

КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ



КИЇВСЬКИЙ ЖУРНАЛ
СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ
ТА ПСИХОТЕРАПІЇ



KYIV JOURNAL
OF MODERN PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY

КИЇВСЬКИЙ ЖУРНАЛ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

KYIV JOURNAL
OF MODERN PSYCHOLOGY
AND PSYCHOTHERAPY

№ 1, 2021

Засновник: Київський інститут сучасної психології та психотерапії

*Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 23767-13607Р від 14.02.2019 р.*

Рецензенти:

І.П. Лисенко – доктор психологічних наук, старший науковий співробітник із спеціальності «медична психологія» Київського інституту сучасної психології та психотерапії

О.В. Креденцер - доктор психологічних наук, доцент, провідний науковий співробітник лабораторії організаційної та соціальної психології Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України

*Друкується за ухвалою Вченої ради
Київського інституту сучасної психології та психотерапії
(Протокол № 6 від 27 травня 2021 р.)*

Головний редактор:

Завязкіна Наталія Володимирівна (Natalia Zaviazkina), доктор психологічних наук, доцент, перший проректор Київського інституту сучасної психології та психотерапії, Київ, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5565-8959>
E-mail: nmuz@ukr.net

Члени редакційної колегії:

Бурлака Віктор (Viktor Burlaka), PhD, асистент професора університету Уейна, Детроїт, США
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0204-6454>
E-mail: gs4906@wayne.edu

Брюховецька Олександра (Brukhovetska Oleksandra), доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри психології та особистісного розвитку Навчально-наукового інституту менеджменту та психології ДЗВО «Університет менеджменту освіти»
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4884-2878>
E-mail: ciparisab011@gmail.com

Виноградов Олександр Геннадійович (Olexander Vinogradov), кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Київ, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1250-3863>
E-mail: a.g.vinogradov@knu.ua

Дворяк Сергій Васильович (Sergii Dvoriak), доктор медичних наук, професор кафедри соціальної роботи та практичної психології Академії праці, соціальних відносин і туризму, головний дослідник Українського інституту політики громадського здоров'я, Київ, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0032-5417>
E-mail: dvoryak@uiphp.org.ua

Карачевський Андрій Борисович (Andriy Karachevskyy), кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ, Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4610-4887>
E-mail: karachevskyy@gmail.com

Клочко Алла Олексіївна (Alla Klochko), кандидат педагогічних наук, доцент, головний науковий співробітник наукового центру дистанційного навчання, національний університет оборони України імені Івана Черняхівського
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6631-2638>
E-mail: klochko_alla@ukr.net

Маркопулос Георгій (Georgios Markopoulos), Phd, старший викладач психології університету Бат Спа, Бат, Англія
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7700-7003>
E-mail: g.markopoulos@bathspa.ac.uk

Пилягіна Галина Яківна (Galyna Pyliagina), доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ Україна
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0169-1256>
E-mail: gpil.doctor@gmail.com

Координатор:

Карамушка Тарас Вікторович (Taras Karamushka), кандидат психологічних наук
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4813-8327>
E-mail: tkarama90@gmail.com

ЗМІСТ

Карамушка Л., Гончаренко Я.	5
Орієнтація на клієнта персоналу комерційних організацій: рівень розвитку та зв'язок з комунікативними та емоційними характеристиками персоналу	
Карамушка Т., Шиковець С.	18
Система особистісних цінностей у житті онкологічно хворої молоді	
Крайніков Е., Прокопович С., Фіяло О.	30
Гендерні особливості соціально-психологічної адаптації мігрантів у США	
Кунцевська А.	40
Категорії аналізу у діяльнісно-орієнтованому консультуванні	
Polshkova S., Chaban O.	51
Factors prolonging the period of sobriety in young patients with alcohol use	
Рябчик Я.	65
Соціально-психологічні детермінанти суїцидальної поведінки юнацтва	

Людмила Карамушка
Ярослава Гончаренко

ОРІЄНТАЦІЯ НА КЛІЄНТА ПЕРСОНАЛУ КОМЕРЦІЙНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ: РІВЕНЬ РОЗВИТКУ ТА ЗВ'ЯЗОК З КОМУНІКАТИВНИМИ ТА ЕМОЦІЙНИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ПЕРСОНАЛУ

Карамушка Л., Гончаренко Я. Орієнтація на клієнта персоналу комерційних організацій: рівень розвитку та зв'язок з комунікативними та емоційними характеристиками персоналу. У статті на основі емпіричного дослідження виявлено недостатній рівень розвитку основних компонентів та інтегрального показника орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій.

Констатовано статистично значущий зв'язок між окремими комунікативними та емоційними характеристиками персоналу комерційних організацій і окремими компонентами та інтегральним показником їх орієнтації на клієнта (підвищення рівня розвитку даних характеристик сприяє підвищенню рівня розвитку кожного із компонентів та інтегрального показника орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій).

***Ключові слова:** комерційні організації, персонал, орієнтація на клієнта, основні компоненти орієнтації персоналу на клієнта, рівень розвитку орієнтації персоналу на клієнта, комунікативні характеристики персоналу; емоційні характеристики персоналу.*

Карамушка Л., Гончаренко Я. Ориентация на клиента персонала коммерческих организаций: уровень развития и связь с коммуникативными и эмоциональными характеристиками персонала. В статье на основе эмпирического исследования выявлено недостаточный уровень развития основных компонентов и интегрального показателя ориентации на клиента персонала коммерческих организаций.

Констатировано статистически значимую связь между отдельными коммуникативными и эмоциональными характеристиками персонала коммерческих организаций и отдельными компонентами и интегральным показателем их ориентации на клиента (повышение уровня развития данных характеристик способствует повышению уровня развития каждого из компонентов и интегрального показателя ориентации на клиента персонала коммерческих организаций растет).

***Ключевые слова:** коммерческие организации, персонал, ориентация на клиента, основные компоненты ориентации персонала на клиента, уровень развития ориентации персонала на клиента, коммуникативные характеристики персонала; эмоциональные характеристики персонала.*

***Karamushka, L., Goncharenko, Y. Commercial organization staff's customer centricity: the level of development and relationship with staff's communicative and emotional characteristics.** The article analyzes the results of empirical research related to the levels of development of the main components and index of staff's customer orientation in commercial organizations. Among the commercial organization staff's customer orientation components, which were found to be at low levels, the most developed component was "following customer orientation standards and using special technologies". It was followed by much less developed "organization's customer orientation policies and staff empowerment" and "staff customer*

orientation training and encouraging". Only one in four respondents had a customer orientation index at high level. Commercial organization staff's communication and emotional characteristics were shown to have statistically significant positive relationships with some of staff's customer orientation components and customer orientation index (increased levels of staff's customer orientation-relevant characteristics corresponded to the increased levels of each of the staff's customer orientation components and index).

Keywords: *commercial organizations, staff, customer orientation, basic components of customer orientation, level of customer orientation, staff's communication characteristics; staff's emotional characteristics*

Вступ. Підвищення рівня конкуренції на сучасному ринку та інтенсифікація діяльності сучасних комерційних організацій обумовлюють пошук організаціями нових підходів до забезпечення їх ефективності. Один із таких підходів знайшов відображення в стратегії CRM (Customer Relationship Management – управління відносинами з клієнтом), або клієнторієнтованому підході, який втілений у практиці багатьох зарубіжних організацій, однак недостатньо представлений у вітчизняних організаціях. Важливою складовою і результатом такого підходу є розвиток орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій.

Аналіз літератури свідчить про те, що проблема орієнтації на клієнта знайшла відображення в роботах зарубіжних учених, здебільшого управлінсько-економічного напрямку, в яких розкрито її сутність, роль у діяльності комерційних організацій та основні шляхи реалізації (Kotler & Anderson, 1987; Kohli & Jaworski, 1990; Peppers & Rogers, 2011; Slater & Narver, 1998 та ін.).

Що стосується вітчизняних учених, то проблема орієнтації на клієнта досліджена значно менше, і, знову ж таки, в роботах управлінсько-економічного напрямку (Гречаник, 2010; Дима, 2010; Зеленська, 2011 та ін.), в яких відображено зміст клієнторієнтованого підходу, механізми його реалізації, особливості впровадження в промислових, туристичних та інших організаціях.

Однак, психологічні аспекти проблеми орієнтації на клієнта персоналу вітчизняних комерційних організацій, зокрема комунікативні та емоційні характеристики персоналу, раніше спеціально не досліджувались. Окремі автори лише підкреслювали роль деяких психологічних складових цього процесу (Нерлінгер, 2004; Лембер, 2001; Фрайлінгер & Фишер, 2002 та ін.)

Отже, соціальна значущість проблеми та її недостатня наукова розробка зумовили вибір теми нашого дослідження.

Методологія дослідження.

Об'єкт дослідження – орієнтація на клієнта персоналу комерційних організацій.

Мета дослідження - дослідити рівень розвитку основних компонентів та інтегрального показника орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій та їх зв'язок з комунікативними та емоційними характеристиками

персоналу.

Зазначимо, що *орієнтація на клієнта персоналу комерційних організацій* розуміється нами, як спеціальна активність персоналу, яка забезпечує вивчення, аналіз та задоволення потреб клієнтів і сприяє підвищенню прибутковості та конкурентоспроможності організації.

На основі аналізу сучасних підходів до вивчення особливостей змісту спілкування та його складових (Киселева, 2017; Китов, 1987; Кирхлер, Майер-Пести & Хофмани, 2005; Кінг, 2017; Майерс, 2011; Максименко, 2001 та ін.) обґрунтовано, що до комунікативних характеристик персоналу, які можуть впливати на його орієнтацію на клієнта, слід віднести: а) власне спілкування; б) стилі міжособистісної взаємодії; в) мотиваційні орієнтації у міжособистісних комунікаціях. З урахуванням існуючих в літературі підходів (Карамушка, 2005; Фетискин, Козлов & Мануйлов, 2002 та ін.) визначено, що група емоційних характеристик персоналу включає такі показники: емоційна обізнаність; самомотивація; емпатія; розпізнавання емоцій інших людей; управління емоціями; загальний показник емоційного інтелекту.

Для досягнення визначеної мети дослідження було підібрано *спеціальний комплекс методик*.

Так, для визначення *рівню розвитку основних компонентів та інтегрального показника орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій* було використано методiku «Орієнтація підприємства на клієнта» (Нерлінгер, 2004) (модифікація Карамушки, Гончаренко, 2016, 2017). За допомогою цієї методики можна діагностувати такі складові орієнтації організації на клієнта: 1) спеціальна політика організації і діяльність управлінського персоналу щодо орієнтації на клієнта; 2) розробка та впровадження в організації стандартів і технологій, які забезпечують орієнтацію на клієнта; 3) навчання і заохочення персоналу щодо забезпечення його орієнтації на клієнта.

Для вивчення *комунікативних характеристик* були підібрані методи, які дають можливість діагностувати три групи таких характеристик, які стосуються: а) власне спілкування; б) стилів міжособистісної взаємодії; в) мотиваційних орієнтацій у міжособистісних комунікаціях.

Для вивчення *власне особливостей спілкування* персоналу комерційних організацій (уміння слухати, самоконтролю у спілкуванні та конфліктостійкості) було використано такі опитувальники: а) «Чи вмієте Ви слухати?» (Райгородский, 1998); б) «Оцінка самоконтролю у спілкуванні» Снайдера (Райгородский, 1998); в) методика «Визначення рівня конфліктостійкості» (Фетискин, Козлов & Мануйлов, 2002).

