 заняттю для адаптації учасниць, потім по 2 заняття на тиждень).

**Сфери застосування.** Програма може бути використана як у реальних групах з метою оптимізації соціально-психологічного клімату, актуалізації та зміни відносин, так і у формувальних групах для створення сприятливого соціально-психологічного клімату, згуртування членів групи, розвитку учасників як суб'єктів відносин. Крім того, танцювально-експресивний тренінг може використовуватися для специфічної категорії клієнтів з нерозвиненими здібностями рефлексії та вираження відносин, а також для клієнтів з різними проблемами в галузі ставлення до себе та міжособистісних відносин: проблемами дитячо-батьківських відносин, подружніх, дружніх відносин, проблемами відсутності близьких емоційних відносин із іншими тощо.

Розглянемо структуру тренінгових занять.

### **Заняття 1**

Ведучий знайомить учасників з цілями тренінгу та принципами роботи групи:

- 1) принцип добровільності;
- 2) принцип сталості складу;
- 3) принцип «тут і тепер»;
- 4) принцип конфіденційності та ін., які обговорюються та приймаються

членами групи. Також він розповідає про психотерапевтичні, психологічні та соціально-психологічні функції танцю, робить екскурс у його історію.

Це необхідно для первинного інструктажу учасників тренінгу, для створення загальних для всіх учасників уявлень про психологічну користь та

ефективність різноманітних танцювально-експресивних технік, для надання значущості наступним заняттям.

На цьому ж етапі групою можуть бути розроблені ритуали початку та закінчення занять. Як правило, ритуали пропонуються учасниками групи, потім обговорюються та обираються найкращі з погляду всієї групи. Це може бути той самий ритуал для початку та закінчення занять, головне, щоб він був невербальним і не займав багато часу, не перетворюючись ще на одну вправу для розминки. Якщо група не може здійснити вибір ритуалу чи бачить поки що у ньому сенсу, можна відкласти його вироблення до наступного заняття, давши можливість учасникам тренінгу самостійно дійти спільного рішення. Самостійно вироблений ритуал група виконує потім із більшим ентузіазмом, ніж запропонований ведучим.

### ***Розминка «Ведучий і ведені»***

*Цілі:* зняття напруги у членів групи, створення доброзичливої атмосфери та настрою на роботу; експериментування учасників з різними рухами та міжособистісними позиціями ведучого та веденого; усвідомлення учасниками своїх танцювально-експресивних стереотипів

*Матеріал:* музичні записи різних стилів, що стимулюють танцювальну експресію (африканська музика, диско, рок-н-рол, танцювальна музика 30-х років, національні мелодії).

*Час:* 30-45 хвилин.

*Опис проведення.*

Група вишиковується в ряд. Звучить музика, і учасники починають рухатися, причому перший учасник стає ведучим, а решта – веденими. Як ведучий учасник тренінгу спонтанно та вільно самовиражається, максимально використовуючи свій танцювально-експресивний репертуар. Інші члени групи йдуть за ним, намагаючись повторювати його рухи.

Через деякий час перший учасник переходить у кінець ряду і стає веденим. Вправа триває доти, доки кожен із учасників не побуває в ролі ведучого.

Як ведучий учасник тренінгу спонтанно та вільно самовиражається, максимально використовуючи свій танцювально-експресивний репертуар. Інші члени групи йдуть за ним, намагаючись повторювати його рухи. Через деякий час перший учасник переходить у кінець ряду і стає веденим. Вправа триває доти, доки кожен із учасників не побуває в ролі ведучого.

*Схеми обговорення:*

Що відчували учасники, будучи ведучими? А веденими?

Що вони відчували, танцюючи, як інша людина, примірявши на себе її експресію?

Який Я, коли я танцюю так, як Він?

Коли учасникам було комфортніше – коли повторювали рухи інших чи коли самі були ведучими?

Яка міжособистісна позиція – «ведучого» чи «веденого» найчастіше використовується учасниками спілкування?

***Основна вправа. Танець «Хто я?» («Танець як візитівка»)***

*Цілі:* самопрезентація учасників; запуск інтерпретаційних процесів у групі; дослідження самовідношення учасниками групи.

*Час:* 1 – 1,5 години.

*Матеріали:* музичний супровід на вибір учасників.

*Опис проведення*

Група сідає у коло. Ведучий дає інструкцію: «Ми з вами – члени племені, де основний засіб спілкування – танець. При знайомстві там люди запитують один одного: «Як ти танцюєш?». Ваше завдання — протанцювати танець, який дозволив би решті учасників познайомитися з вами, танець — візитівку».

Один із учасників виходить у центр кола та танцює свій танець під обрану ним музику. Після закінчення танцю кожного із учасників члени групи обмінюються враженнями. Вправа триває доти, доки всі не побувають у центрі кола.

Можливі також різноманітні варіації цієї вправи, пов'язані з вираженням у танцювальній формі традиційних компонентів Я - концепції: «Я – реальне», «Я



– ідеальне», «Я – очима інших». Наприклад: один із учасників виходить у центр кола і танцює спочатку танець «Яким я є насправді», потім – танець «Яким би я хотів бути», після цього – «Яким мене бачать інші». Для початку тренінгу такий варіант важкий, його можна використовувати у тому випадку, коли для групи стануть актуальними соціально-перцептивні аспекти спілкування; проблеми групових та міжособистісних очікувань; питання, пов'язані з розумінням, ким є людина для себе та інших. Танець у цьому разі постає матеріалом для подальшого обговорення, організувати яке стає головним завданням ведучого.

### *Схеми обговорення*

Що відчували учасники-спостерігачі та самі танцюристи?

Які образи, асоціації виникали у зв'язку із танцем центрального учасника?

Як у кількох словах можна охарактеризувати танець того чи іншого члена групи?

Які характерні риси танцювальної експресії учасників?

Наскільки відрізняються танець «Я реальний» від танцю «Я ідеальний»?

Танець був спрямований на *самовираження* чи взаємодію з іншими?

### ***Заклучна вправа «Танець-хоровод»***

*Цілі:* актуалізація архетипічних переживань захищеності, причетності (танець у колі – найдавніша форма танцю); підвищення групової згуртованості.

*Час:* 15-20 хвилин.

*Матеріали:* мелодії народні (краще стародавні)

### *Опис проведення*

Учасники стають у коло та беруться за руки. Звучить музика, учасники починають спонтанно рухатися, дотримуючись ритму музики та свого власного ритму, привносячи до спільного танцю свої індивідуальні рухи.

## **Заняття 2**

### ***Розминка «Танець окремих частин тіла»***

*Цілі:* розігрів учасників; усвідомлення та зняття м'язових затискачів; розширення експресивного репертуару.

*Час розминки:* 20-25 хвилин.

*Матеріали:* музичні записи різних стилів (вальс із чітким ритмічним малюнком).

*Опис проведення*

Учасники стають у коло. Звучить музика. Ведучий називає по середі частини тіла, танець яких буде виконаний (наприклад, «танець голови», «танець плечей», «танець кистей рук», «танець живота» тощо). Учасники прагнуть максимально використати в танці названу частину тіла.

***Основна вправа. Експериментування з рухом за системою Р. Лабана***

*Цілі:* усвідомлення та розширення танцювально-експресивного репертуару; взаєморозуміння та взаємодія з іншими; усвідомлення пригнічених почуттів та відносин; усвідомлення структури міжособистісних відносин групи; дослідження персонального простору та міжособистісної дистанції.

*Час:* 1,5 години.

*Матеріали:* музичний супровід.

*Опис проведення*

Ведучий коротко знайомить учасників із системою опису рухової поведінки Р. Лабана. Таким чином, всі рухи людини можна розглядати з точки зору чотирьох параметрів: простору, сили, часу і потоку. Завдання учасників групи – вільно пересуватися по залу, експериментуючи з різними параметрами рухів і взаємодіючи один з одним.

Вправа складається з 4 частин. Після виконання кожної частини учасники обмінюються враженнями, намагаються пов'язати перевірені рухи з емоціями, почуттями, станами, особистими стосунками.

Перший параметр – простір. Ведучий пояснює учасникам, що рухи можуть бути прямими і непрямыми (багатофокусними) і демонструє їх. Потім протягом 7 хвилин всі пересуваються по залу, використовуючи тільки прямі рухи; протягом наступних 7 хвилин тільки непрямі.

Другий параметр - сила. Сила може бути потужною і легкою. Як і в першому випадку, учасники спочатку експериментують з потужними, сильними рухами, усвідомлюючи почуття, що виникають при цьому, потім з легкими.

Третій параметр – час, який може бути повільним і швидким.

Четвертий параметр – потік, течія. Тривалість може бути обмеженою або вільною. Учасники максимально віддаляються один від одного і, рухаючись в такт музиці, починають повільно наближатися один до одного, усвідомлюючи почуття, що виникають, і досліджуючи свій особистий простір.

*Моделі обговорення:*

Що відчували учасники, експериментуючи з прямими та непрямыми, потужними та легкими, швидкими та повільними, обмеженими та вільними рухами?

Які види рухів більш знайомі, які було важко виконувати?

Які відчуття виникали в учасників тренінгу, коли вони сильно рухалися?

З якими відносинами до себе і до інших пов'язаний той чи інший вид руху для учасників?

Які рухи не вийшли, яким би ви хотіли навчитися?

Який зв'язок між міжособистісною дистанцією і ставленням до людини?

**Основна права. Вправа «Танець з самим собою»**

*Цілі:* усвідомлення своїх танцювально-експресивних особливостей;

*Час:* 20-40 хвилин.

*Матеріали:* дзеркальна стінка; повільна, спокійна музика (наприклад, мелодії у виконанні оркестру під керуванням П. Морія).

*Опис проведення*

Встаньте перед дзеркалом. Вдивляйтеся кілька секунд у своє відображення у дзеркалі. Уявіть собі, що ви бачите себе вперше. Вільно рухайтесь під музику.