Вивчення *стилів міжособистісної взаємодії* здійснювалось за допомогою методики «Визначення стилю міжособистісної взаємодії» С.В.Максимова, Ю.А. Лобейко, (Фетискин, Козлов & Мануйлов, 2002) за допомогою якої відбувалось вивчення таких стилів як: директивний, колегіальний, стиль невтручання та діловий стиль, а також загального показника міжособистісної взаємодії.

Методика «Діагностика мотиваційних орієнтацій у міжособистісних комунікаціях» І.Д. Ладанова, В.А. Уразаєва (Фетискин, Козлов & Мануйлов, 2002) була спрямована на вивчення таких *мотиваційних орієнтацій у міжособистісних комунікаціях*, як орієнтація на адекватність сприйняття і розуміння партнера, орієнтація на прийняття партнера, орієнтація на досягнення компромісу, а також загальна гармонійність мотиваційних орієнтацій у міжособистісних комунікаціях.

Для вивчення *емоційних характеристик* персоналу (особливостей емоційної сфери та саморегуляції) було використано методику «Діагностика «емоційного інтелекту» Н. Холла (Фетискин, Козлов & Мануйлов, 2002), яка була спрямована на вивчення таких показників: емоційна обізнаність; самомотивація; емпатія; розпізнавання емоцій інших людей; управління емоціями; загальний показник емоційного інтелекту.

Математична обробка даних та графічна презентація здійснювалась за допомогою комп'ютерного пакета статистичних програм SPSS (версія 22) (Бююль, 2002). Використовувались методи описової статистики, кореляційний аналіз (коефіцієнт кореляції Спірмана).

Вибірка досліджуваних

Усього в дослідженні взяло участь 228 працівників комерційних організацій з різних регіонів України.

54,9% опитаних працювали в промислових організаціях (мова йде про такий тип комерційних організацій як «бізнес для бізнесу», тобто, це - організації, які здійснюють виробництво певних товарів та взаємодіють з гуртовими споживачами або іншими промисловими організаціями); 28,3% – в торгівельних організаціях (мова йде про комерційні організації, які ведуть роздрібну торгівлю і взаємодіють безпосередньо з кінцевими споживачами), 16,8% – в інших сферах (освіта, туризм, поліграфія, видавництво, юридичні та фінансові послуги та ін.). Переважна більшість учасників опитування (92,1%) належали до організацій приватного типу, 7,9% – до організацій державного типу.

Опитувані обіймали різні посади в організаціях і були віднесені до таких груп: 28,9% – працівники; 16,7% – лінійні менеджери (керівники груп, бригадири тощо); 28,1% – менеджери середнього рівня (завідувачі відділами, начальники цехів та ін.); 14,0% – заступники керівників організацій; 12,3% – керівники організацій.

Переважає більшість опитаних (82,3%) мали вищу освіту, 14,2% – загальну середню, середню спеціальну і незакінчену вищу освіту, 3,5% становили кандидати наук. За типом освіти опитувані були розподілені таким чином: економічна – 42,3%; технічна – 28,8%; гуманітарна – 23,4%; юридична – 5,4%.

Щодо стажу трудової діяльності, то 20,4% учасників дослідження мали стаж до 10 років, 27,4% – від 11 до 15 років; 35,4% – від 16 до 25 років, 16,8% – понад 25 років. За стажем на посаді опитувані були розподілені на такі групи: до 5 років – 45,1%; від 6 до 10 років – 29,2%; від 11 до 15 років – 14,2%; понад 15 років – 11,5%.

36,0% опитаних становили чоловіки, 64,0% – жінки. Опитувані були об'єднані в такі вікові групи: до 30 років – 13,2%; від 31 до 40 років – 45,6%; від 41 до 50 років – 27,2%; понад 50 років – 14,0%.

Результати дослідження та їх обговорення. Спочатку проаналізуємо *рівень розвитку основних компонентів та інтегрального показника орієнтації на клієнта* персоналу комерційних організацій.

Як видно із даних, які відображено в табл. 1, на *першому місці* за рівнем розвитку знаходиться такий компонент орієнтації на клієнта комерційних організацій, як розробка та впровадження в організації стандартів і технологій, які забезпечують орієнтацію на клієнта. На високий рівень його розвитку вказали 38,4% опитаних, тобто, трохи більше, ніж третина опитаних.

Друге місце займає такий компонент орієнтації на клієнта як спеціальна політика організації і діяльність персоналу щодо орієнтації на клієнта. Високий рівень його розвитку відмітили 27,7% опитаних, тобто, трохи більше, ніж четверта частина.

Таблиця 1

**Рівень розвитку компонентів та інтегрального показника орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій
(в % від загальної кількості опитаних)**

Компоненти орієнтації на клієнта	Рівень розвитку		
	Низький	Середній	Високий
Спеціальна політика організації і діяльність персоналу щодо орієнтації на клієнта	7,1	65,2	27,7
Розробка та впровадження в організації стандартів і технологій, які забезпечують орієнтацію на клієнта	8,9	52,7	38,4
Навчання і заохочення персоналу щодо забезпечення його орієнтації на клієнта	29,3	45,0	25,7
Інтегральний показник орієнтації комерційних організацій на клієнта	10,8	62,2	27,0

Третє, останнє місце, займає такий компонент орієнтації на клієнта, як, навчання і заохочення персоналу щодо забезпечення його орієнтації на клієнта. На високий рівень його розвитку в комерційних організаціях вказало 25,7% респондентів, це трохи менше, ніж на другий компонент. Але при цьому звертає на себе увагу той факт, що число осіб, які вказали на низький рівень розвитку цього компоненту орієнтації на клієнта, складає 29,3% (проти 8,9% опитаних за таким показником по першому компоненту і проти 7,1% опитаних за таким показником по другому компоненту). Тобто, можна говорити про те, що цей показник становить в три-чотири рази більше і

свідчить, на наш погляд, про те, що цей компонент розвитку орієнтації на клієнта *потребує особливої уваги* з боку керівництва, відділу по роботі з персоналом і психологів комерційних організацій.

Щодо *інтегрального показника орієнтації на клієнта* комерційних організацій, то, як видно із Табл.1, на високий рівень розвитку вказало 27,0% опитаних, на середній – 62,2% і на низький – 10,8% (табл. 1).

В цілому, результати дослідження показали, що найбільш представленим є такий компонент орієнтації на клієнта як розробка та впровадження в організації стандартів, які забезпечують орієнтацію на клієнта, використання спеціальних технологій. Значно менше розвинутим є такий компонент, як спеціальна політика організації і діяльність управлінського персоналу щодо орієнтації на клієнта, передавання повноважень співробітникам з цього напрямку роботи організації. І в найгіршому стані знаходиться такий компонент, як навчання і заохочення персоналу щодо забезпечення його орієнтації на клієнта.

Щодо рівня розвитку інтегрального показника орієнтації на клієнта в комерційних організаціях, то, як свідчать отримані результати, в цих організаціях є *значні резерви* щодо рівня розвитку цього феномену, оскільки на високий рівень розвитку інтегрального показника вказала орієнтовно лише одна п'ята опитаних.

Далі проаналізуємо *зв'язок основних компонентів та інтегрального показника орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій і комунікативних характеристик персоналу*.

Щодо зв'язку основних компонентів та інтегрального показника орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій з різними комунікативними характеристиками персоналу в цілому та з різними їх видами, то тут отримано такі дані (табл. 2).

За допомогою кореляційного аналізу встановлено, що існує *позитивний статистично значущий зв'язок* ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$) між багатьма комунікативними характеристиками персоналу комерційних організацій та багатьма показниками орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій. Про це свідчить той факт, що із 48 різних показників цього блоку статистично значущі зв'язки виявлено за 27 показниками, тобто у 56,2% випадків. Суть цього зв'язку полягає в тому, що відповідно до зростання рівня розвитку комунікативних характеристик персоналу рівень вираженості інтегрального показника орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій зростає.

При цьому слід зазначити, що кількість статистично значущих зв'язків у кожній групі комунікативних якостей є різною.

Так, перше місце за кількістю таких зв'язків виявлено у групі комунікативних якостей, які стосуються *мотиваційних орієнтацій у міжособистісних комунікаціях* (орієнтація на адекватність сприйняття і розуміння партнера, орієнтація на прийняття партнера, орієнтація на досягнення компромісу та гармонійність мотиваційних орієнтацій у міжособистісних комунікаціях).

Таблиця 2

Зв'язок між рівнем розвитку основних компонентів та інтегрального показника орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій і комунікативними характеристиками персоналу (r_s)

Характеристики персоналу	Показник орієнтації на клієнта			
	Спеціальна політика організації і діяльність персоналу	Розробка та впровадження в організації стандартів і технологій	Навчання і заохочення персоналу	Інтегральний показник орієнтації на клієнта
1. Характеристики, необхідні для власне спілкування				
Уміння слухати	-0,073	-0,097	-0,103	-0,116
Самоконтроль у спілкування	0,146*	0,114	0,113	0,172*
Рівень конфліктостійкості	0,050	0,111	0,158*	0,176**
2. Стилі міжособистісної взаємодії				
Колегіальний стиль	-0,091	-0,031	0,250***	0,074
Стиль невтручання	-0,012	-0,025	0,158*	0,023
Діловий стиль	0,206**	0,162*	0,335***	0,245***
Директивний стиль	0,144*	-0,101	0,162*	0,089
Загальний показник міжособистісної взаємодії	0,032	0,042	0,275***	0,121
3. Мотиваційні орієнтації у міжособистісних комунікаціях				
Орієнтація на адекватність сприйняття і розуміння партнера	0,332***	0,260***	0,214**	0,306***
Орієнтація на прийняття партнера	0,347***	0,256***	0,304***	0,347***
Орієнтація на досягнення компромісу	0,119	0,079	0,253***	0,189**
Загальна гармонійність мотиваційних орієнтацій у міжособистісних комунікаціях	0,333***	0,252***	0,295***	0,341***

* - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$;

Констатовано 14 статистично значущих зв'язків із 16 потенційно можливих, що складає 81% від загальної кількості потенційно можливих статистично значущих зв'язків. До того ж, ці зв'язки є здебільшого сильно вираженими. Це говорить, на наш погляд, про те, що рівень розвитку цієї групи комунікативних якостей персоналу комерційних організацій відіграє провідну роль у забезпеченні орієнтації на клієнта. Скоріше всього, це можна

пояснити тим, що мотивація, як відомо, відіграє важливу роль у діяльності персоналу, запускає певні процеси активності персоналу до здійснення певних дій (Ильин, 2011; Карамушка, 2005).

Друге місце займають комунікативні якості, які пов'язані із *стилями міжособистісної взаємодії* (колегіальний стиль, стиль невтручання, діловий стиль, директивний стиль, загальний показник міжособистісної взаємодії). Виявлено 9 статистично значущих зв'язків із 20, що становить 45,0% від загальної кількості потенційно можливих статистично значущі зв'язків. Слід зазначити, що значна частина цих зв'язків є також сильно вираженими і помірно вираженими. Це свідчить про те, що не лише мотивація, але й конкретні «формати взаємодії» з клієнтами персоналу комерційних організацій також позитивно впливають на їх орієнтацію на клієнта.

І на третьому місці знаходяться комунікативні якості, які *забезпечують власне спілкування* (уміння слухати, здійснювати самоконтроль у спілкуванні, адекватно поводитись в конфлікті). Виявлено 4 статистично значущі зв'язки із 12 потенційно можливих, що становить 33,3% від загальної кількості потенційно можливих статистично значущі зв'язків. При цьому виявлені зв'язки у більшості випадків є слабо вираженими. Це свідчить, на наш погляд, про те, що «стартові», «технологічні» комунікативні якості самі по собі не відіграють дуже суттєвої ролі у розвитку орієнтації на клієнта у персоналу комерційних організацій.

Далі висвітлимо дані, що стосується статистично значущого зв'язків між комунікативними характеристиками персоналу комерційних організацій та ***окремими компонентами орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій*** (табл. 2).

Установлено, що найбільша кількість статистично значущих зв'язків виявлена щодо такого компонента орієнтації на клієнта як *навчання та заохочення персоналу*. Тут виявлено 10 статистично значущих зв'язків із 12 потенційно можливих, що становить 83,0% від загальної кількості потенційно можливих статистично значущих зв'язків.

Далі слідує із значним розривом такий показник як *спеціальна політика організації та діяльність персоналу*. Щодо такого компонента зафіксовано 6 статистично значущих зв'язків із 12 потенційно можливих, що становить 50,0% від загальної кількості потенційно можливих статистично значущих зв'язків. Така ж сама ситуація спостерігається і щодо *інтегрального показника орієнтації на клієнта*. Виявлено 6 статистично значущих зв'язків із 12 потенційно можливих, що також становить 50,0% від загальної кількості статистично значущих зв'язків.

І на останньому місці знаходиться такий показник як *розробка та впровадження в організації стандартів і технологій*, які забезпечують орієнтацію на клієнта. Констатовано 4 статистично значущих зв'язків із 12 потенційно можливих, що становить 33,3% від загальної кількості потенційно можливих статистично значущих зв'язків.

Таким чином, можна *заклучити*, що рівень розвитку комунікативних якостей персоналу комерційних організацій може відігравати *достатньо*

суттєву роль в його орієнтації на клієнта. Розвиваючи комунікативні характеристики персоналу, можна, насамперед, впливати на навчання та заохочення персоналу, далі це може також впливати на розробку спеціальної стратегії організації та діяльність персоналу та загальний показник орієнтації на клієнта. І значно менше комунікативні характеристики мають впливати на розробку та впровадження спеціальних стандартів і технологій.

Далі розглянемо дані, які відображають зв'язок основних компонентів та інтегрального показника орієнтації на клієнта у персоналу комерційних організацій та **емоційних характеристик персоналу** (табл. 3).

Отримані дані свідчать про те, що **емоційні характеристики**, скоріше за все, відіграють значно меншу роль у розвитку орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій. Про це свідчить той факт, що у процесі дослідження виявлено лише 8 статистично значущих зв'язків із 24, що становить всього 33,3% від загальної кількості потенційно можливих статистично значущих зв'язків, і вони є помірно вираженими та слабо вираженими. Нагадаємо, що стосовно комунікативних характеристик (в цілому) такий показник становив 56,2%.

Звертає увагу на себе той факт, що кількість статистично значущих зв'язків у кожному виді емоційних характеристик також є різною.

Таблиця 3

Зв'язок між рівнем розвитку основних компонентів та інтегрального показника орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій та емоційними характеристиками персоналу (r_s)

Емоційні характеристики персоналу	Показники орієнтації на клієнта			
	Спеціальна політика організації і діяльність персоналу	Розробка та впровадження в організації стандартів і технологій	Навчання і заохочення персоналу	Інтегральний показник орієнтації на клієнта
Емоційна обізнаність	-0,036	0,000	0,131	0,094
Управління своїми емоціями	0,008	-0,008	0,091	0,158*
Самомотивація	-0,030	-0,007	0,155*	0,194**
Емпатія	-0,032	0,034	0,096	0,027
Розпізнавання емоцій інших людей	0,032	0,118	0,232**	0,171*
<i>Інтегративний показник емоційного інтелекту</i>	0,094	0,146*	0,222**	0,214**

** - $p < 0,01$; * - $p < 0,05$

Так, такі характеристики як *емоційна обізнаність та емпатія* не мають взагалі статистично значущих зв'язків із жодним із компонентів орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій. Це говорить, на наш погляд, про те, що просто емоційної обізнаності та емпатії не достатньо для розвитку орієнтації на клієнта персоналу.

Решта емоційних характеристик мають таку кількість статистично значущих зв'язків (із 4 потенційно можливих) із компонентами та інтегральним показником: управління емоціями – 1 зв'язок, самомотивація та розпізнавання емоцій інших людей – по 2 зв'язки, інтегральний показник емоційного інтелекту – 3 зв'язки. Як бачимо, інтегральний показник емоційного інтелекту має найбільшу кількість статистично значущих зв'язків, що, скоріш за все, обумовлено синергетичним ефектом.

Стосовно статистично значущого зв'язку між емоційними характеристиками персоналу комерційних організацій та *окремими компонентами орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій*, то у процесі дослідження встановлено наступне (табл. 3).

Найбільша кількість статистично значущих зв'язків виявлена стосовно *інтегрального показника орієнтації на клієнта*. Тут констатовано 4 статистично значущих зв'язків із 6 можливих, що становить 66,7% від загальної кількості потенційно можливих статистично значущих зв'язків.

Далі слідує такий компонент орієнтації на клієнта як *навчання та заохочення персоналу*. Тут виявлено 3 статистично значущі зв'язки із 6 потенційно можливих, що становить 50,0% від загальної кількості потенційно можливих статистично значущих зв'язків.

На наступному місці знаходиться такий показник як *розробка та впровадження в організації стандартів і технологій*, які забезпечують орієнтацію на клієнта. Констатовано 1 статистично значущий зв'язок із 4 потенційно можливих, що становить 16,7% від загальної кількості потенційно можливих статистично значущих зв'язків.

І стосовно такого показника як *спеціальна політика організації і діяльність персоналу*, статистично значущих зв'язків не виявлено.

Висновки:

1. Орієнтація на клієнта персоналу комерційних організацій є недостатньою, що потребує пошуку психологічних чинників, урахування яких може сприяти підвищенню рівня такої орієнтації.

2. Виявлено, що комунікативні характеристики персоналу комерційних організацій відіграють *значну роль* у розвитку орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій, однак роль емоційних характеристик є *незначною*.

3. Отримані дані можуть бути використані у процесі психологічної підготовки персоналу комерційних організацій з метою підвищення їх орієнтації на клієнта.

До перспектив подальших досліджень варто віднести розробку тренінгових програм, спрямованих на розвиток комунікативних та емоційних характеристик персоналу комерційних організацій, необхідних для підвищення їх орієнтації на клієнта.

Література

1. Бююль, А. (2002). *SPSS: искусство обработки информации. Анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей*. Цефель П. Пер. с нем. Санкт-Петербург: ДиаСофтЮП.
2. Гончаренко, Я.В. (2016). Методики для дослідження орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2–3 (5–6), 30–36.
3. Гречаник, Н.Ю. (2010). CRM-система управління як новітній спосіб формування конкурентних переваг туристичного підприємства. *Актуальні проблеми розвитку економіки регіону*, 1(6), 57–62.
4. Дима, О.О. (2010). *Розширений комплекс маркетингу: персонал (people)*. Київ: ДВНЗ «Київський національний економічний університет імені Вадима Гетьмана».
5. Зеленська, М.О. (2011). Формування механізму управління потенціалом поліграфічного підприємства на основі клієнтоорієнтованого підходу. *Ефективна економіка*, 10.
6. Ильин, Е.П. (2011). *Мотивация и мотивы*. Санкт-Петербург: Питер.
7. Карамушка, Л.М. & Гончаренко Я. В. (2015). Комплекс методик для дослідження орієнтації на клієнта персоналу комерційних організацій. *Актуальні проблеми розвитку організаційної та економічної психології в Україні: тези II Всеукр. конгр. з організаційної та економічної психології, (28–30 трав. 2015 р., м. Кам'янець-Подільський)*. Максименко С.Д. & Карамушка Л.М. (Ред.). 89–90.
8. Киселева, А.А. (2017). *Проблемная коммуникация. Практическое руководство по тренингу*. Харьков : Гуманитарный центр.
9. Китов, А.И. (1987). *Экономическая психология*. Москва: Экономика.
10. Кирхлер, Е. Майер-Пести К., & Хофмани Е. (2005). *Психологические теории организации*. (Пер. с нем.). Харьков: Гуманитарный центр.
11. Кінг, П. (2017). *Стратегії і тактики спілкування, або Як знайти спільну мову з кожним*. Київ: Книголав.
12. Лембер, Т. (2001). *Ключові проблеми керівника; 50 перевірених способів вирішення проблеми*. (Пер. з англ.). Київ: Всеуито, Наукова думка.
13. Нерлингер, Ф.В. (2004). *Ориентация на клиента: Современная практика работы с клиентами*. (пер. с нем.). Харьков: Гуманитарный центр.
14. Майерс, Д. (2011). *Социальная психология*. Санкт-Петербург: Питер.
15. Максименко, С.Д. (2001). *Общая психология*. Москва: Рефл-бук, Київ: Ваклер.
16. Райгородский, Д.Я. (Ред.-сост.). (1998). *Практическая психодиагностика: методики и тесты*. Самара: Бахрах.
17. Розенштиль, Л., Мольт, В., & Рюттингер, Б. (2014). *Организационная психология*. (Пер. с нем.). Харьков: Гуманитарный центр.
18. Технології роботи організаційних психологів (2005). (Навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. та слухачів ін-тів післядиплом. освіти). Карамушка, Л.М. (Наук. ред.). Київ: ІНКІОС.
19. Фетискин, Н.П., Козлов, В.В., & Мануйлов, Г.М. (2002). *Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп*. Москва: Институт психотерапии.
20. Фрайлингер, К. & Фишер, И. (2002). *Управление изменениями в организации*. (Пер. с нем.). Москва: Книгописная палата.
21. Kohli, A.K. & Jaworski, B.J. (1990). Market Orientation: The Construct, Research Propositions, and Managerial Implications. *Marketing*, 54, 1-18.
22. Kotler, P. & Anderson, A. (1987). *Strategic. Marketing for Non-Profit Organizations*. Prentice Hall. Englewood Cliffs, NJ, USA.
23. Peppers, D. & Rogers, M. (2011). *Managing Customer Relationship, a Strategic Framework*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
24. Slater, S.F. & Narver, J.C. (1998). Customer-Led and Market-Oriented: Let's Not Confuse the Two. *Strategic Management Journal*, 19 (10), 1001-1006.