*Схеми обговорення*

Охарактеризуйте кількома словами ваш власний танець.

Які асоціації, метафори спадають вам на думку з приводу танцю вашого дзеркального відображення?

Ваше ставлення до людини, побаченої у дзеркалі?

**Заняття 3**

**Розминка «Збільшувальне скло»**

*Цілі:* розігрів учасників;

*Час:* 15-20 хвилин.

*Матеріали:* музичні записи різних стилів із чергуванням швидких та повільних ритмів.

*Опис проведення*

Учасники групи розбиваються на пари. Пари можуть бути сформовані випадковим чином або цілеспрямовано (наприклад, за результатами соціометрії: пари зі взаємними позитивними виборами; негативними виборами; різноспрямованими виборами або з взаємною відсутністю вибору; в даному випадку для інтенсифікації спілкування у групі кращий останній варіант).

Завдання одного з партнерів – рухатися спонтанно і вільно, завдання іншого – відображати його рухи в дещо перебільшеному, гіпертрофованому вигляді, тобто наче між ними знаходиться збільшувальне скло. Через 10 хвилин партнери змінюються ролями.

*Основна вправа. Вправа «Джмелі і лебеді»*

*Цілі:* розвиток здатності розуміння інших людей; усвідомлення існування певних бар'єрів спілкування;

*Час:* 1-1,5 години.

*Матеріали:* музичний запис, в якому одночасно простежувалися б і швидкий, і повільний ритми (напр., дует Milli Vanilli, композиція Ma Baker).

*Опис проведення*

Виконання вправи складається з декількох етапів. На першому етапі учасники прослуховують музику, виділяючи в ній повільний і швидкий ритми. Визначають, який ритм для них природніший, ближчий. На другому етапі учасники діляться на дві групи, одна з яких – «джмелі», а інша – «лебеді». Джмелі починають танець, рухаючись швидко та динамічно.

«Лебеді» тим часом спостерігають, вибираючи собі пару. Потім танцюють «лебеді», рухаючись плавно та повільно.

На третьому етапі виконання вправи «джмелі» і «лебеді» танцюють у парах на певній відстані один від одного, не наближаючись і усвідомлюючи почуття,

що виникають. Потім «джмелі» та «лебеді» поступово починають наближатися один до одного, намагаючись зберегти кожен свій ритм.

Нарешті, на заключному етапі вправи «джмелі» та «лебеді» танцюють, взявшись за руки, слідуючи кожен своєму ритму.

### *Схеми обговорення*

Обговорення проводиться спочатку у парах, а потім у групі.

Які почуття виникли під час танцю «джмеля»? А «лебедя»? А під час танцю у парі?

Який експресивно-ритмічний стиль рухів — «джмеля» чи «лебедя» вам ближчий?

Які риси поведінки характерні, на вашу думку, у реальному житті «джмелю»? А «лебедеві»? Чому ви обрали собі у партнери саме цього «джмеля» («лебедя»)?

Опишіть у кількох словах вашого партнера - "джмеля" ("лебедя"). Який він, що він любить, з ким він спілкується, як ставиться до «джмелів»? А до «лебедів»?

Опишіть у кількох словах себе як «джмеля» («лебедя»). Що ви любите, товариству кого («джмелів» або «лебедів») ви віддаєте перевагу?

### ***Заключна вправа «Індивідуальний танець»***

*Цілі:* стимулювання самоусвідомлення, самоприйняття; творче самовираження; катарсичне вивільнення почуттів; розвиток толерантності до особистості Іншого.

*Час:* 40-60 хвилин.

*Матеріали:* музичний супровід на вибір учасників.

### *Опис проведення*

Учасники сідають у коло. Звучить музика. Один із членів групи виходить у центр кола і починає спонтанно танцювати, висловлюючи в індивідуальному танці свої почуття. Він може вступати у взаємодію з будь-ким із членів групи, якщо виникне таке бажання.

Учасники, які спостерігають за танцем, можуть приєднатися до нього. Вправа триває доти, доки кожен бажаючий не виконає свій індивідуальний танець.

#### **Заняття 4**

##### ***Розминка «танець-загадка»***

*Цілі:* інтенсифікація зворотного зв'язку щодо особливостей експресії кожного учасника групи; усвідомлення учасниками своїх експресивних особливостей, соціально-психологічних та особистісних характеристик.

*Час:* 20-40 хвилин.

*Матеріали:* музичний супровід на вибір учасників.

##### *Опис проведення*

Група стає в коло. Один із учасників обирає музичний супровід та танцює, імітуючи найбільш характерні особливості експресії будь-кого з присутніх. Інші намагаються вгадати, хто був загаданий. Після закінчення танцю учасник запрошує наступного та стає на його місце.

##### *Схеми обговорення*

Обмін почуттями «тут і тепер». Аналізуються специфічні для кожного танцю експресивні особливості, і навіть риси характеру, стану, відносини, які можуть бути виявлені в експресії.

##### **Основна вправа. Вправа «Танець всліпу»**

*Цілі:* актуалізація системи відносин у групі; запуск інтерпретаційних процесів у групі; усвідомлення учасниками своєї системи відносин: до себе, до інших, до світу.

*Час:* 1:30.

*Матеріали:* естрадно-інструментальні та блюзові композиції ліричного характеру, хустка (щоб зав'язати очі).

##### *Опис проведення*

Група сідає у коло, по периметру зали, в якій проводяться заняття. Один із учасників стає в центр із зав'язаними очима. Звучить музика. Центральний учасник починає рухатись. До нього підходить член групи і вступає у взаємодію,

яка триває 3-5 хвилин (зазвичай стільки, скільки триває музична композиція, але час взаємодії учасників не обмежений — він може закінчитися раніше за музику або тривати протягом кількох композицій), після чого сідає на місце. Потім до центрального учасника підходить наступний член групи.

Черговість підходу членів групи не відома центральному учаснику. Завдання центрального учасника — усвідомлювати почуття, що виникають, і після закінчення взаємодії описати свого партнера і свій танець з ним. Завдання центрального учасника ускладнене тим, що провідною стає тактильна система відображення. Завданням партнера центрального учасника є також утримання своїх почуттів, але через те, що у центрального учасника блоковано зоровий аналізатор, ініціатива у встановленні контакту та у виході з контакту лягає на нього.

Ведучий пояснює учасникам, що при виникненні труднощів для переривання контакту потрібно подати знак, яким він вимкне музику, тим самим створивши штучну ситуацію закінчення контакту. Після кожної взаємодії центрального учасника з членом групи ведучий просить його поділитися своїми почуттями, що виникли під час танцю з партнером, і відповісти на деякі запитання, а саме: «Опишіть, будь ласка, людину, з якою ви зараз танцювали», «Чи виникло відчуття контакту, розуміння?», «Що це був за танець?», «Які почуття ви відчували під час цього танцю?», «Як ви думаєте, що відчував ваш партнер?», «Якби я попросила вас на підставі отриманого щойно досвіду оцінити вашого партнера за 10-бальною шкалою, де 0 балів — партнер мені зовсім не підходить, а 10 балів — ідеальний партнер, як би ви це зробили?»

Під словом партнер тут мається на увазі не партнер з танців, а партнер у близьких емоційних відносинах, наприклад, супутник життя, близький друг».

Всі питання задаються центральному учаснику після його взаємодії з членом групи «за гарячими слідами», учасник при цьому не знімає пов'язки з очей і може стояти або сидіти за бажанням. Запитання центральному учаснику може поставити будь-який член групи.

Після закінчення взаємодії центрального учасника з усіма членами групи проводиться загальне обговорення. Центральний учасник знімає пов'язку, сідає у коло. Потрібно дати йому трохи часу, щоб адаптуватись до свого стану.

Вправа може продовжуватися до тих пір, поки кожен охочий не побуває центральним учасником (ця вправа може виконуватися протягом кількох занять, до тих пір, поки є охочі побувати центральним учасником та ентузіазм у інших членів групи). У низці випадків ведучий може порадити комусь із членів групи стати центральним учасником, аргументувавши причину, але не наполягаючи у разі відмови. Іноді можливе повернення до цієї вправи після деякого часу.

### *Схеми обговорення*

Якими були почуття членів групи під час взаємодії із центральним учасником?

Чи важко було брати на себе ініціативу у встановленні та перериванні контакту?

Чи була ситуація нерівності, змодельована в цій вправі (один бачить, інший - ні) для когось із учасників, яка зобов'язує взяти на себе відповідальність за іншого?

Як ви почували себе при цьому?

З якими партнерами центральному учаснику легко взаємодіяти, а з якими ні? Чому?

Який із партнерів центрального учасника був для нього «ідеальним», який абсолютно не підходить?

Чи є щось спільне у взаємодії центрального учасника з членами групи, кого він згодом назвав «ідеальними» партнерами?

### ***Заклучна вправа «Старовинні танці»***

*Цілі:* розрядка психоемоційної напруги; підвищення групової підтримки, ухвалення.

*Час:* 20-30 хвилин.

*Матеріали:* записи шаманських ритуальних піснеспівів, тамбурін (бубон, барабан).



*Опис проведення*

Звучить музика. Учасники танцюють, рухаючись по колу. Кожен із членів групи по черзі задає свій ритм, вистукуючи його на тамбурині (барабані тощо). Інші йдуть за цим ритмом. Вправа триває до того часу, поки кожен побуває в ролі «шамана».

**Заняття 5*****Розминка «Кінестетична емпатія»***

*Цілі:* емпатичне прийняття партнера; взаємопізнання; розвиток танцювально-експресивного репертуару учасників

*Час:* 15-30 хвилин.

*Матеріали:* музичний супровід (інструментальна музика).

*Опис проведення*

Члени групи поділяються на пари (це можуть бути пари із взаємним негативним вибором, або з взаємною відсутністю вибору, або з різноспрямованим вибором — один одного вибирає, а той відкидає). Один із партнерів починає спонтанно рухатися, творчо самовиражаючись і наслідуючи свої почуття в даний момент. Інший дзеркально відбиває його рухи, намагаючись «вслухатися» у партнера через його пластику, манеру рухів. Через 7-10 хвилин учасники змінюють ролі. Після закінчення вправи вони обмінюються почуттями «тут і тепер» у парах.