References

1. Biuiul, A. (2002). *SPSS: yskusstvo obrabotky ynformatsyy. Analiz statystycheskykh dannykh y vosstanovlenye skrytykh zakonomernostei. [SPSS: The Art of Information Processing. Analyzing Statistical Data and Recovering Hidden Patterns]*. Tsefel P. (per. s nem.) S-Peterburg: DyaSoftIuP. (in Russian)
2. Honcharenko, Ya.V. (2016). Metodyky dlia doslidzhennia oriiientatsii na kliienta personalu komertsiiinykh orhanizatsii. [Instruments To Research Commercial Organization Staff's Customer Centricity]. *Orhanizatsiina psykhologhiia. Ekonomichna psykhologhiia*, 2–3 (5–6), 30-36. (in Ukrainian)
3. Hrechanyk, N.Iu. (2010). CRM-systema upravlinnia yak novitnii sposib formuvannia konkurentnykh perevah turystychnoho pidpriemstva. [CRM-Management System as A New Way of Promoting Competitiveness of a Tourist Company]. *Aktualni problemy rozvytku ekonomiky rehionu*, 1(6), 57–62. (in Ukrainian)
4. Dyma, O.O. (2010). *Rozshyrenyi kompleks marketynhu: personal (people). [Expanded Marketing: Staff (People)]*. Kyiv: DVNZ «Kyivskyi natsionalnyi ekonomichnyi universytet imeni Vadyma Hetmana». (in Ukrainian)
5. Zelenska, M.O. (2011). Formuvannia mekhanizmu upravlinnia potentsialom polihrafichnoho pidpriemstva na osnovi kliientooriiientovanoho pidkhodu. [Developing A Mechanism of Managing The Potential of A Printing Company On The Basis of Customer Centricity]. *Efektivna ekonomika*, 10. (in Ukrainian)
6. Ylyn, E.P. (2011). *Motyvatsiia y motyve. [Motivation and Motives]*. S-Peterburg: Pyter. (in Russian)
7. Karamushka, L.M. & Honcharenko Ya.V. (2015). Kompleks metodyk dlia doslidzhennia oriiientatsii na kliienta personalu komertsiiinykh orhanizatsii. [A Set of Instruments To Research Commercial Organization Staff's Customer Centricity]. *Aktualni problemy rozvytku orhanizatsiinoi ta ekonomichnoi psykhologhii v Ukraini: tezy II Vseukr. konhr. z orhanizatsiinoi ta ekonomichnoi psykhologhii*, (28–30 trav. 2015 r., m. Kamianets-Podilskyi). S. D. Maksymenko & L. M. Karamushka (Red.), 89–90. (in Ukrainian)
8. Kyseleva, A.A. (2017). *Problemaia kommunykatsiia. Praktycheskoe rukovodstvo po trenynhu. [Problem Communication. A Practical Training Guide]*. Kharkov: Humanytarnyi tsentr. (in Russian)
9. Kytov, A.Y. (1987). *Ekonomycheskaia psykhologhiia. [Economic Psychology]*. Moskva: Ekonomika. (in Russian)
10. Kyrkhler, E. Maier-Pesty K., & Khofmany E. (2005). *Psykhologhycheskye teoryy orhanyzatsyy. [Psychological Theories of the Organization]*. (Per. s nem.). Kharkov: Humanytarnyi tsentr. (in Russian)
11. Kinh, P. (2017). *Stratehii i taktyky spilkuvannia, abo Yak znaity spilnu movu z kozhnym. [Strategies and Tactics of Communication, Or How To find a Find a Common Language]*. Kyiv: Knyholav. (in Ukrainian)
12. Lember, T. (2001). *Kliuchovi problemy kerivnyka; 50 perevirenykh sposobiv vyrishennia problemy. [Key Problems of a Leader: 50 Tested Ways of Problem Solving]*. (Per. z anhl.). Kyiv: Vseuvyto, Naukova dumka. (in Ukrainian)
13. Nerlynher, F.V. (2004). *Oryentatsiia na klyenta: Sovremennaia praktyka raboty s klyentamy. [Customer Centricity: Modern Practice of Customer Work]*. (per. s nem.). Kharkov: Humanytarnyi tsentr. (in Russian)
14. Maers, D. (2011). *Sotsyalnaia psykhologhiia. [Social Psychology]*. S-Peterburg: Pyter. (in Russian)
15. Maksymenko, S.D. (2001). *Obshchaia psykhologhiia. [General Psychology]*. Moskva: Refl-buk, Kyiv: Vakler. (in Russian)
16. Raihorodskyi, D.Ia. (Red.-sost.). (1998). *Praktycheskaia psykhodyahnostyka: Metodyky y testy. [Applied Psychological Assessment: Instruments and Tests]*. Samara: Bakhrakh. (in Russian)

17. Rozenshtyl, L., Molt, V., & Riuttyner, B. (2014). *Orhanyzatsyonnaia psykholohyia. [Organizational Psychology]*. (Per. s nem.). Kharkov: Humanytarnyi tsentr. (in Russian)
18. *Tekhnolohii roboty orhanizatsiinykh psykholohiv [Work Technologies Used by Organizational Psychologists]*. (2005). (Navch. posib. dlia studentiv vyshch. navch. zakl. ta slukhachiv in-tiv pisliadyplom. osvity). Karamushka, L.M. (Nauk. red.). Kyiv: INKOS. (in Ukrainian)
19. Fetyskyn, N.P., Kozlov, V.V., & Manuilov, H.M. (2002). *Sotsyalno-psykholohycheskaia dyahnostyka razvytyia lychnosti y malykh hrupp. [Social and Psychological Assessment of Personality and Small Groups]*. Moskva: Ynstytut psykhoterapyi. (in Russian)
20. Frailynher, K. & Fysher, Y. (2002). *Upravlenye yzmeneniyami v orhanyzatsyy. [Change Management in Organizations]*. (Per. s nem.). Moskva: Knyhopysnaia palata. (in Russian)
21. Kohli, A.K. & Jaworski, B.J. (1990). *Market Orientation: The Construct, Research Propositions, and Managerial Implications*. Marketing, 54, 1-18.
22. Kotler, P. & Anderson, A. Strategic (1987). *Marketing for Non-Profit Organizations*. Prentice Hall. Englewood Cliffs, NJ, USA.
23. Peppers, D. & Rogers, M. (2011). *Managing Customer Relationship, a Strategic Framework*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
24. Slater, S.F. & Narver, J.C. (1998). Customer-Led and Market-Oriented: Let's Not Confuse the Two. *Strategic Management Journal*, 19 (10), 1001-1006.

Відомості про авторів

Карамушка Людмила, академік НАПН України, доктор психологічних наук, професор, завідувачка лабораторії організаційної та соціальної психології Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, м. Київ, Україна.

Karamushka, Liudmyla, academision, NAES of Ukraine, Dr., Prof., Head, Laboratory of organizational and social psychology, G.S.Kostiuk Institute of psychology of the NAES of Ukraine, Kyiv, Ukraine.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-0622-3419>

E-mail: LKARAMA01@gmail.com

Гончаренко Ярослава, кандидат психологічних наук, науковий кореспондент лабораторії організаційної та соціальної психології Інституту психології імені Г. С.Костюка НАПН України, м. Київ, Україна.

Goncharenko, Yaroslava, PdD, corresponding researcher of Laboratory of organizational and social psychology, G.S.Kostiuk Institute of psychology of the NAES, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8546-5901>

E-mail: yaroslavah@yahoo.com

*Отримано 20 березня 2021 р.
Рецензовано 20 квітня 2021 р.
Прийнято 11 травня 2021 р.*

Тарас Карамушка
Сергій Шиковець

СИСТЕМА ОСОБИСТІСНИХ ЦІННОСТЕЙ У ЖИТТІ ОНКОЛОГІЧНО ХВОРОЇ МОЛОДІ

Карамушка Т., Шиковець С. Система особистісних цінностей у житті онкологічно хворої молоді. Особистісні цінності людей, хворих на рак, є предметом досліджень багатьох психологів. На основі досліджень, представлених у статті, показані відмінності у відібраних особистих цінностях онкологічно хворих підлітків (50 осіб) та здорових підлітків (40 осіб) у віці 18-20 років. На основі отриманих результатів встановлено, що символ цінності здоров'я та цінність міцного здоров'я є найбільш суттєвою різницею у групах хворих та здорових людей. Для хворих людей ця особистісна цінність є вищою та обирається частіше, ніж для здорових. Цей результат є запереченням допущених припущень, тому варто зауважити, що він може бути наслідком активації захисних механізмів (зокрема заперечення), але загалом є досить вірогідним та очікуваним фактом. Це може бути наслідком стадії лікування захворювання, невеликої диференціації раку в групі або з інших причин. Надалі, щоб перевірити та порівняти результати, варто розширити дослідницьку групу та звернути увагу на вищезазначені фактори. На отримані результати можуть впливати також вибір суб'єктів, їх вік, стадія лікування, специфічне онкологічне захворювання, таке як рак кісток, занадто мала дослідницька група та інші. Надалі, для перевірки та порівняння результатів варто підготувати повторне дослідження, а також збільшити кількість досліджуваних, ввести групи досліджуваних з іншими видами раку та звернути увагу на вік, емоції та стадію лікування досліджуваних пацієнтів.

Ключові слова: життєві цінності, підлітки, онкохворі, новоутворення/рак.

Карамушка Т., Шиковець С. Система личностных ценностей в жизни онкологически больной молодежи. Личностные ценности людей, больных раком, является предметом исследований многих психологов. На основе исследований, представленных в статье, показаны различия в отобранных личных ценностях онкологических больных подростков (50 человек) и здоровых подростков (40 человек) в возрасте 18-20 лет. На основе полученных результатов было установлено, что символ ценности здоровья и ценность крепкого здоровья является наиболее существенной разницей в группах больных и здоровых людей. Для больных людей эта личностная ценность выше и избирается чаще, чем для здоровых. Этот результат является отрицанием допущенных предположений, поэтому стоит заметить, что он может быть следствием активации защитных механизмов (в частности отрицание), но в целом достаточно вероятным и ожидаемым фактом. Это может быть следствием стадии лечения заболевания, небольшой дифференциации рака в группе или по другим причинам. В дальнейшем, чтобы проверить и сравнить результаты, следует расширить исследовательскую группу и обратить внимание на вышеуказанные факторы. На полученные результаты могут влиять также выбор субъектов, их возраст, стадия лечения, специфическое онкологическое заболевание, такое как рак костей, слишком малая исследовательская группа и другие. В дальнейшем, для проверки и сравнения результатов, следует подготовить повторное исследование, а также увеличить количество испытуемых, ввести группы испытуемых с другими видами рака и обратить внимание на возраст, эмоции и стадию лечения исследуемых пациентов.

Ключевые слова: жизненные ценности, подростки, онкобольные, новообразования / рак.

Karamushka, T., Shykovets S. The system of personal values in the life of oncologically ill youths. Personal values in a neoplastic disease have been the subject of numerous psychological studies. The study presented here shows differences in personal values selected by oncologically ill youths (50 people) and healthy youths (40 people), aged 18-20. Results reveal that the value of good health constitutes the most essential difference between the ill/healthy groups. Chronic diseases are diagnosed in people of all ages. Some are flowing smoothly, others are stormy. Some last from birth, others appear unexpectedly at different times of life. The disease violates the spiritual and mental order, because the patients can't meet their needs, desires, dreams, plans as much as they would like. They are experiencing anxiety, depression, irritability, emptiness and other emotional states. The medical literature defines long-term illnesses as permanent, irreversible, progressive changes that cause damage to the system, permanently reducing its effectiveness and productivity, mainly in acute and chronic conditions, as the same long-term pathological process. Favorite work, profession and successful family life are the most significant values for ill people. Ill people choose the mentioned values more frequently than healthy people. This result is a rebuttal of the assumptions made, so it should be noted that it may be a consequence of the activation of the safeguards (in particular the objection), and it is generally a plausible and expected fact. It would be worthwhile in future research to extend the study group in order to verify and compare the findings. The results can also be influenced by the choice of subjects, their age, stage of treatment, specific cancer, such as bone cancer, too small research group and others. In the future, to test and compare the results, it is worthwhile to prepare a retest and increase the number of subjects, to introduce groups of subjects with other cancers, and to pay attention to the age, emotions and treatment stage of the patients being studied.

Key words: personal values, youths, oncological patients, neoplasm/cancer.

Вступ. Хронічні захворювання діагностуються у людей різного віку. Одні протікають плавно, інші бурхливо. Деякі тривають від народження, інші з'являються несподівано в різні періоди життя. Захворювання порушує духовний і психічний порядок, оскільки пацієнт не може задовольнити своїх потреб, прагнень, мрій, планів настільки, наскільки хотів би. Він переживає занепокоєння, тривожність, депресію, дратівливість, порожнечу та інші емоційні стани.

Медична література визначає тривалі захворювання як постійні, незворотні, прогресуючі зміни, що завдають шкоди системі, назавжди знижуючи її ефективність та продуктивність, головним чином при гострих, а також хронічних станах, як один і той же тривалий патологічний процес (Zięcina, 1978). Процес пристосування до нової ситуації називається адаптацією. Це не означає пасивне пристосування до існуючих вимог через зміни в поведінці (наприклад, пасивне дотримання рекомендацій лікаря), а творчу реакцію на виникаючі труднощі та загрози, що, у свою чергу, призведе до сприятливого балансу прибутку та втрат, переоцінки поточного життя та пошуку його нового сенсу (Pilecka, 2002).

Дане дослідження проводилося на групі 18-20-річних підлітків з діагнозом рак (кісткові пухлини) у 2017 - 2019 роках в Київському міському клінічному онкологічному центрі. Поняття особистісних цінностей є міждисциплінарним, саме тому теоретична частина торкнулася галузей психології здоров'я та хвороби, психології релігії та філософії, що дозволило

більш широко охарактеризувати поняття особистісних цінностей. Дослідження мало на меті показати відмінності у вибраних особистих цінностях онкологічно хворої та здорової молоді.

Здоров'я та хвороби можна вважати цінностями. Здоров'я - це позитивна цінність, а певна протилежність здоров'ю, тобто негативна цінність, - це захворювання. За даними ВООЗ, здоров'я означає повне позитивне фізичне, психічне та соціальне самопочуття, а не лише відсутність медичних проблем (Heszen-Niejodek, 1997). Здоров'я та дієздатність - цінності, прищеплені людині з раннього віку. Більшість людей ставлять їх на вершину своєї ієрархії цінностей. Втрата здоров'я, особливо довготривала, є великим джерелом стресу і розладів для людини. Здоров'я та дієздатність - це також цінності, яких прагнуть батьки для своїх дітей. Для всіх люблячих батьків природно прагнути до найкращого захисту здоров'я та фізичної форми дитини (Maciarz, 2001). Хвора людина може підходити до цінностей інакше, ніж здорова. Саме поняття «хвороба» (тривала хвороба, страждання) - тобто кризова ситуація - має чітку негативну конотацію.

Поширеною є думка, що людина, яка страждає, не може функціонувати оптимально, втрачає здатність робити точні судження щодо навколишнього світу, концентрує свою увагу на негативних емоціях і, таким чином, обмежує соціальні контакти або відмовляється від них. Це, у свою чергу, наводить на думку, що насправді криза природно вписана в життєві обставини. Відповідно до лексикону психіатрії кризові ситуації є чинниками, що стимулюють розвиток особистості (Seĭk, 1993).

Одна з найсерйозніших криз - це, звичайно, смерть коханої людини, смерть дитини або серйозна хвороба.

Термін «криза» походить від грецького слова «krisis», що означає переконливий момент, переломний момент, перехідний період, а також досвід чи випробування. Криза характеризується високим рівнем емоційного напруження. У медичному розумінні це перелом у процесі хвороби, швидка зміна. Криза в психологічному аспекті завжди означає стан дисбалансу, який має проривне значення в тому сенсі, що вимагає термінових рішень. Під час цього періоду вирішуються стан здоров'я людини, якість соціальних відносин, напрям і сенс її подальшого життя.

Кризові стани характеризуються динамікою та поетапністю перебігу. Криза завжди починається з напруги, за відсутності превентивних заходів закінчується гострою фазою напруги. Успішне подолання кризи може символізувати досягнення нового рівня зрілості. Звідси можна зробити висновок, що кризові ситуації стимулюють розвиток особистості. Незважаючи на порушення внутрішньої рівноваги, криза також створює умови для підвищення рівня розумової та духовної зрілості (Шевчук, 1998). Тому доцільно вказувати на позитивні сторони хвороби: вона перемикає людську увагу з другорядних на першочергово важливі речі. Хвора людина часто стикається з драматичною потребою переглянути систему цінностей, на яку вона досі спиралася. У разі гострих захворювань відновлення здоров'я є найбільшим бажанням, тоді як при тривалій хворобі цілі переоцінюються.

Часто їх рівень знижується, а особливо амбітні цілі позначаються як неможливі для досягнення.

Ефектом зміни цілей є повторне заглиблення в себе та свої актуальні можливості та встановлення нових прагнень, часто екзистенційних за своєю суттю, яких можливо досягти, незважаючи на фізичні обмеження.

Хвороба - це випробування, яке може зламати людину або вивести її з відчаю та відкрити нові перспективи, прискорити її дозрівання та розвиток. Це те, що відбувається з молодими людьми.

Це величезний удар, раптова зміна в житті, планах. Вони повинні швидко вирости і раптом опинитися вже в іншому житті. Основою є вміння бачити глибший сенс у боротьбі з життям і стражданнями. Суто людські цілі та цінності, як правило, достатні для того, щоб надати сенс життю за звичайних обставин, виявляються недостатніми для усунення почуття несправедливості, самотності, шкоди та страху, настільки сильного при тяжкій хворобі. У такі моменти віра і духовні переконання додають багатьом людям впевненості та надії (Motyka, 1999).

Що стосується раку, питання про сенс життя, хвороби, свободу та безсмертя стають особливо важливими. У цих випадках чудово допомагають методи відомого психіатра Віктора Франкла (Frankl, 1984), який ввів у психотерапію так звану логотерапію - лікування дезадаптації шляхом пошуку сенсу життя та його реалізації в напружених ситуаціях, в тому числі при хворобах, небезпеках, смерті.

Посилаючись на вищезазначені міркування, можна констатувати, що біль і страждання завжди залишають слід. Вимір страждання виходить за рамки наших людських переживань та уявлень. Якщо пацієнт та ті, хто доглядає за ним, враховують це, то пацієнт може розробити свій індивідуальний план перетворення страждань у творчі цінності. Це може перетворити страждання в любов і допоможе відчути дивовижну внутрішню свободу.

Методологія дослідження. Предметом дослідження були погляди та думки щодо визнаних життєвих цінностей представників двох середовищ: онкологічно хворої молоді (злоякісні пухлини кісток) та здорових людей у віці 18-20 років. Основною метою було вивчення відмінностей у системі життєвих цінностей онкологічно хворих підлітків та здорових підлітків.

Було задано наступне дослідницьке запитання: Які відмінності мають найважливіші особистісні цінності, обрані онкологічно хворими підлітками та здоровими підлітками? Для перевірки дослідницького питання було висунуто таку основну гіпотезу: Життєві цінності, обрані онкологічно хворою молоддю, будуть відрізнятися від цінностей здорових підлітків. Також були висунуті дві конкретні гіпотези: 1) Хворі та здорові особи відрізняються за значенням символів, що визначають життєві цінності; 2) Хворі та здорові особи відрізняються важливістю життєвих цінностей.

Незалежна змінна - це здоров'я та рак, а залежна змінна - вибір життєвих цінностей. Дослідження допоможе визначити відмінності у вибраних особистих цінностях онкологічно хворої молоді та здорової молоді.

З огляду на делікатність теми, дослідження є частково розвідувальним, головним чином у частині, що стосується хронічно хворої молоді. Метод діагностичного обстеження був прийнятий на вибірці, яка використовується для виняткових характеристик та опрацювання вибраних фрагментів реальності. У соціальній педагогіці, психології тощо - це один з основних методів дослідження і може здійснюватися за допомогою багатьох методик, наприклад спостережень, опитувань та інтерв'ю. Діагностичне опитування дає відповіді на раніше задані питання дослідження. Цей метод також дозволяє поважати приватне життя пацієнтів та їх сімей (Pilecka, 2002).

Обстежувані - це дві групи молодих людей загальною кількістю 90 осіб у віці 18-20 років, середній вік у вибірці становив 18,66 (SD = 0,76). Перша група складалася з 50 осіб, це були пацієнти Київського міського клінічного онкологічного центру. Вибір визначається одним головним фактором: медична діагностика раку - злоякісного раку кістки. У другу групу входило 40 осіб, молодь з останнього класу середніх шкіл та першого року навчання у вищих навчальних закладах.

Ідея полягала в тому, щоб розподіл віку та статі був відповідним у дослідницьких групах. У таблиці 1 представлені характеристики досліджуваних груп та пропорції осіб жіночої та чоловічої статі серед здорових та хворих людей.

Таблиця 1

Характеристика груп. Частка осіб чоловічої та жіночої статі залежно від досліджуваної групи

Група	Стать		Разом
	чоловіки	жінки	
Хворі	22	28	50
Здорові	12	28	40
Разом	34	56	90

Дослідження було частково груповим та частково індивідуальним. Онкологічних хворих оглядали індивідуально в лікарняних кабінетах. Здорову молодь обстежували групами, найчастіше в шкільних кімнатах, а також індивідуально.

Для перевірки гіпотези дослідження було використано інструмент дослідження - Список особистісних цінностей Ючинського (Juczyński, 2001), що складається з двох частин. Перша частина містить 9 символів щастя. Друга частина складається з 10 категорій особистісних цінностей, серед яких є хороше здоров'я, що розуміється у психічному та фізіологічному сенсі. Тест може проводитися для груп або індивідуально.

Метою дослідження було оцінити важливість, що приписується різним цінностям, включаючи здоров'я. Досягнення важливих цінностей

прирівнюється до повного, тривалого та виправданого задоволення життям. Список особистісних цінностей - це інструмент, призначений для обстеження дітей та підлітків, а також дорослих. Застосовується як для хворих, так і для здорових людей. Дослідження дозволяє відстежувати зміни в оцінці здоров'я в процесі терапії та реабілітації. Пояснюючи метод обчислення результатів, слід використовувати таку процедуру: вибраним п'яти символам щастя та особистісним цінностям присвоюються бали. Після їх підрахунку можна порівняти отриманий результат з репрезентативними результатами вибірки дітей та підлітків (представлений у посібнику до методики в таблицях) або самостійно, ретельно облічивши статистичні розрахунки, визначити найважливіший символ цінностей та найважливіше значення, які роблять різницю між тим, чи вони відчутні чи незначущі, і таким чином порівняти розподіл значень параметру здоров'я за групами (Juczyński, 2001).

Для перевірки гіпотези було використано серію t-тестів для незалежних вибірок та обраховано U - критерій Манна-Уїтні на випадок, якщо припущення про нормальність розподілу залежних змінних не було дотримано. Для статистичного опрацювання результатів та формулювання висновків було використано взаємодоповнюючі кількісний та якісний аналіз.

Аналіз даних проводився за допомогою IBM SPSS Statistics 12.0 для пакета Windows.

Результати дослідження.

Наступний емпіричний аналіз містить досить детальну відповідь на гіпотези та дослідницьке питання, викладені раніше. У ньому представлено опис проаналізованих змінних та підтверджено основні та детальні гіпотези. Було перевірено, чи впливає досить невелика проба здорових досліджуваних чоловічої статі (12) на похибку пропорцій у зразках, але не було виявлено суттєвих відмінностей $\chi^2(1) = 1,85$; $p = 0,17$. Тому можна було припустити пропорційний розподіл за статтю серед хворих та здорових досліджуваних.

Найважливіші життєві цінності були досліджені за допомогою методики особистісних цінностей Ючинського (Juczyński, 2001). На думку цього автора, найважливішими є ті значення, які були виявлені в першу чергу при заповненні анкети (1 - найважливіший, 5 - найменш важливий). У таблиці 2 порівняно вибрані та найчастіше згадувані символи особистісних цінностей та ті з них, що вважаються найважливішими, незалежно від груп. Найпоширенішим символом значень була перша відповідь із анкети, тобто велике коло друзів (90). Символ слави та популярності обирали найрідше (13). Однак, оцінюючи важливість символу особистісної цінності, славу та популярність вибирали як найважливіший показник (4,38), а найменш важливий - символ міцного здоров'я (2,14).