***Основна вправа. Вправа «Взаємовідношення»***

*Цілі:* усвідомлення учасниками власних способів вираження різних міжособистісних відносин; розвиток способів вираження різних міжособистісних відносин. актуалізація сформованих взаємовідносин групи.

*Час:* 1,5 години.

*Матеріали:* повільна, спокійна, нейтральна музика.

*Опис проведення*

Вправа складається з двох частин і виконується у тих самих парах.

Перша частина. Одному з партнерів дається завдання – висловлювати в діадному танці певний вид ставлення до іншої людини з негативного спектра

взаємин (наприклад, антипатія, ворожнеча, неповага, ненависть, неприйняття тощо). Завдання іншого учасника — спонтанно реагувати на партнера і фіксувати почуття, що виникають. Через 10-15 хвилин партнери змінюються ролями. Після закінчення – обговорення у парах.

Друга частина. Порядок проведення вправи — той самий, що у першій частині, лише задане ставлення тепер береться з позитивного спектра взаємовідносин (це вже симпатія, дружба, повага, любов, прийняття тощо). Після закінчення другої частини вправи – обговорення у парах. Потім загальне обговорення.

#### *Схеми обговорення*

Ваші почуття у ролі «ініціатора» позитивних (негативних) взаємин.

Ваша реакція на партнера — «ініціатора» взаємовідносин під час виконання вправи.

Яким було поставлене ставлення?

Які танцювально-експресивні особливості рухів партнера дозволили зробити такий висновок?

Які взаємини (позитивні чи негативні) ви частіше ініціюєте у реальних взаєминах з людьми?

Які взаємини ініціюють інші люди стосовно вас?

#### ***Заклучна вправа «Нарцис і струмок»***

*Цілі:* розрядка психоемоційної напруги; розвиток позитивних взаємин; самоприйняття та взаємоприйняття.

*Час:* 15-30 хвилин.

*Матеріали:* медитативна музика, музика з елементами звуків природи – шум дощу, плескіт води тощо (наприклад, «The Sounds of Nature» - «Mountain Paradise»).

#### *Опис проведення*

Вправа виконується у тих самих парах, як і попередні дві вправи. Ведучий розповідає групі легенду про Нарциса, який одного разу побачивши своє відображення в струмку, закохався в нього. Учасники стають один навпроти

одного і дивляться один одному у вічі. Один із них – «Нарцис», інший – його дзеркальне відображення. «Нарцис» починає спонтанно рухатися, висловлюючи кращі сторони своєї особистості, насолоджуючись своїми рухами, милуючись своїм «віддзеркаленням» і усвідомлюючи почуття, що виникають.

У ролі «Струмка» учасник дзеркально відбиває руху партнера. Через 5—10 хвилин «Нарцис» та «Струмок» змінюються ролями. Після закінчення учасники діляться почуттями «тут і тепер» у парах.

### **Заняття 6**

#### ***Розминка «Танець до кола і дзеркальне відображення»***

*Цілі:* «розігрів» учасників; стимулювання міжособистісної взаємодії; емпатичне прийняття; розвиток танцювально-експресивного репертуару учасників

*Час:* 30-40 хвилин.

*Матеріали:* музика різних стилів.

*Опис проведення*

Група стає в колі. Кожен учасник танцює вільно, експериментуючи з різними імпровізованими рухами тіла. Один із членів групи стоїть у центрі кола і, танцюючи по черзі навпроти кожного учасника, дивлячись йому в очі, намагається відобразити рухи партнера, «вживаючись» у його індивідуальний танець. Вправа триває доти, доки кожен не побуває в колі.

#### ***Основна вправа. Вправа «Влада і кохання»***

*Цілі:* відреагування стримуваних почуттів та відносин; усвідомлення домінуючих відносин у системі відносин учасників та експресивних патернів вираження цих відносин; підвищення спонтанності учасників у вираженні відносин; експериментування з різними способами вираження відносин.

*Час:* 1 – 1,5 години.

*Матеріали:* ритмічна музика (на вибір учасників).

*Опис проведення*

Учасники шикуються у кілька шеренг. Звучить музика. Один із членів групи стає навпроти всієї групи і танцює, висловлюючи в танці послідовно такі

міжособистісні стосунки: домінування, підпорядкування, ненависть, кохання, не роблячи чітких пауз між ними.

Порядок вираження почуттів центральним учасником невідомий іншим. Існує лише одне обмеження — заключним ставленням має бути кохання. Ведучий просить центрального учасника згадати реальні ситуації, у яких він відчував до когось ці відносини, чи об'єкта цих відносин.

Інші члени тренінгу емпатично віддзеркалюють рухи центрального учасника, усвідомлюючи свої почуття. Саме через почуття, що виникають у процесі копіювання, а не шляхом спостереження за тим, як танцює центральний учасник, члени групи намагаються зрозуміти, де проходить кордон між домінуванням, підпорядкуванням, ненавистю і любов'ю. Потім на місце цього учасника стає інший.

Обговорення проводиться після танцю кожного із членів групи, після закінчення вправи всіма учасниками – загальне обговорення.

#### *Схеми обговорення*

Обмін почуттями «тут і тепер».

Які стосунки було висловити легше, які складніше?

Що відчували члени групи, коли танцювали так, як центральний учасник?

Де проходила межа між відносинами, що виражаються, в якій послідовності були представлені ці відносини?

Які виразні засоби (жести, міміка, пози, погляд тощо) були використані учасниками для вираження відносин домінування, підпорядкування, ненависті та любові?

#### ***Заключна вправа «Значущий інший»***

*Цілі:* символічне вирішення суб'єктивно важливої проблеми; катарсичне вивільнення стримуваних почуттів.

*Час:* 1 - 1,5 години.

*Матеріали:* музичний супровід на вибір учасників.

*Опис проведення*

У житті кожного з нас була чи є людина, відносини з якою для нас суб'єктивно дуже значущі. Ці відносини іноді переживають кризу. Буває, що нам не завжди вистачає мудрості зберегти їх.

Ведучий просить одного з учасників вибрати із групи людину. Вона сідає у центр кола (замість такої людини можна просто поставити у центр кола стілець). Завдання учасника – показати в танці, як би він зараз вирішив цю проблему для себе, свої почуття до іншого.

Завдання іншого – усвідомлювати свої почуття. За бажання він може включитися у взаємодію з «активним» учасником. Вправа триває доти, доки кожен охочий не побуває активним учасником.

#### *Схеми обговорення*

Обмін почуттями «тут і тепер».

#### **Заняття 7**

##### ***Розминка «Танець живота»***

*Цілі:* «розігрів» учасників, включення в роботу; розслаблення «м'язового панцира» в області тазу; стимулювання міжособистісної взаємодії групи.

*Час:* 10-15 хвилин.

*Матеріали:* ритмічна східна музика (наприклад, записи арабських чи турецьких пісень).

#### *Опис проведення*

Звучить музика. Учасники стають у коло або розходяться залом, ритмічно рухаючи тазом і стегнами, максимально використовуючи всілякі положення, усвідомлюючи свої почуття і виявляючи зони напруг. Можливе виконання цієї вправи з використанням прийому кінестетичної емпатії. Спочатку один учасник робить свій «танець живота», а решта віддзеркалюють його рухи, потім наступний.

#### ***Основна вправа. Вправа «Запросіть потанцювати»***

*Цілі:* актуалізація міжособистісних відносин у групі; дослідження способів входження в контакт та виходу з контакту; стимулювання активності та ініціативи у встановленні відносин з іншими людьми.

*Час:* 1,5 – 2 години.

*Матеріали:* музичний супровід.

*Опис проведення*

З усієї групи за бажанням вибирається один учасник, який зазнає труднощів у встановленні відносин із людьми. Інші учасники сідають у коло.

Завдання центрального учасника – вступити з кожним членом групи в контакт (запросити на танець) і за деякий час вийти з контакту. Завдання партнера центрального учасника – слідувати почуттям «тут і тепер». Завдання решти – спостерігати, відзначаючи найбільш характерні особливості взаємодії центрального учасника з партнером.

*Схеми обговорення*

Обмін почуттями «тут і тепер!» (центрального учасника, його партнери, спостерігачі).

Який ступінь психологічної близькості (дуже близькі, швидше близькі, віддалені, відчужені відносини) було встановлено між партнерами у кожному окремому випадку?

Якими є найбільш характерні особливості взаємодії центрального учасника з партнерами?

***Заключна вправа «Всі з усіма»***

Виконується аналогічно вправі № 1 із заняття № 5, з тією лише різницею, що тут учасники стають у два кола — зовнішнє та внутрішнє та, пересуваючись один щодо одного, взаємодіють із великою кількістю учасників.

**Заняття 8**

***Розминка «Рухи на пам'ять»***

*Цілі:* «розігрів» учасників; усвідомлення та прийняття групового досвіду; взаємне прийняття учасниками групи одне одного.

*Час:* 0,5 – 1 год.

*Матеріали:* музичний супровід (джазова мелодія).

*Опис проведення*

Учасники стають у коло. Звучить музика. Один із учасників виходить у центр кола і копіює почергово характерні рухи решти учасників групи, ті рухи, які він хотів би привласнити, включити до свого експресивного репертуару. Завдання спостерігачів — з'ясувати, кому із групи належать ці рухи.

Після того, як автора рухів угадано, центральний учасник може пояснити, чому він би взяв саме ці рухи, що для нього стоїть за цими рухами. Вправа триває доти, доки кожен учасник не побуває в колі.

***Основна вправа. Вправа «Груповий танець»***

*Мета:* усвідомлення та прийняття групового досвіду.

*Час:* 1 год.

*Матеріали:* музичний супровід (вибирається групою).