Таблиця 2

Вибрані символи цінностей та значення цих символів незалежно від групи

Характеристика – Щастя	Кількість проявів	Відсоток наданих вдповідей	Відсоток досліджуваних	Значущість	
				М	SD
багато друзів	90	19,9	100,0	2,42	1,09
успішне сімейне життя	73	16,2	81,1	3,27	1,23
заняття улюбленою роботою	54	11,9	60,0	3,22	1,29
успіхи у навчанні, роботі	28	6,2	31,0	2,77	1,55
міцне здоров'я	81	17,9	90,0	2,14	1,33
бути потрібним іншим людям	38	8,4	42,2	3,55	1,13
гарний матеріальний стан	23	5,1	25,6	3,82	1,34
життя повне пригод і подорожей	52	11,5	57,8	3,65	1,51
слава, популярність	13	2,9	14,4	4,38	0,96
разом	452	100,0	502,2		

Таблиця 3 містить перелік цінностей найбільш часто обраних і таких, що вважаються найважливішими (від 1 до 5) без поділу на групи. Було помічено, що найчастіше обиралися цінності - любов і дружба (89) та міцне здоров'я, фізична та психічна повноцінність (85), тоді як найменш затребуваною особистісною цінністю зі списку є інтелект та гострота розуму (13). У ситуації оцінювання цінності найважливішою було обрано цінність привабливої зовнішності, презентабельності (4,5), а найменш важливою виявилася цінність, яку обирали найчастіше, тобто кохання та дружба (2,30).

Таблиця 3

Вибрані життєві цінності та їх важливість дії незалежно від групи

Характеристика – Цінності	Кількість проявів	Відсоток наданих вдповідей	Відсоток досліджуваних	Значущість	
				М	SD
любов, дружба	89	19,6	98,9	2,30	1,09
міцне здоров'я, фізична та психічна повноцінність	85	18,7	94,4	2,56	1,36
почуття гумору, дотепність	48	10,5	53,3	2,95	1,42
інтелект та гострота розуму	13	2,9	14,4	3,30	1,31
знання, мудрість	25	5,5	27,8	3,68	1,37
радість, задоволення	58	12,7	64,4	3,31	1,53
мужність, стійкість	45	9,9	50,0	3,06	1,22
доброта, лагідність	44	9,7	48,9	3,23	1,40
привабливий зовнішній вигляд, презентабельність	22	4,8	24,4	4,05	0,82
багатство	26	5,7	28,9	4,03	1,45
разом	455	100,0	505,6		

Для перевірки основної гіпотези (Життєві цінності, відібрані онкологічно хворою молоддю, будуть відрізнятися від цінностей здорової молоді) було досліджено вибір найважливіших значень та символів цінностей у групах хворої та здорової молоді, а потім перевірено, чи є вони цінностями матеріальними/нематеріальними. А також було порівняно місце розташування цінності здоров'я у цих групах. Для підтвердження основної гіпотези було перевірено дві конкретні гіпотези, які розрізняють символи особистісних цінностей та власне особистісні цінності.

Перша гіпотеза: Хворі та здорові відрізняються важливістю символів життєвих цінностей. Для перевірки цієї гіпотези було використано серію t-тестів для незалежних вибірок та обрахування U-критерію Манна-Уїтні, де припущення про нормальність розподілу залежних змінних не було дотримано. Перелік статистично значущих відмінностей представлений у таблиці 4.

Таблиця 4.

Відмінність важливості символів життєвих цінностей між здоровими та хворими людьми

Характеристика	Група	M	SD	Показник тесту	Df	p
успішне сімейне життя	хворі	3,53	1,18	U = 172,00		< 0,01
	здорові	2,93	1,23			
заняття улюбленою роботою, професією	хворі	3,70	1,02	U = 139,50		< 0,01
	здорові	2,62	1,37			
міцне здоров'я	хворі	1,45	0,65	t = 6,33	41	< 0,001
	здорові	3,15	1,43			

Аналізуючи дані, представлені в цій таблиці, було помічено, що існує значна різниця відносно символу життєвої цінності - успішного сімейного життя. Для хворої молоді цей символ має більшу цінність, ніж для здорової. Символ цінності заняття улюбленою роботою чи професією є важливішим для хворої молоді, ніж для здорової, а міцне здоров'я - символ, важливіший для здорових людей. На сьогоднішній день для пацієнтів найважливішими значущими символами є улюблена робота, професія (3,70), а також успішне сімейне життя (3,53). Для здорових людей на сьогоднішній день найважливішим значущим символом є насамперед міцне здоров'я (3,15). Символ цієї цінності є найбільш суттєвою різницею між групами, $p < 0,001$.

Друга детальна гіпотеза: Хворі та здорові люди відрізняються за важливістю життєвих цінностей. Перевіряючи цю гіпотезу, як і раніше, було використано серію t-тестів для незалежних вибірок та U-критерій Манна-Уїтні там, де припущення про нормальність розподілу залежних змінних не здійснилося. У таблиці 5 представлений перелік статистично значущих відмінностей.

Аналіз даних, представлених у таблиці, показує, що існує істотна різниця в життєвій цінності «любов і дружба».

Таблиця 5

Відмінності у важливості життєвих цінностей серед здорових та хворих осіб

Характеристика	Група	M	SD	Показник тесту	df	p
любов, дружба	хворі	2,10	0,93	t = 1,95	63	< 0,055
	здорові	2,56	1,23			
міцне здоров'я, фізична та психічна повноцінність	хворі	2,00	1,00	t = 4,57	63	< 0,001
	здорові	3,26	1,44			
почуття гумору, дотепність	хворі	3,55	0,93	U = 139,50		< 0,01
	здорові	2,19	1,60			
радість, задоволення	хворі	4,13	1,28	U = 172,00		< 0,01
	здорові	2,71	1,44			

Для хворих це є меншою цінністю, ніж для здорових людей. Гарне здоров'я, фізична та психічна повноцінність є більш важливою цінністю для здорових осіб, ніж для хворих, а почуття гумору має важливіше значення для хворих, ніж для здорових. Крім того, для хворих, безумовно, найважливішими цінностями є радість та задоволення (4.13), а також почуття гумору та дотепність (3,55). Для здорових осіб найважливішими особистісними цінностями є насамперед міцне здоров'я, фізична та психічна повноцінність (3,26), а також любов та дружба (2,56). Цінність міцного здоров'я становить найбільш істотну різницю між групами, $p < 0,001$.

Вищезгадані гіпотези були частково підтверджені, тому основна гіпотеза також була частково підтверджена. Зокрема стосовно того, що існують суттєві відмінності у найважливіших значеннях та символах обраних цінностей між групами хворої та здорової молоді. Але немає різниці в матеріальних та нематеріальних цінностях, як показано в таблицях 4 і 5, оскільки обидві групи частіше обирають нематеріальні цінності. У цьому відношенні не було зафіксовано жодних значних відмінностей між групами. Посилаючись на розміщення цінності для здоров'я серед інших цінностей було встановлено, що для цієї групи здорових юнаків це є важливішою та більш затребуваною особистісною цінністю, ніж для групи хворих юнаків. Це може бути певного роду парадоксом через переконання, що здоров'я навпаки має більше цінуватися при захворюванні. У цьому випадку можуть бути задіяні специфічні психологічні захисту та/або прийняття реальності, що і з хворобою можна жити.

Обговорення результатів дослідження. Проблема дослідження стосувалася питання життєвих цінностей. Результати емпіричного дослідження, представлені в цьому дослідженні, мають допомогти відповісти на запитання: Чи будуть особистісні цінності, обрані онкологічно хворою молоддю, різнитися від життєвих цінностей здорової молоді? На основі проведеного аналізу було встановлено, що для хворих осіб найбільш важливими ціннісними символами є заняття улюбленою роботою, професією та успішне сімейне життя. На відміну від цього, для здорових осіб найважливіші ціннісні символи - це міцне здоров'я. Символом цієї цінності є найбільш істотна різниця між групами хворих і здорових осіб. Особистісні цінності безумовно є найважливішими для хворої молоді. Ними є радість та задоволення, а також почуття гумору та дотепність. Це може бути пов'язано з віком досліджуваних, у яких поведінка, що знецінює значення подій, приймаючи їх як жарт, є прийнятною. Це може бути захисним механізмом, особливо на ранніх стадіях захворювання, який може допомогти адаптуватися і емоційно впоратися зі стресом і страхом смерті.

Для здорових осіб на сьогоднішній день найважливішими особистими цінностями є міцне здоров'я, фізична та розумова повноцінність, а також любов та дружба. Під час досліджень у 1997 та 2003 роках були отримані подібні результати; любов і дружба були найважливішими цінностями (Surzykiewicz, 2000). Значення міцного здоров'я є найбільш суттєвою різницею між досліджуваними групами.

Висновки. Підводячи підсумки, можна сказати, що основна гіпотеза була підтверджена в певних сферах: існують відмінності в обраних найважливіших цінностях та символах особистісних цінностей між групами хворої та здорової молоді. Це узгоджується з твердженнями психологічної науки та з теорією М. Мотики (Motyka, 1999), згідно з якою хвора людина, страждаючи, обов'язково переглядає та змінює свою попередню систему цінностей. Це підтверджують і такі автори, як Н. Сенк (Sęk, 1993). Суттєвої різниці в матеріальних та нематеріальних цінностях не було виявлено: обидві групи досліджуваних частіше обирали нематеріальні цінності.

Відстежуючи розташування здоров'я серед інших цінностей, було встановлено, що для здорових людей ця особистісна цінність вища і частіше обирається, ніж для хворих осіб. Цей результат для обстеженої вікової групи є несподіванкою. Це може бути наслідком деяких труднощів. Це ситуація, коли людина вирішує тест під впливом певних емоцій (страх або біль, які вона відчуває при своїй хворобі, тощо). Крім того, жінки, як правило, описують власні емоційні реакції сильнішими, ніж чоловіки (Fujita, Diener, & Sandvik, 1991). На вищезазначені результати можуть впливати також вибір суб'єктів, їх вік, стадія лікування, специфічне онкологічне захворювання, таке як рак кісток, занадто мала дослідницька група та інші. Надалі, для перевірки та порівняння результатів, варто підготувати повторне дослідження, а також збільшити кількість досліджуваних, ввести групи досліджуваних з іншими видами раку та звернути увагу на вік, емоції та стадію лікування досліджуваних пацієнтів, а також вивчити і інші параметри - домінуючі захисні механізми, ставлення до хвороби, тощо.