*Опис проведення*

Групі дається завдання — скласти та протанцювати груповий танець, який символізував би розвиток групи з першого заняття до останнього. Ведучий при цьому залишає групу, надавши групі придумати і поставити груповий танець самостійно. В інструкції, яку він дає групі, зауважує, що в цьому танці може бути відведена роль і для нього. І тут перед тим, як фінальний танець буде виконано, група має дати йому завдання, що робити.

Коли танець придуманий та відрепетирований, група кличе ведучого і вони всі разом танцюють груповий танець.

*Схеми обговорення*

Як ви оцінюєте досвід, набутий у групі?

Чи відбулася динаміка внутрішньогрупових міжособистісних відносин?

Чи змінилося ваше ставлення до групи та кожного учасника?

Як ви бачите зараз своє місце у групі? А на початку занять?

Отже, програма тренінгу відпрацьована. Розглянемо в наступному підрозділі її результати.

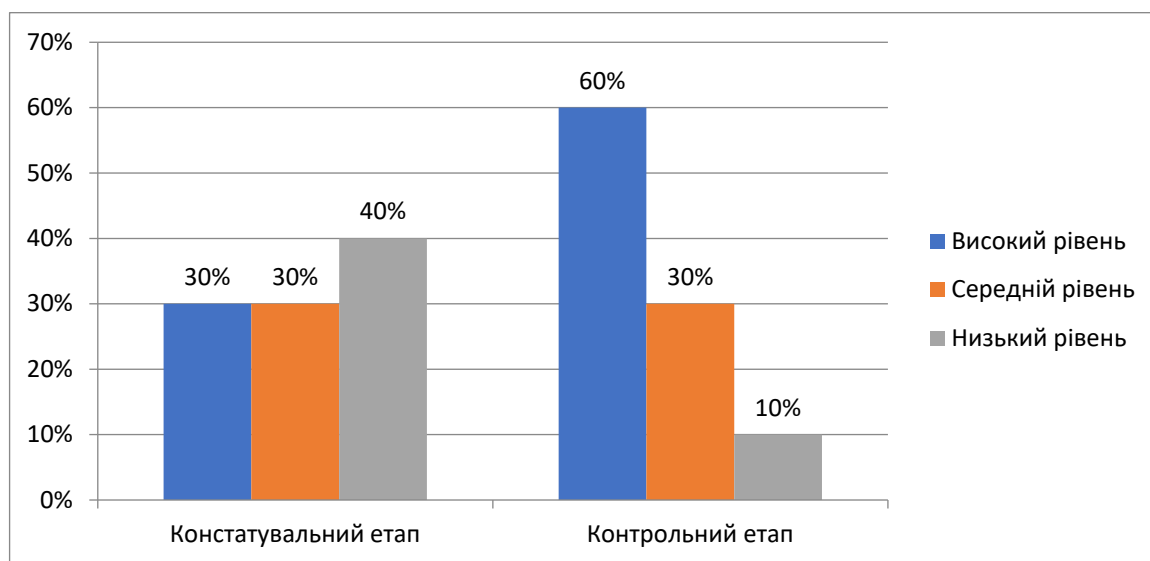
### 3.2. Оцінка ефективності програми танцювально-рухової терапії для відновлення психічного здоров'я особистості

З метою оцінки ефективності програми танцювально-рухової терапії для відновлення психічного здоров'я особистості було повторно використано дві з методик, що були задіяні на констатувальному етапі дослідження, а саме: методику САН та «Шкалу депресії» А. Бека.

За підсумками повторного використання методики САН «Самопочуття. Активність. Настрій» були отримані такі показники.

За шкалою «Самопочуття» високий рівень, співвідносний із уявленнями про позитивний поточний стан самосприйняття учасників дослідження, було діагностовано в 60% співробітниць центру зайнятості. Середній рівень за шкалою «Самопочуття» було продемонстровано 30% учасників дослідження. Низький рівень за шкалою «Самопочуття», співвідносний із уявленнями про стабільно негативний поточний стан самосприйняття, було отримано 10% співробітниць центру зайнятості.

Більш докладно співвідношення результатів співробітниць центру зайнятості за шкалою «Самопочуття» методики САН до і після корекції представлено на рисунку 3.1.

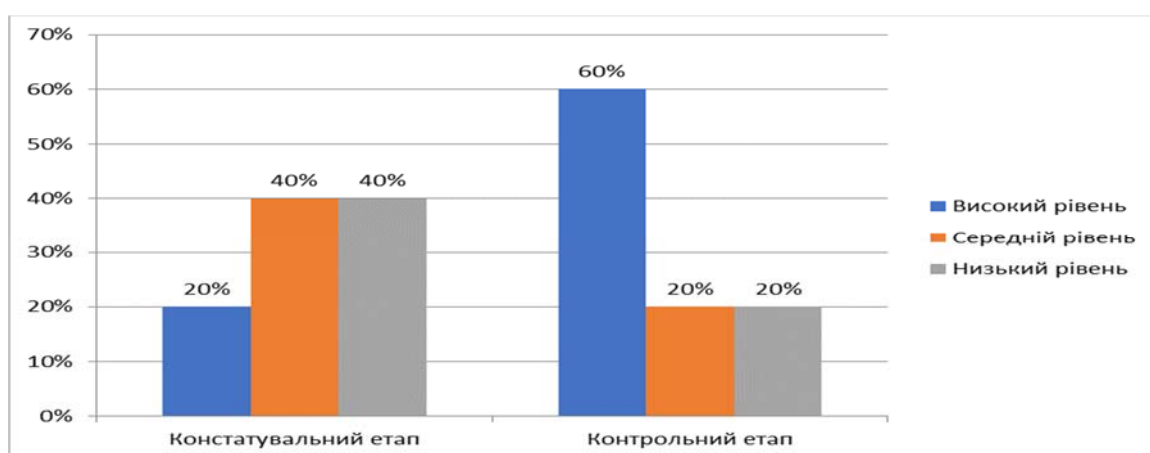


**Рис. 3.1.** Співвідношення результатів дослідження співробітниць центру зайнятості за шкалою «Самопочуття» методики САН до і після корекції



За шкалою «Активність» високий рівень, співвідносний із уявленнями про значну схильність до активної життєдіяльності, було продемонстровано 60% опитаних співробітниць центру зайнятості. Середній рівень за шкалою «Активність» було продемонстровано 20% опитаних співробітниць центру зайнятості. Низький рівень за шкалою активності превалював у відповідях 20% співробітниць центру зайнятості.

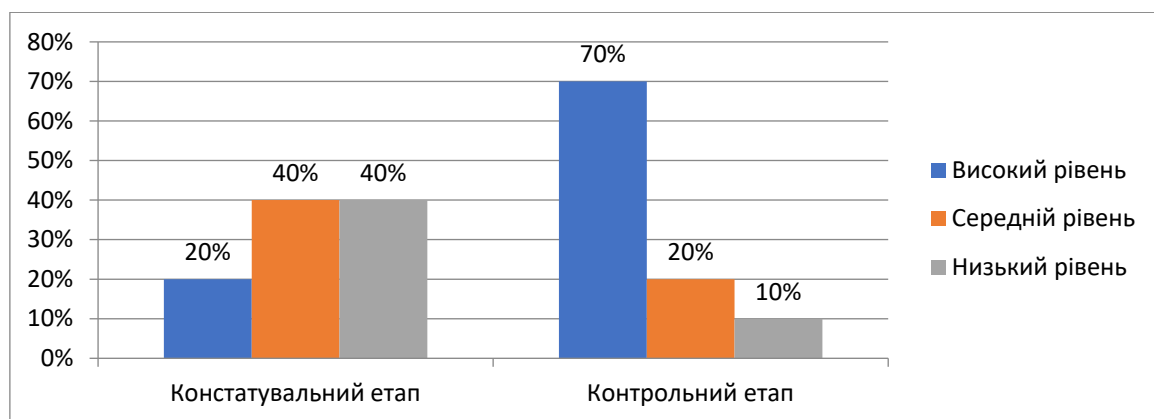
Більш докладно співвідношення результатів дослідження співробітниць центру зайнятості за шкалою «Активність» методики САН до і після корекції представлено на рисунку 3.2.



**Рис. 3.2. Співвідношення результатів дослідження співробітниць центру зайнятості за шкалою «Активність» методики САН до і після корекції**

За шкалою «Настрій» високий рівень, співвідносний із уявленнями про стабільний позитивний настрій, було діагностовано в 70% співробітниць центру зайнятості. Середній рівень за шкалою «Настрій» було продемонстровано 20% учасників дослідження. Низький рівень за шкалою «Настрій», співвідносний із уявленнями про стабільно його негативний поточний стан, було отримано 10% співробітниць центру зайнятості.

Більш докладно співвідношення результатів дослідження співробітниць центру зайнятості за шкалою «Настрій» методики САН до і після корекції представлено на рисунку 3.3.



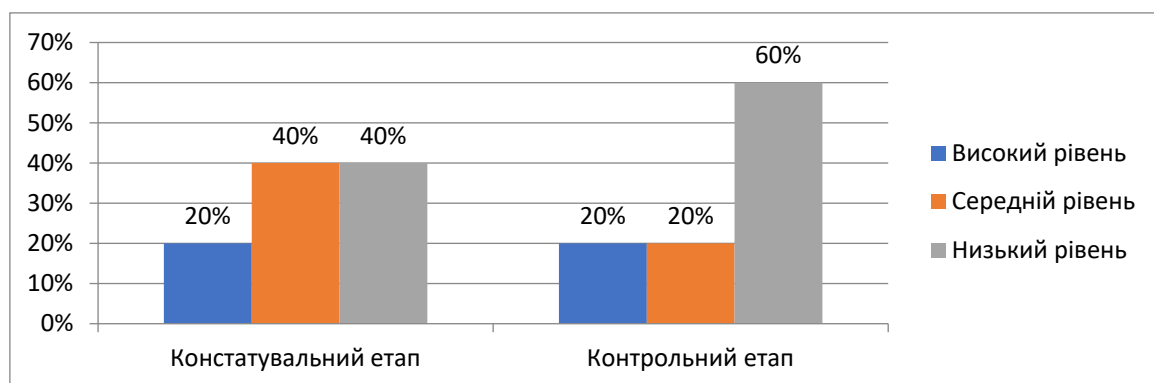
**Рис. 3.3. Співвідношення результатів дослідження за шкалою «Настрій» методики САН до і після корекції**

Отже, за підсумками повторного використання методики САН серед співробітниць центру зайнятості було відзначено зміну на користь високих показників. Співробітниця центру зайнятості відзначають наявність покращення поточного стану свого самопочуття і настрою, активізацію життєдіяльності.