Література

1. Frankl, V.E. (1984). *Homo Patiens*. Warszawa: Instytut Wydawniczy PAX.
2. Fujita, F., Diener, E., & Sandvik, E. (1991). Gender differences in negative affect and well-being: the case for emotional intensity. *J Pers Soc Psychol*, 61, 427-34.
3. Heszen-Niejodek, I. (1997). *Psychologia zdrowia* [Health psychology]. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe. (in Polish)
4. Juczyński, Z. (2001). *Lista Wartości Osobistych* [List of Personal Values]. Warszawa: LWO. Polskie Towarzystwo Psychologiczne. (in Polish)
5. Maciarz, A. (2001). *Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych* [Psychoemotional and educational problems of chronically ill children]. Kraków: Wydawnictwo Impuls. (in Polish)
6. Motyka, M. (1999). *Pielęgowanie a pomoc psychiczna w chorobie* [Nursing and psychological help in illness]. Warszawa: Centrum Edukacji Medycznej. (in Polish)
7. Pilecka, W. (2002). *Przewlekła choroba somatyczna w życiu i rozwoju dziecka* [Chronic somatic disease in the life and development of a child]. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego. (in Polish)
8. Sęk, H. (1993). *Leksykon Psychiatrii* [Lexicon of Psychiatry]. Warszawa: Wydawnictwo PZWL. (in Polish)
9. Surzykiewicz, J. (2000). *Agresja i przemoc w szkole* [Aggression and violence at school]. Warszawa: Wydawnictwo Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej. (in Polish)
10. Szewczuk, W. (1998). *Encyklopedia psychologii* [Encyclopedia of psychology]. Warszawa: Fundacja innowacja. (in Polish)
11. Zięcina, M. (1978). *Założenia, organizacja i metodyka kształcenia zawodowego młodzieży ze schorzeniami układu krążenia, reumatycznymi, z padaczką, z cukrzycą i innymi schorzeniami przewlekłymi*. W: Kulek A (red.). *Kształcenie zawodowe młodzieży z odchyleniami i zaburzeniami rozwojowymi* [Assumptions, organization and methodology of vocational education of young people with cardiovascular, rheumatic, epilepsy, diabetes and other chronic diseases]. Warszawa: Instytut Badań Pedagogicznych MoW. (in Polish)

Відомості про авторів

Карамушка Тарас, кандидат психологічних наук, асистент кафедри соціальної роботи Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна

Karamushka Taras, PhD, assistant Department of Social work, Kyiv National Taras Shevchenko University, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4813-8327>

E-mail: Tkarama90@gmail.com

Шиковець Сергій, аспірант факультету психології Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна

Shykovets, Sergii, PhD student, Kyiv National Taras Shevchenko University, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1299-6434>

E-mail: shykovetss@ukr.net

Отримано 17 березня 2021 р.

Рецензовано 08 квітня 2021 р.

Прийнято 11 травня 2021 р.

Едуард Крайніков
Євгеній Прокопович
Оксана Фіяло

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ МІГРАНТІВ У США

Крайніков Е., Прокопович Є., Фіяло О. Гендерні особливості соціально-психологічної адаптації мігрантів у США. З метою дослідження гендерних особливостей адаптації мігрантів, протестовано 60 одружених людей, які переїхали до США протягом одного року. Усі респонденти мають вищу освіту, працездатні, належать до середнього класу, мають нерухомість та автомобілі, принаймні один з подружжя працює. Усі респонденти переїхали до США на дуже вигідних умовах. З'ясовано, що тільки маскулінність корелює з адаптацією: що вища маскулінність, то вища адаптація. Виявлено, що маскулінність має найвищий прямий зв'язок з інтернальністю, тобто вірою людини у свою здатність визначати своє життя за кордоном. Інші чоловічі риси, що впливають на адаптацію, включають самоприйняття, прагнення до домінування та емоційну стабільність. Оскільки виявлена кореляція не виявила зв'язку між маскулінністю та фемінінністю, ми можемо тренувати маскулінність, не звертаючи уваги на стать. З'ясовано, що маскулініними рисами, що сприяють процесу адаптації в новій країні, є інтернальність, позитивне самосприйняття, прагнення до домінування та емоційна стабільність. Розроблено триденний тренінг, який є близьким до тренінгу особистого зростання, оскільки він насамперед розвиває навички саморегуляції, емоційну компетентність, самосприйняття, сприйняття з боку інших та силу волі. Крім того, за допомогою міні-лекцій учасники можуть дізнатися про етапи адаптації, концепції культурного шоку та акультурації, які допоможуть їм зрозуміти ті нові процеси, з якими вони стикаються в новій країні, та спростити такий складний та стресовий процес, як адаптація.

Ключові слова: адаптація, маскулінність, мігранти, інтернальність, самоприйняття.

Крайніков Е., Прокопович Е., Фіяло О. Гендерные особенности социальной психологической адаптации мигрантов в США. С целью исследования гендерных особенностей адаптации мигрантов, протестировано 60 женатых людей, которые переехали в США в течение одного года. Все респонденты имеют высшее образование, работоспособны, принадлежащих к среднему классу, имеют недвижимость и автомобили, по крайней мере один из супругов работает. Все респонденты переехали в США на очень выгодных условиях. Выяснено, что только маскулинность коррелирует с адаптацией: чем выше маскулинность, тем выше адаптация. Выведено, что маскулинность имеет самый высокий прямую связь с интернальностью, то есть верой человека в свою способность определять свою жизнь за рубежом. Другие мужские черты, влияющие на адаптацию, включают самопринятия, стремление к доминированию и эмоциональную стабильность. Поскольку обнаружена корреляция не нашла связи между маскулинностью и фемининностью, мы можем тренировать маскулинность, не обращая

внимания на пол. Выяснено, что маскулинными чертами, способствуют процессу адаптации в новой стране, является интернальность, позитивное самовосприятие, стремление к доминированию и эмоциональная стабильность. Разработан трехдневный тренинг, который близок к тренингу личностного роста, поскольку он прежде всего развивает навыки саморегуляции, эмоциональную компетентность, самовосприятие, восприятие со стороны других и силу воли. Кроме того, с помощью мини-лекций участники могут узнать об этапах адаптации, концепции культурного шока и аккультурации, которые помогут им понять те новые процессы, с которыми они сталкиваются в новой стране, и упростить такой сложный и стрессовый процесс, как адаптация.

Ключевые слова: адаптация, маскулинность, мигранты, интернальность, самопринятия.

Krainikov E., Prokopovich E., Füälö O. Gender features of social and psychological adaptation of migrants in the United States. In order to investigate the gender characteristics of migrants adaptation, we tested 60 married people who moved to the United States within one year. All respondents have higher education, are capable, belong to the middle class, have real estate and cars, at least one of the spouses works. All respondents moved to the United States on very favorable terms. The techniques we selected allowed us to conduct this research remotely via Google Form on the Internet. For our study, we chose the following techniques: Maskulinity-Femininity Test (S. Bem), Marriage Satisfaction Questionnaire (T. Romanov and G. Butenko), Socio-psychological Adaptation Questionnaire (C. Rogers and R. Diamond), SAN Test, "Big Five" Questionnaire. We found out that only masculinity correlates with adaptation: the higher is masculinity, the higher adaptation is. Further correlation analysis revealed that masculinity has the highest direct correlation with internality, that is, a person's belief in his/her power to determine his/her life abroad. Other masculine traits that have an impact on adaptation include self-acceptance, desire for domination, and emotional stability. We were surprised by the lack of correlation between masculinity and acceptance by others. Since the discovered correlation hasn't shown a connection between masculinity and femininity, we can train masculinity without paying attention to gender. We have found that the masculine traits that enhance the adaptation process in the new country are internality, positive self-perception, desire for domination, and emotional stability. That is why we counted on our 3-day training. Our training is similar to personal growth training as it primarily develops self-regulation skills, emotional competence, self-perception, acceptance by others and will power. In addition, through mini-lectures, the participants can learn about the stages of adaptation, the concepts of cultural shock and acculturation, which will help them to understand those new processes they face in a new country and simplify such a complex and stressful process as adaptation.

Keywords: adaptation, masculinity, migrants, internment, self-acceptance.

Вступ. За останні десятиліття кількість людей, що перетинають кордони у пошуках кращого життя, різко зросла: наразі одна людина з кожних 35 мешканців планети є мігрантом (Бурлачук, 2004). Адаптація мігрантів до нового культурного середовища є складним процесом, що вимагає мобілізації усіх ресурсів особистості з метою уникнення міжетнічних конфліктів та пошуку способів життя у нових умовах (Данилюк, 2010; Константинов, 2018; Садохин, 2002). Соціально-психологічна адаптація — це самозміни (настанов, рис, характеру, стереотипів поведінки, тощо) відповідно до нових вимог діяльності, соціальних умов і нового оточення (Romm, 2016). Одним із

аспектів соціально-психологічної адаптації виступає гендерна поведінка. Джерелом нормативів гендерної поведінки є оточуюче середовище, яке вимагає від людини як актора власного життя дотримання певних статевотипізованих правил поведінки (Plakhotnik, 2008). Гендерні особливості адаптації відрізняються в залежності від домінування у них вираження маскулінних або фемінінних рис характеру (Bendas, 2006). Психологічна маскулінність значною мірою пов'язана з індивідуалізацією особистості, тобто розвитком її від залежності (від середовища) до автономності, від конформізму до вільного самовизначення. Психологічна фемінінність пов'язана з децентрацією особистості, тобто зміщенням мотиваційно-ціннісної домінанти з егоцентричних і групоцентричних прагнень на універсально-милосердні та альтруїстичні (Kogan, 2003). Причому така децентрація базується на неусвідомлюваних процесах, виявляється безпосередньо в почуттях та бажаннях і не підлягає прямій вольовій регуляції. Дослідження останніх років відзначають стійку тенденцію в багатьох регіонах світу до зближення стандартів поведінки чоловіків і жінок, образів маскулінності і фемінінності (Goffman, 1997). Цю тенденцію можна позначити як андрогінну (Lorber, 1995).

Методологія дослідження. Гіпотеза дослідження полягає у тому, що гендерна приналежність впливає на адаптацію. Тому об'єктом нашого дослідження виступає феномен соціально-психологічної адаптації мігрантів (Garfinkel, 1967). Предметом — гендерні особливості соціально-психологічної адаптації мігрантів. Метою дослідження є виявити гендерні особливості соціально-психологічної адаптації мігрантів, дослідити їх та розробити власний тренінг адаптації, виходячи із специфіки культурного середовища штату Техас. Відповідно до висунутої мети визначені такі завдання дослідження: 1) провести аналіз літератури з проблем гендеру та адаптації; 2) розробити дизайн емпіричного дослідження та провести його; 3) проаналізувати та проінтерпретувати отримані дані; 4) розробити програму тренінгу соціально-психологічної адаптації мігрантів.

Для розв'язання окреслених завдань нами було використано такі дослідницькі методи: а) загальнонаукові — аналіз та синтез літературних джерел; б) психодіагностичні — Тест маскулінності–фемінінності (С. Бем), Опитувальник задоволеності шлюбом (В. Столін, Т. Романова та Г. Бутенко), Шкала соціально-психологічної адаптації (К. Роджерс та Р. Даймонд), Методика САН, опитувальник «Велика п'ятірка»; в) математико-статистичні: кореляційний аналіз та однофакторний дисперсійний аналіз. Перед початком тестування респонденти заповнювали анамнестичний опитувальник, що містив питання про стать, вік, кількість років подружнього життя, наявність дітей. Обрані методики дозволили нам провести це дослідження дистанційно через Google-форму в Інтернеті.