За підсумками повторного використання шкали депресії Бека було отримано такі результати.

Низький рівень схильності до переживання депресивних станів продемонстрували 60% від загальної кількості опитаних. Середній рівень схильності до переживання депресивних станів продемонстрували 20% учасників дослідження від загальної кількості опитаних. Високий рівень схильності до переживання депресивних станів було виявлено у 20% учасників дослідження від загальної кількості опитаних.

Показники схильності до переживання депресивних станів за підсумками використання шкали депресії Бека до і після корекції представлені на рисунку 3.4.



**Рис. 3.4. Показники схильності до переживання депресивних станів в групі учасників дослідження за результатами використання шкали депресії Бека до і після корекції**

Узагальнення та систематизація результатів повторного використання шкали депресії Бека дало підставу стверджувати про зниження схильності до депресії в учасниць дослідження після проведення психокорекційної програми. Респондентки стали позитивніше сприймати світ навколо себе й віднаходити внутрішні особистісні ресурси для протистояння чинникам, які до того провокували в них виникнення депресивних станів.

Для встановлення достовірності результатів емпіричного дослідження нами було застосовано t-критерій Стюдента. Цей критерій призначений для порівняння двох залежних вибірок і ґрунтується на порівнянні середніх значень цих вибірок за певними показниками.

Результати порівняння показників за методикою «Самопочуття. Активність. Настрій» до та після проведення корекції наведено в таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

**Значимі відмінності в показниках за методикою «Самопочуття. Активність. Настрій» до та після проведення корекції**

Показник	Результати до проведення корекції	Результати після проведення корекції	Значимість t-Стюдента
Самопочуття	5,6	7,3	0,016
Активність	5,1	6,9	0,016
Настрій	5,4	7,1	0,016

Статистична двостороння значимість за t-критерієм Стюдента складає менше 0,05. Це свідчить про наявність значимих відмінностей між показниками за методикою «Самопочуття. Активність. Настрій» до та після проведення

корекції та дозволяє зробити висновок про покращення результатів після участі респонденток у корекційній програмі.

Результати порівняння показників за методикою «Шкала депресії А. Бека» до та після проведення корекції наведено в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

**Значимі відмінності в показниках за методикою «Шкала депресії А. Бека» до та після проведення корекції**

Показник	Результати до проведення корекції	Результати після проведення корекції	Значимість t-Стьюдента
Схильність до переживання депресивних станів	29,4	17,3	0,016

Статистична двостороння значимість за t-критерієм Стьюдента складає менше 0,05, що свідчить про наявність значимих відмінностей між показниками за методикою «Шкала депресії А. Бека» до та після проведення корекції та дозволяє зробити висновок про зниження схильності до переживання депресивних станів у респонденток після їхньої участі в корекційній програмі.

### **ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3**

З метою відновлення психічного здоров'я особистості було розроблено програму танцювально-рухової терапії, в основу якої покладено напрацювання терапевтів з «Асоціації танцювально-рухових терапевтів України» та практики, викладені в літературних джерелах по танцювально-руховій терапії.

Мета занять програми тренінгу: відновлення психічного здоров'я, розвиток та зміна системи відносин та взаємин особистості, відношення до себе.

Кожне заняття складається зі вступної частини (розминки, «розігріву»), однієї-двох основних вправ, на які припадає максимум часу, емоційної насиченості, та заключної частини.

Програма тренінгу може бути використана як у реальних групах з метою оптимізації соціально-психологічного клімату, актуалізації та зміни відносин, так і у формувальних групах для створення сприятливого соціально-психологічного клімату, згуртування членів групи, розвитку учасників як суб'єктів відносин. Крім того, танцювально-експресивний тренінг може використовуватися для специфічної категорії клієнтів з нерозвиненими здібностями рефлексії та депресивно-тривожними станами, а також для клієнтів з різними проблемами в галузі ставлення до себе та міжособистісних відносин: проблемами дитячо-батьківських відносин, подружніх, дружніх відносин, проблемами відсутності близьких емоційних відносин із іншими тощо.

З метою оцінки ефективності програми танцювально-рухової терапії для відновлення психічного здоров'я особистості було повторно використано дві методики з констатувального етапу дослідження, а саме: САН та «Шкала депресії» А. Бека.

За підсумками повторного використання методики САН серед співробітниць центру зайнятості було відзначено зміну на користь високих показників. Співробітниці центру зайнятості відзначають наявність покращення поточного стану свого самопочуття і настрою, активізацію життєдіяльності.

Узагальнення та систематизація результатів повторного використання шкали депресії Бека дало підставу стверджувати про зниження схильності до депресії в учасниць дослідження після проведення психокорекційної програми. Респондентки стали більш позитивно сприймати світ навколо себе й віднаходити внутрішні особистісні ресурси для протистояння чинникам, які до того провокували в них виникнення депресивних станів.

## ВИСНОВКИ

Таким чином, психічне здоров'я особистості - це, в першу чергу, відсутність психічних хвороб та розладів, які є об'єктом розгляду в медичній площині. Це динамічний стан внутрішньої рівноваги та благополуччя, який дозволяє людині адаптуватися до життєвих викликів, реалізувати свої потенційні можливості, справлятися з поточними нестандартними ситуаціями, розвивати самосвідомість та навички сприйняття свого «Я», будувати стосунки, зберігати цілісність особистості та продуктивно взаємодіяти з навколишнім середовищем, в тому числі в сім'ї та колективі. Це здатність людини не лише витримувати стрес, а й знаходити в ньому можливості для власного зростання та самореалізації.

Об'єктом дослідження в даній роботі є психічне здоров'я особистості як синонім здоров'я психологічного, що включає в себе, як зазначено нами в першому розділі, наступні складові:

1. Емоційне благополуччя: здатність контролювати і регулювати свої емоції, відчуття задоволеності життям, оптимізм, здатність справлятися з негативними емоціями, такими як тривога, страх, розчарування, гнів.
2. Когнітивне здоров'я: адекватне мислення, ясність і гнучкість розуму, здатність вирішувати проблеми, приймати рішення і вчитися на життєвому досвіді.
3. Соціальне здоров'я: здатність взаємодіяти з іншими людьми, підтримувати стосунки, налагоджувати контакти, вміння бути частиною спільноти, співпрацювати і підтримувати соціальні зв'язки, емпатія, розуміння та підтримка інших.
4. Психологічна стійкість: здатність адаптуватися до змін, справлятися зі стресом і травматичними ситуаціями, ментальна гнучкість і здатність відновлюватися після складних періодів.
5. Самооцінка та самоприйняття: адекватне ставлення до себе, прийняття своїх сильних і слабких сторін, відчуття впевненості у своїх можливостях.

6. Духовне здоров'я: відчуття сенсу та цілі в житті, гармонія з власними переконаннями, цінностями і життєвою позицією, можливість відчутти зв'язок із чимось більшим, ніж власне "я" (релігійні, філософські або духовні аспекти).

Психічне здоров'я людини - це не статичний стан. Воно змінюється під впливом різних життєвих обставин, натиском зовнішніх та внутрішніх факторів, таких як нестабільність, неоднозначність, невизначеність, складність та відсутність чіткого та надійного прогнозу на майбутнє в сучасному світі. Повсякденне життя особистості в час загальносвітових трансформацій, інформаційного тиску, військових конфліктів тощо змушують людини знаходитись в стані постійного емоційного напруження. В цьому випадку, намагання розвитку власних ресурсів, регулярна робота над собою, задіяння корекційних психологічних технік та методик за допомогою фахівців чи на власному рівні сприяє підтриманню психічного здоров'я особистості на життєво безпечному рівні.

Одним з таких шляхів пізнання себе та підтримання і відновлення психічного здоров'я є танцювальна терапія, психотерапевтичний метод, який використовує рух і танець для сприяння емоційному, фізичному та психологічному здоров'ю, дозволяє знайти шлях до пізнання та сприйняття себе.

Відновлення діалогу зі своїм тілом через танець, рух та творчість дозволяє навчитися відчувати себе частиною навколишнього світу. Від того, в якому настрої людина прокидається і яке зберігає протягом дня, залежить успіх її життя, унікального та неповторного.

Емпіричне дослідження сформованості складових психологічного здоров'я особистості у співробітників Державного центру зайнятості проводилося в онлайн-форматі за допомогою сервісу Google Форми. Учасниками дослідження стали 18 співробітниць Державного центру зайнятості віком від 31 до 52 років.

Для визначення складових психологічного здоров'я особистості були використані такі психодіагностичні методики:

1. Методика «Самопочуття. Активність. Настрій» (В. Доскін);

2. Методика «Шкала депресії» А. Бека;
3. Тест «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності» Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна;
4. Тест життєстійкості С. Мадді.

За підсумками використання методики САН серед співробітниць центру зайнятості було відзначено перевагу низьких та середніх показників. Співробітниці центру зайнятості відзначають переважно негативний поточний стан власного самопочуття і настрою, відсутність активності життєдіяльності.

Узагальнення та систематизація результатів використання шкали депресії Бека дало підставу розглядати вплив схильності до депресії на розвиток особливостей сприйняття учасниками дослідження себе у світі у деструктивному та конструктивному діапазоні. Це дозволило стверджувати, що оптимальний рівень схильності до депресії забезпечує ефективність сприйняття учасниками дослідження себе у важливих ситуаціях і спонукає учасників дослідження до вибору, трансформації, самоактуалізації та самосвідомості. Щодо деструктивного впливу, необхідно відзначити, що надмірний рівень схильності до переживання депресивних станів призводить до порушення в особистісному становленні, що перешкоджає нормальному виконанню власних обов'язків.

Оперування методикою з'ясування актуальних показників, пов'язаних із особистісною та ситуативною тривожністю, продемонструвало перевагу з-поміж респондентів середньорівневих та високорівневих результатів.

За підсумками використання методики «Тест життєстійкості» було виокремлено такі психологічні закономірності виявленості зазначеної характеристики в учасників дослідження. Так, практично за всіма розглянутими шкалами тесту було відзначено домінування середнього рівня.

Учасники дослідження мають певну систему переконань стосовно себе, світу та відносин із ним. Така відносна означеність життєвих пріоритетів дозволяє їм відносно стійко переносити стресові ситуації, хоча, понад те, в найскладніших життєвих перипетіях вони все одно потребують допомоги більш залученого до соціального життя колеги. Вони в цілому вірять в успішність



боротьби за здійснення позитивних життєвих змін, проте, не завжди готові боротися самостійно без спонукання та підтримки збоку.

Учасники дослідження загалом задоволені власною поточною діяльністю та сформованістю контактів навколо неї. Проте вони почуваються не настільки впевненими, аби ризикувати заради покращення поточного становища. Для них характерною постає наявність переконаності в тому, що всі події, що з ними відбуваються, мають позитивний вплив на їх розвиток, адже надають безцінний досвід, байдуже, позитивним чи негативним він є. Вони розглядають життя як джерело набуття досвіду, загалом здатні ризикувати, якщо впевнені, що це ризик допоможе їм поглибити власний досвід.

З метою відновлення психічного здоров'я особистості було розроблено програму танцювально-рухової терапії.

Мета занять програми тренінгу: відновлення психічного здоров'я, розвиток та зміна системи відносин та взаємин особистості. Кожне заняття складається зі вступної частини (розминки, «розігріву»), однієї-двох основних вправ, на які припадає максимум часу, емоційної насиченості та заключної частини.

Програма може бути використана як у реальних групах з метою оптимізації соціально-психологічного клімату, актуалізації та зміни відносин, так і у формувальних групах для створення сприятливого соціально-психологічного клімату, згуртування членів групи, розвитку учасників як суб'єктів відносин. Крім того, танцювально-експресивний тренінг може використовуватися для специфічної категорії клієнтів з нерозвиненими здібностями рефлексії та підвищеним рівнем тривожності та депресивності, а також для клієнтів з різними проблемами в галузі ставлення до себе та міжособистісних відносин: проблемами дитячо-батьківських відносин, подружніх, дружніх відносин, проблемами відсутності близьких емоційних відносин із іншими тощо.

З метою оцінки ефективності програми танцювально-рухової терапії для відновлення психічного здоров'я особистості було повторно використано дві з методик, задіяних на констатувальному етапі дослідження.

За підсумками повторного використання методики САН серед співробітниць центру зайнятості було відзначено зміну на користь високих показників. Співробітниці центру зайнятості відзначають наявність покращення поточного стану свого самопочуття і настрою, активізацію життєдіяльності.

Узагальнення та систематизація результатів повторного використання шкали депресії Бека дало підставу стверджувати про зниження схильності до депресії в учасниць дослідження після проведення психокорекційної програми. Респондентки стали більш позитивно сприймати світ навколо себе й віднаходити внутрішні особистісні ресурси для протистояння чинникам, які до того провокували в них виникнення депресивних станів.

А отже, танцювально-рухова терапія, як засіб відновлення психічного здоров'я особистості, безумовно, має перспективи розвитку в Україні. Це доволі новий для нашої країни вид терапії і досить незвичний для населення. Разом з тим, після багатьох років відношення до танцю як до елітного мистецтва, танцювально-рухова терапія повертає йому первісний зміст: неважливо як людина рухається, важливо, що вона відчуває, адже тіло та його рухи – це первісна мова, якій властиві щирість та можливість виказати невимовне.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анненков М. Танцювально-рухова терапія. *Збірник студентських наукових праць*. 2017. № 1 (7). С. 58–63.
2. Барчі В.В. Психологічне здоров'я: надання психологічних послуг населенню. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: збірник матеріалів IV Всеукраїнської науково-практичної конференції (18 жовтня 2019 року) / уклад. З.Р. Кісіль. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ. 2019. 312 с.
3. Бондаренко А. С. Особливості танцювально-рухової терапії. Використання ресурсів позашкільної освіти у процесі соціалізації дітей з особливими освітніми потребами: зб. наук. пр. Харків, 2021. С. 28–30.
4. Буркало Н. Арт-терапія в сучасній психології. *Psychological journal*. 2019. Т. 5, № 9. С. 189–204.
5. Василевська О. І. Психічне здоров'я особистості. *Єдність навчання і наукових досліджень – головний принцип університету: зб. наук. пр.* Київ, 2013. С. 289–291.
6. Вільховченко Т. І. Розвиток танцювально-рухової терапії в Україні. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. 2017. № 2 (1). С. 25–31.
7. Винничук Р., Федик С. Ментальне здоров'я організації: визначення та сутність. *Наукові інновації та передові технології*. 2023. № 9 (23). С. 90–104.
8. Вознесенська О., Гельбак А., Демченко І. Креатотерапія як метод психолого-педагогічного супроводу, відновлення та гармонійного розвитку особистості. *Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму: Матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції (м. Кам'янець-Подільський, 21-22 травня 2024 р.)*. Кам'янець-Подільський : НРЗВО КПДІ, 2024. С. 208-211.
9. Володарська Н. Д. Інтегративність методів відновлення психологічного здоров'я родини в роботі сімейного психолога. *Психологічна допомога*

*обдарованим учням та студентам в умовах воєнного стану: тези доповідей.* Київ, 2022. С. 13-16.

10. Волчукова В. М. Розвиток невербальної комунікації на прикладі танцювально-рухової терапії. *Вісник Харківської державної академії дизайну і мистецтв.* 2008. № 10. С. 16–20.

11. Галецька І. І. Критерії психологічного здоров'я. *Вісник Львівського університету. Філософські науки.* 2007. № 10. С. 317–328.

12. Галецька І. І. Психологічне здоров'я як проблема національної безпеки. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна.* 2012. № 2 (1). С. 49–58.

13. Галушко Л. Я. Глибинна психокорекція як метод самозбереження ментального здоров'я людини. *Психологія і соціальна робота у XXI столітті: зб. наук. матеріалів I Міжнарод. наук.-практ. форуму.* Полтава, 2023. С. 156–159.

14. Гільман А. Ю., Дмиш Л. Я. Дослідження ризиків для здоров'я осіб, що працюють в особливо небезпечних умовах. *Public Health Journal.* 2023. № 3. С. 44–53.

15. Гладіліна О. О. Танцювально-рухова терапія як засіб збереження та зміцнення здоров'я. *Безпека життя і діяльності людини: теорія та практика: зб. наук. пр.* Полтава, 2020. С. 378–379.

16. Горбунова В., Климчук В., Романчук О. Психічне здоров'я підлітків: складові, фактори ризику і фактори захисту. *Актуальні проблеми психічного здоров'я: Збірник наукових праць [за матеріалами Всеукраїнської студентської інтернет-конференції (м. Житомир, 25 травня 2023 р.)].* Житомирський державний університет імені Івана Франка. Житомир, Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2023. С. 142-145.

17. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма: аналіз та шляхи її подолання. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: Педагогічні та психологічні науки.* 2015. № 1. С. 378–390.

18. Гуменюк Ю., Олексіюк О., Гаркавенко Н. Психокорекція посттравматичних стресових розладів: тривожність та її подолання. *Психологія: реальність і перспективи*. 2023. № 20. С. 30–38.

19. Іванюк О., Мельник І., Прошкуратова Т. Психосемантика поняття «психічне здоров'я» у мовній свідомості студентів педагогічних спеціальностей. *Psycholinguistics*. 2022. Т. 31, № 1. С. 44–62.

20. Іваць А. Р., Романів О. П. Збереження психічного здоров'я дітей шкільного віку. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. № 3. С. 322–323.

21. Калениченко Р., Клевець Л., Петухова І. Психокорекція психосоматичних проявів у здобувачів вищої освіти засобами музикотерапії. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. С. 31–36.

22. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я: сутність, основні детермінанти, стратегії та програми забезпечення. *Psychological journal*. 2021. Т. 7, № 5. С. 26–37.

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

24. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни: навч.-методичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 184 с.

25. Карамушка Л. М. До проблеми розробки технологій забезпечення психологічного здоров'я особистості в умовах війни. *Організаційна психологія. економічна психологія*. 2024. № 2 (32). С. 41–58.

26. Корнієнко В. В. Психодіагностика та корекція. метод. рекомендації до вивчення курсу. Дніпро : Дніпров. держ. унт внутр. справ, 2024. 39 с.

27. Коробка Л. М. Психологічне здоров'я людини в контексті здорового способу життя. *Освіта регіону. Політологія, психологія, соціальні комунікації*. 2011. № 2. С. 332–339.

28. Костюк Д., Костюк В. Психічне та психологічне здоров'я особистості: поняття, зміст та критерії. *Вісник Національного університету оборони України*. 2018. С. 45–50.

29. Коць М. О. Вікова психодіагностика та психокорекція: методичні рекомендації до вивчення освітнього компонента. Луцьк: ВНУ імені Лесі Українки, 2022. 24 с.

30. Кушнір Ю. В. Психодіагностика: навчальний посібник для студентів соціологів. Донецьк: КиЦ, 2012. 346 с.

31. Лисенко Л. М. Теоретичні аспекти проблеми психічного здоров'я особистості. *Психологія: реальність і перспективи*. 2015. № 4. С. 154–157.

32. Лобоцька М. Подолання невпевненості у сучасних підлітків засобами танцювально-рухової терапії. Збірник тез доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції «Трансформація бізнесу для сталого майбутнього: дослідження, діджиталізація та інновації». 2022. С. 154–155.

33. Максименко С. Д., Максименко К. С., Панасенко Н. М., Клименко В. В., Цехмістер Я. Диференційна психологія: підручник. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2013. 496 с.

34. Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнерьова А. М., Невмержицький В. М. Психічне здоров'я особистості: підручник для вищих навчальних закладів. Київ: «Видавництво Людмила», 2021. 438 с.

35. Мелега К. П. Сучасні технології здоров'язбереження: навчальний посібн. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2018. 200 с.

36. Міров Д. Психічне здоров'я: поняття та структура. *Актуальні проблеми особистісного зростання*. 2019. Вип. 1. С. 90–91.

37. Нагула О. Л. Особистісна психокорекція у підготовці майбутнього психолога-практика. *Педагогічний процес: теорія та практика*. 2016. С. 25–31.

38. Назарук В. Л., Дністрянська М. В. Танцювально-рухова терапія як засіб фізичної терапії. *Медсестринство*. 2023. № 1. С. 27–31.

39. Оксентюк Н. В. Проблема психічного здоров'я: європейський досвід. *Психологія: реальність і перспективи*. 2018. № 10. С. 107–114.

40. Пилипака Ю. І., Романюк В. Л. Стрес як загальний адаптаційний синдром та психічне здоров'я особистості. *Психологія: реальність і перспективи*. 2016. № 6. С. 177–182

41. Разводова М. В. Теоретичні аспекти становлення та формування танцювальної арт-терапії. *Наукові записки. Серія: Педагогічні науки*. 2024. № 214. С. 300–304.

42. Рева Я. Танцювальна терапія як інноваційна технологія особистісного розвитку. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2022. Вип 47, том 3. С. 30-34.

43. Романюк В. Л., Пилипака Ю. І. Реактивність та психічне здоров'я особистості. *Психологія: реальність і перспективи*. 2016. № 7. С. 182–188.

44. Сідун О. Ю. Профілактика та психокорекція подолання підвищеної сугестивності в юнацькому віці. *The Caucasus. Economic and Social Analysis Journal of Southern Caucasus*. 2017. Т. 3, № 18. С. 25–29.

45. Сидоренко О. О. Танцювально-рухова терапія як метод практичної корекції. *Система надання освіти дітям з особливими освітніми потребами в умовах сучасного закладу : збірник за матеріалами VIII Всеукр. науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Лисичанськ, 09 грудня 2020 року)*. Лисичанськ : ВП «Лисичанський педагогічний коледж Луганського національного університету імені Тараса Шевченка», 2020. С. 192-195.

46. Sodolevska V. Вплив війни на психічне здоров'я молоді: роль резилієнсу та психологічних інтервенцій. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2024. Т. 9, № 3. С. 34–50.

47. Спицька Л. Психічні розлади особистості: сучасний стан постановки проблеми. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія»: серія «Психологія»*. 2023. № 16. С. 84–89.

48. Терещенко Л. А., Петровська Т. В. Психологічний підхід до визначення поняття «психічне здоров'я» суб'єктів взаємодії в освітньому просторі. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*. Київ; Житомир: ЖДУ ім. І. Франка, 2019. Т. VI: Психологія обдарованості. Вип. 15. С. 340–348.

49. Ткачишина О. Р. Проблема ментального здоров'я в Україні: психологічний аналіз. *Habitus*. 2023. № 53. С. 207–211.

50. Тимофієва М. П. Психологія здоров'я. Київ: Двіжона, 2009. 296 с.Тка

51. Товстуха О. М., Чумак О. О. Психодіагностика: навчально-методичний посібник для організації навчальної роботи з курсу психодіагностики для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня за освітньо-професійною програмою 053 «Психологія». Полтава : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2024. 121 с.

52. Фомич М. Теоретичні концепції психічного здоров'я особистості в психологічній науці. *Вісник Національного університету оборони України*. 2018. С. 103–109.

53. Ціборовський О. М. Здоров'я населення і фактори ризику, що впливають на його стан, як об'єкт управління (огляд літератури). *Україна. Здоров'я нації*. 2015. № 2. С. 13–19.

54. Чорна І. М. Теоретико-аналітичний огляд потенціалу застосування психотерапевтичного методу танцювальної терапії в роботі психолога. *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*. 2017. № 6. С. 286–293.

55. Шаронова І. В. Психічне здоров'я особистості як предмет психологічного дослідження. *Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. І. Огієнка, Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*. 2013. № 20. С. 13–27.

56. Шестопалова Л. Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти. *Гуманітарний часопис*. 2005. № 1. С. 103–108.

57. Шафранський В. В., Дудник С. В. Психічне здоров'я населення України: стан, проблеми та шляхи вирішення. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 3. С. 12–18.



58. Ясній О. Вплив війни та вимушеного переселення на психічне здоров'я дітей і підлітків (огляд літератури). *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2024. Т. 9, № 1. С. 68–78.

59. Bernstein B. Empowerment-focused dance/movement therapy for trauma recovery. In *Social Justice in Dance/Movement Therapy: Practice, Research and Education*. Cham: Springer Nature Switzerland, 2022. С. 55–75.

60. Dieterich-Hartwell R., Goodill S., Koch S. Dance/movement therapy with resettled refugees: A guideline and framework based on empirical data. *The Arts in Psychotherapy*. 2020. № 69. Art. 101664.

61. Lauffenburger S. K. «Something more»: The unique features of dance movement therapy/psychotherapy. *American Journal of Dance Therapy*. 2020. Т. 42, № 1. С. 16–32.

62. Millman L. M., Terhune D. B., Hunter E. C., Orgs G. Towards a neurocognitive approach to dance movement therapy for mental health: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2021. Т. 28, № 1. С. 24–38.

63. Millman L. M., Hunter E. C., Terhune D. B., Orgs G. Online structured dance/movement therapy reduces bodily detachment in depersonalization-derealization disorder. *Complementary therapies in clinical practice*. 2023. Т. 51. Art. 101749.

64. Serlin I. A. Dance/movement therapy: A whole person approach to working with trauma and building resilience. *American Journal of Dance Therapy*. 2020. Т. 42, № 2. С. 176–193.

65. Wu C. C., Xiong H. Y., Zheng J. J., Wang X. Q. Dance movement therapy for neurodegenerative diseases: A systematic review. *Frontiers in Aging Neuroscience*. 2022. Т. 14. Art. 975711.

## ДОДАТКИ

Додаток А

Первинні дані за методикою «Самопочуття. Активність. Настрій»

Ім'я (або №)	Самопочуття	Активність	Настрій
Респондент 1	3,1	3,1	3,3
Респондент 2	6,8	5,3	5,6
Респондент 3	4,8	4,3	4,2
Респондент 4	2,8	2,6	2,2
Респондент 5	4,4	4,7	4,9
Респондент 6	8,1	8,3	9,3
Респондент 7	3,1	2,7	3,1
Респондент 8	6,6	7,0	7,5
Респондент 9	3,8	3,1	3,4
Респондент 10	7,3	7,0	7,5
Респондент 11	3,6	5,5	5,7
Респондент 12	3,2	3,0	3,1
Респондент 13	6,9	7,1	7,1
Респондент 14	3,5	3,5	3,5
Респондент 15	4,6	5,1	5,1
Респондент 16	2,4	3,6	3,0
Респондент 17	4,9	5,3	5,1
Респондент 18	4,3	5,7	5,6

## Первинні дані за методикою «Шкала депресії А. Бека»

Ім'я (або №)	Кількість балів
Респондент 1	27
Респондент 2	9
Респондент 3	17
Респондент 4	29
Респондент 5	15
Респондент 6	10
Респондент 7	31
Респондент 8	7
Респондент 9	28
Респондент 10	8
Респондент 11	15
Респондент 12	27
Респондент 13	9
Респондент 14	30
Респондент 15	16
Респондент 16	35
Респондент 17	15
Респондент 18	15

Первинні дані за методикою «Опитувальник тривожності Спілбергера-Ханіна»

Ім'я (або №)	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність (реактивна)
Респондент 1	55	57
Респондент 2	35	34
Респондент 3	37	35
Респондент 4	46	48
Респондент 5	38	37
Респондент 6	19	21
Респондент 7	31	31
Респондент 8	32	36
Респондент 9	62	73
Респондент 10	20	19
Респондент 11	67	66
Респондент 12	51	55
Респондент 13	35	33
Респондент 14	34	33
Респондент 15	32	33
Респондент 16	35	37
Респондент 17	49	48
Респондент 18	48	50

## Первинні дані за методикою «Тест життєстійкості Мадді»

Ім'я (або №)	Життєстійкість	Залученість	Контроль	Прийняття ризику
Респондент 1	65,19	31,12	11,17	10,32
Респондент 2	80,03	37,51	30,18	13,85
Респондент 3	81,17	41,19	29,35	13,39
Респондент 4	63,63	38,13	13,26	10,11
Респондент 5	82,11	37,55	30,06	13,45
Респондент 6	94,18	40,56	35,19	16,83
Респондент 7	61,13	32,44	38,14	11,35
Респондент 8	81,17	36,19	27,78	13,91
Респондент 9	62,14	33,16	10,18	9,14
Респондент 10	89,13	43,13	39,11	18,35
Респондент 11	80,69	37,14	15,32	13,65
Респондент 12	88,14	39,18	14,11	8,17
Респондент 13	89,15	30,06	29,17	14,02
Респондент 14	80,53	38,15	28,17	13,72
Респондент 15	79,98	38,11	29,97	13,81
Респондент 16	87,16	45,84	39,15	17,19
Респондент 17	90,03	30,75	38,18	10,25
Респондент 18	53,12	46,19	25,24	14,05

### Матеріали до методики «Самопочуття. Активність. Настрій»

Інструкція. Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру, що найбільш точно позначає Ваш стан на даний момент.

№	Твердження	Шкала оцінювання	Контртвердження
1	Самопочуття добре	-3 -2 -1 0 1 2 3	Самопочуття погане
2	Почуваюся сильним	-3 -2 -1 0 1 2 3	Почуваюся слабким
3	Пасивний	-3 -2 -1 0 1 2 3	Активний
4	Малорухливий	-3 -2 -1 0 1 2 3	Рухливий
5	Веселий	-3 -2 -1 0 1 2 3	Сумний
6	Добрий настрій	-3 -2 -1 0 1 2 3	Поганий настрій
7	Працездатний	-3 -2 -1 0 1 2 3	Малопрацездатний
8	Сповнений сил	-3 -2 -1 0 1 2 3	Знесилений
9	Повільний	-3 -2 -1 0 1 2 3	Швидкий
10	Бездіяльний	-3 -2 -1 0 1 2 3	Дієвий
11	Щасливий	-3 -2 -1 0 1 2 3	Нещасний
12	Життєрадісний	-3 -2 -1 0 1 2 3	Похмурий
13	Напружений	-3 -2 -1 0 1 2 3	Розслаблений
14	Здоровий	-3 -2 -1 0 1 2 3	Хворий
15	Безініціативний	-3 -2 -1 0 1 2 3	Захоплений
16	Байдужий	-3 -2 -1 0 1 2 3	Схвильований
17	Сповнений сподівань	-3 -2 -1 0 1 2 3	Зневірений
18	Радісний	-3 -2 -1 0 1 2 3	Сумний
19	Добре відпочилий	-3 -2 -1 0 1 2 3	Стомлений
20	Свіжий	-3 -2 -1 0 1 2 3	Виснажений

21	Сонливий	-3 -2 -1 0 1 2 3	Збуджений
22	Бажання відпочити	-3 -2 -1 0 1 2 3	Бажання працювати
23	Спокійний	-3 -2 -1 0 1 2 3	Стурбований
24	Оптимістичний	-3 -2 -1 0 1 2 3	Песимістичний
25	Витривалий	-3 -2 -1 0 1 2 3	Маловитривалий
26	Бадьорий	-3 -2 -1 0 1 2 3	Млявий
27	Розмірковувати важко	-3 -2 -1 0 1 2 3	Розмірковувати легко
28	Розсіяний	-3 -2 -1 0 1 2 3	Уважний
29	Сповнений надій	-3 -2 -1 0 1 2 3	Розчарований
30	Задоволений	-3 -2 -1 0 1 2 3	Незадоволений

Обробка та інтерпретація. При обробці ці цифри перекодовуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід урахувати те, – що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм.

Ключ.

Питання на самопочуття: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Питання на активність: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Питання на настрій: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

### Матеріали до методики «Шкала депресії Бека»

Інструкція щодо заповнення: цей список містить найпоширеніші симптоми тривожності. Будь ласка, ретельно вивчіть кожний пункт. Зауважте, наскільки Вас турбував кожен із цих симптомів протягом **ОСТАННОГО ТИЖНЯ**, включаючи сьогоднішній день, поставивши хрестик у відповідній колонці праворуч.

#### Опитувальник

	0 - зовсім не турбувало	1 - злегка турбувало	2 - середньо турбувало	3 - дуже сильно турбувало
1. Відчуття оніміння та поколювання в тілі				
2. Відчуття жару				
3. Тремтіння в ногах				
4. Неможливість розслабитись				
5. Страх, що станеться найгірше				
6. Головокружіння				
7. Прискорене серцебиття				
8. Нестійкість, нестабільність				
9. Відчуття жаху, це кінець				
10. Дратівливість				
11. Тремтіння в руках				
12. Відчуття задухи				
13. Нерівна хода				
14. Страх втрати контролю				
15. Труднощі з диханням				
16. Страх смерті				
17. Переляк				
18. Шлунково-кишкові розлади				
19. Непритомність				
20. Прилив крові до обличчя				



21.Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)				
--	--	--	--	--

Оцінювання результатів:

0–5 норма

6-8 легкий рівень схильності до депресії

9-18 середній рівень схильності до депресії

Більше 19 балів – вище середнього та високий рівень схильності до депресії

## Матеріали до методики «Шкала тривоги» Спілбергера-Ханіна

## А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

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

№	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1	Я спокійний	1	2	3	4
2	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
6	Я засмучений	1	2	3	4
7	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4

11	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12	Я нервую	1	2	3	4
13	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14	Я напружений	1	2	3	4
15	Я не відчуваю скутості, напруженості	1	2	3	4
16	Я задоволений	1	2	3	4
17	Я занепокоєний	1	2	3	4
18	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19	Мені радісно	1	2	3	4
20	Мені приємно	1	2	3	4

### Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

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

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

23	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4

32	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4
33	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35	У мене буває хандра	1	2	3	4
36	Я задоволений	1	2	3	4
37	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про	1	2	3	4

	свої справи і турботи				
--	-----------------------	--	--	--	--

### Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами: 1.  $РТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 50$ , де  $\Sigma 1$  – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;  $\Sigma 2$  – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20). 2.  $ОТ = \Sigma 1 - \Sigma 2 + 35$ , де  $\Sigma 1$  – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;  $\Sigma 2$  – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки: 0-30 балів – низький рівень тривожності; 31-45 балів – помірний рівень тривожності; вище 45 балів – високий рівень тривожності.

### Методика «Тест життєстійкості С. Мадді»

Учаснику дослідження пропонується відповісти на 45 тверджень, вибравши один із запропонованих варіантів відповідей:

- Ні
- Скоріше ні, ніж так
- Скоріше так, ніж ні
- Так

Інструкція: «Вітаю! Дайте відповідь, будь ласка, на кілька питань, відзначаючи галочкою ту відповідь, яка найкращим чином відображає Вашу думку»

*Текст опитувальника:*

1. Я часто не впевнений в своїх рішеннях.
2. Іноді мені здається, що нікому немає до мене діла.
3. Часто, навіть добре виспавшись, я насилу змушую себе встати з ліжка.
4. Я постійно зайнятий, і мені це подобається.
5. Часто я віддаю перевагу тому, аби «плисти за течією».
6. Я міняю свої плани в залежності від обставин.
7. Мене дратують події, через які я змушений змінювати свій розпорядок дня.
8. Непередбачені труднощі часом сильно стомлюють мене.
9. Я завжди контролюю ситуацію настільки, наскільки це необхідно.
10. Часом я так втомлююся, що вже ніщо не може зацікавити мене.
11. Часом все, що я роблю, здається мені марним.
12. Я намагаюся бути в курсі всього, що відбувається навколо мене.
13. Краще синиця в руках, ніж журавель у небі.
14. Увечері я часто відчуваю себе абсолютно розбитим.

15. Я вважаю за краще ставити перед собою важкодоступні цілі і досягати їх.
16. Іноді мене лякають думки про майбутнє.
17. Я завжди впевнений, що зможу втілити в життя те, що задумав.
18. Мені здається, я не живу повним життям, а тільки граю роль.
19. Мені здається, якби в минулому у мене було менше розчарувань і негараздів, мені було б зараз легше жити на світі.
20. Проблеми, що виникають часто здаються мені нерозв'язними.
21. Зазнавши поразки, я буду намагатися взяти реванш.
22. Я люблю знайомитися з новими людьми.
23. Коли хто-небудь скаржиться, що життя нудне, це означає, що він просто не вміє бачити цікаве.
24. Мені завжди є чим зайнятися.
25. Я завжди можу вплинути на результат того, що відбувається навколо.
26. Я часто шкодую про те, що вже зроблено.
27. Якщо проблема вимагає великих зусиль, я вважаю за краще відкласти її до кращих часів.
28. Мені важко зближуватися з іншими людьми.
29. Як правило, оточуючі слухають мене уважно.
30. Якби я міг, я багато чого змінив би в минулому.
31. Я досить часто відкладаю на завтра те, що важко здійснити, або те, в чому я не впевнений.
32. Мені здається, життя проходить повз мене.
33. Мої мрії рідко збуваються.
34. Несподіванки дарують мені інтерес до життя.
35. Часом мені здається, що всі мої зусилля марні.
36. Часом я мрію про спокійне розмірене життя.
37. Мені не вистачає завзятості закінчити розпочате.
38. Буває, життя здається мені нудним і безбарвним.



39. У мене немає можливості впливати на несподівані проблеми.

40. Навколишні мене недооцінюють.

41. Як правило, я працюю із задоволенням.

42. Іноді я відчуваю себе зайвим навіть в колі друзів.

43. Буває, на мене навалюється стільки проблем, що просто руки опускаються.

44. Друзі поважають мене за завзятість і непохитність.

45. Я охоче беруся втілювати нові ідеї.

#### Обробка результатів

Для підрахунку результатів відповідей на прямі пункти присвоюються бали від 0 до 3 ( «ні» - 0 балів, «скоріше ні, ніж так» - 1 бал, «скоріше так, ніж ні» - 2 бали, «так» - 3 бали), відповідям на зворотні пункти присвоюються бали від 3 до 0 ( «ні» - 3 бали, «так» - 0 балів). Потім підсумовується загальний бал життєстійкості і показники для кожної з 3 субшкал (залученості, контролю і прийняття ризику). Прямі та зворотні пункти для кожної шкали представлені нижче.

	прямі пункти	Зворотні пункти
залученість	4, 12, 22, 23, 24, 29, 41	2, 3, 10, 11, 14, 28, 32, 37, 38, 40, 42
контроль	9, 15, 17, 21, 25, 44	1, 5, 6, 8, 16, 20, 27, 31, 35, 39, 43
прийняття ризику	34, 45	7, 13, 18, 19, 26, 30, 33, 36