Загалом в дослідженні взяли участь 30 жінок (50 %) та 30 чоловіків (50 %), віком від 18 до 50 років. Ми намагалися досягти рівної кількості осіб-респондентів жіночої та чоловічої статі. Усі респонденти мають вищу освіту, одружені, мешкають у США не більше 1 року, україно-російсько-мовні, належать до середнього класу, володіють нерухомістю та автомобілями. Також усіх респондентів об'єднує те, що один із подружжя працює в американській компанії, що має дочірнє представництво в Україні. Тому усі співробітники разом зі своїми сім'ями були запрошені на роботу до США на дуже гарних умовах: один місяць безкоштовного проживання у новій країні, медичне страхування, 100 годин англійської мови на сім'ю, безкоштовне перевезення речей та авіа білети.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз отриманих даних почнемо з визначення гендерної приналежності. Так, за методикою С. Бем більшість із 60 респондентів виявилися андрогінними (50 респондентів, серед них 26 жінок та 24 чоловіки). Решта 10 респондентів поділилися наступним чином: 8 фемінінних (з них 7 жінок та 1 чоловік), та 2 маскулінних (з них одна жінка та один чоловік). Тобто, більшість мігрантів поєднують маскулінні та фемінінні властивості. Якщо детальніше роздивитись андрогінів, які комбінують в собі жіночі та чоловічі властивості, то можна побачити, що у 24 осіб домінують все ж таки маскулінні властивості (з них 10 жінок, та 14 чоловіків), а у 20 респондентів домінуючими є фемінінні властивості (з них 13 жінок та 7 чоловіків). Також було виявлено 6 респондентів з балансом чоловічого та жіночого (з них 3 жінки та 3 чоловіка). Загалом в виборці мігрантів є баланс фемінінних та маскулінних властивостей, але все ж таки середній показник фемінінності дещо переважає (69 % до 65 %).

Оскільки головним припущенням роботи є те, що гендерна приналежність впливає на адаптацію, то перш за все нами був проведений кореляційний аналіз між маскулінно-фемінінними, маскулінними і фемінінними якостями та адаптацією, оскільки будь-якому гендеру властиве як фемінінне, так і маскулінне, але в різних пропорціях. З цією метою був взятий не лише інтегральний показник адаптації, але й його складові: адаптивність та дезадаптивність, щоб детальніше побачити наявність взаємодії між зазначеними факторами. Це дозволило з'ясувати вплив гендеру на адаптацію, чи є між ними значущий зв'язок. Після підрахунку коефіцієнту кореляції за Пірсоном звертають на себе увагу низькі коефіцієнти кореляції фемінінності — від -0,03 до 0,05, що свідчить про те, що вона не впливає на рівень адаптації. З іншого боку, бачимо високі показники позитивної кореляції маскулінності з адаптивністю (0,42 та 0,53), тобто, що більш вираженою є маскулінність, тим вищим є рівень адаптивності. Також має місце менш значуща негативна кореляція між дезадаптивністю та маскулінністю: що нижчою є маскулінність, тим більш вираженою є дезадаптивність. Щодо маскулінності-фемінінності, іншими словами андрогінності, то тут показники

середні в порівнянні з іншими, і то завдяки наявності маскулінності у складі цього показника. Отже, єдиним фактором, що дійсно впливає на адаптивність, є маскулінність — як така або у складі андрогінності.

Крім того, привертає увагу позитивний взаємозв'язок маскулінності та самосприйняття (0,46). Що більшою мірою мігрант приймає себе, тим вища маскулінність (і, як наслідок, краща адаптація). З іншого боку, бачимо відсутність кореляційного зв'язку з прийняттям інших, що доводить неактуальність цієї фемінінної риси для адаптації в новій країні.

З інтегральним показником емоційного комфорту (Опитувальник соціально-психологічної адаптації) маємо середній позитивний коефіцієнт кореляції 0,33, а з емоційною нестабільністю (Опитувальник "Велика п'ятірка") — -0,43 — непрямий зв'язок. Тобто, що вищою є емоційна нестабільність, тим нижчою є здатність адаптуватися до нового середовища: мігрант не може контролювати свої емоції та імпульсивні потяги, що проявляється як відсутність почуття відповідальності, втеча від реальності, примхливість. Показник 0,33 говорить про те саме, але підкреслює прямий зв'язок: що емоційно стабільнішою є людина, то більшою мірою вона виявляє маскулінні риси та краще адаптується.

Адаптивність демонструє високу позитивну кореляцію також із показниками тесту САН (з самопочуттям — 0,55, з активністю — 0,70, з настроєм — 0,53). Всі ці риси можна об'єднати в емоційну стабільність — характерну маскулінну рису. Але ми вважаємо, що треба збільшити кількість респондентів, щоб довести значний вплив активності на маскулінність, а з нею і на адаптацію.

Також високою є позитивна кореляція маскулінності з інтегральним показником інтернальності — 0,61. Таким чином, інтернальність локусу контролю прямо пропорційно впливає на адаптацію. Інтернальність означає високий рівень суб'єктивного контролю, атрибуцію подій власними особистісними якостями (компетентністю, цілеспрямованістю, здібностями, тощо) і закономірними наслідками власної діяльності. Таким чином, віра мігранта в те, що саме він визначає своє життя закордоном, покращує адаптацію в новій країні. З іншого боку, показник самоконтролю (опитувальник "Велика П'ятірка") має лише середній на межі з низьким (0,32) прямий зв'язок з адаптацією: що більшою мірою мігрант є сумлінним, відповідальним, обов'язковим та акуратним у справах, тим успішніше він адаптується.

Наступною рисою, що впливає на пристосування до нової країни, є прагнення до домінування, що є маскулінною рисою. Коефіцієнт кореляції складає 0,48, що є досить високим та позитивним. Мігрант, який виявляє прагнення до лідерства, керівництва у вирішенні задач, часто особисто важливі завдання вирішує за рахунок оточуючих. Таким чином він прискорює процес адаптації та швидко пристосовується до нового оточення, приймаючи нові виклики.

Очікуваним результатом виявилось те, що експресивність як особистісна риса сприяє адаптації. Її кореляційний зв'язок з маскулінністю складає 0,37, що є досить середнім значенням. Чіткіше цей вплив ми змогли б відстежити, якби збільшили вибірку. Типові екстраверти відрізняються товариськістю, люблять розваги і колективні заходи, мають велике коло друзів і знайомих, відчувають потребу у спілкуванні з людьми та проводять з ними час, прагнуть розваг; вони безтурботні, оптимістичні і люблять зміни.

Також ми виявили середню негативну кореляцію маскулінності з ескапізмом, яка дорівнює -0,3. Тобто, можна стверджувати: що нижчий ескапізм, тим краща адаптація. Мабуть, тут не має нічого неочікуваного. Ескапізм — це важливий захисний механізм людської психіки, характерними для якого є бажання ухилитися, втекти, сховатися від безрадісних фізичних і психічних аспектів реального життя в світі примарному, вигаданому. В новій країні настільки багато питань та завдань, які постають перед мігрантом, що, на нашу думку, це одна з найбільших вад для благополучного становлення нового життя. Ми також помітили, що якщо розрахувати кореляційний зв'язок адаптації з ескапізмом, то кореляція виходить значно вищою (-0,71). Тобто, що менше людина втікає від питань організації нового життя та з готовністю вирішує свої проблеми, тим краще вона адаптується. І навпаки, що вищий ескапізм, тим тяжче впоратися з новими обставинами, тим нижча адаптація.

Більшість коефіцієнтів кореляції маскулінності мають середні значення (самоприйняття, прагнення до домінування, емоційна стійкість); високою є лише кореляція між маскулінністю та інтернальністю. Слабкими є кореляційні зв'язки між маскулінністю та роботою, маскулінністю та самоконтролем.

Очевидним є позитивний вплив на адаптацію з боку самоприйняття — коефіцієнт кореляції досягає 0,84, що є дуже високим показником. Якщо досить жіноча риса — прийняття інших — показала відсутність кореляції з маскулінністю, то взаємозв'язок з адаптивністю виявляється високим та прямим, і складає 0,71. Тобто, що більшим є прийняття інших, тим краще проходить процес адаптації в новій країні, оскільки це передбачає прийняття усього нового, особливо людей, іншої культури, історії, цінностей тощо.

Емоційний комфорт посідає перше місце серед факторів, які впливають на адаптацію (коефіцієнт кореляції — 0,92), що підтверджується також негативною кореляцією з показником емоційної нестійкості (опитувальник «Велика П'ятірка») — -0,64. Тобто, що вищою є емоційна нестабільність, тим гірше людина адаптується. З маскулінністю емоційний стан корелює досить слабо.

В цілому на адаптацію впливають самосприйняття, самооцінка та ставлення до інших. Тому можемо припустити: якщо людина страждає від невпевненості і невіри в себе, почуває себе погано, то варіант зі зміною місця проживання як способу покращення життя не спрацює, оскільки для благополучного пристосування до нового середовища саме суб'єктивне благополуччя виступає вирішальним фактором.

Також ми звернули увагу на показник задоволеності шлюбом. Між ним та маскулінністю будь-який зв'язок відсутній, але з адаптацією він складає 0,45 — прямий середній. Ми припускаємо, що більша вибірка продемонструвала би вищий зв'язок. Шлюб асоціюється із емоційною підтримкою, що доводять високі кореляції з емоційним комфортом (0,50) та настроєм (0,54). Чим успішнішим є шлюб, тим краще людина себе почуває, тим легше проходить адаптація. Щодо нашої вибірки, то середній показник задоволеності шлюбом складає 37 із 48, тобто наші респонденти задоволені своїм подружнім життям.

Попередньо ми встановили, що з рівнем адаптації мігрантів у новій країні корелює маскулінність. Фемінінність не має особливо значних кореляцій, всі вони дорівнюють 0,3 та менше — можливо, це пов'язане з невеликим обсягом вибірки. Тому ми звернулися до однофакторного дисперсійного аналізу, щоб перевірити наскільки можливо розповсюдити нашу гіпотезу про вплив гендеру на адаптацію на усю генеральну сукупність. Ми взяли усі три гендера: маскулінність, фемінінність та андрогінність (нагадаємо, що в нашій вибірці ми представлено 50 андрогінних особистості, 2 маскулінних та 8 фемінінних). Очевидною є нерівномірна представленість цих трьох гендерів, що створює значні труднощі.

Отримані в результаті однофакторного дисперсійного аналізу дані не дають достатньо підстав вважати, що відкрити нами закономірність зв'язків маскулінності з адаптивністю можна розповсюдити на усю генеральну сукупність. Але, незважаючи на це, присутність зв'язків виглядає дуже вірогідно, оскільки $P\text{-значення } 0,07 > 0,05$, $F 2,72 < F \text{ критичного}$. Тому, щоб довести цей взаємозв'язок, потрібна більша вибірка, що включала би респондентів з вираженою маскулінністю. З іншого боку, розрахована дисперсія виявляє, що маскулінність впливає на адаптацію набагато більшою мірою, ніж андрогінність та фемінінність, оскільки середній показник адаптивності в маскулінній групі становить $83 \pm 4,24$; порівняйте з андрогенною ($70,18 \pm 13,62$) та фемінінною ($60,75 \pm 13,85$) групами. Тобто, гендер впливає на адаптивність. І оскільки фемінінність не пов'язана з маскулінністю, тобто не прямо протилежна їй, то ми можемо тренувати маскулінність, не звертаючи увагу на стать.

Також ми вирішили перевірити нульову гіпотезу, що фізична стать сама по собі не впливає на процес адаптації. Для цього ми також провели однофакторний дисперсійний аналіз. За його результатами, $P\text{-значення } 0,4 > 0,05$, а $F 0,6 < F \text{ критичного}$, і тому наша нульова гіпотеза виявилась вірною.

Таким чином, дисперсійний аналіз дозволяє нам зробити висновок, що гендерний фактор в рамках нашої вибірки з 60 респондентів-мігрантів впливає на інтегральний показник адаптації. Що вищою є маскулінність, тим вищою адаптація; що вища фемінінність, тим нижча адаптація. Але ми не ризикуємо узагальнити ці дані на усю генеральну сукупність, оскільки цього не дозволяє

досліджена вибірка. Близькість Р-значення до 0,05 дозволяє нам говорити про велику ймовірність такої генералізації. Щодо кореляційного аналізу ми можемо стверджувати, що маскулінність впливає на ефективність адаптації, а фемінінність — ні. Також на адаптацію не впливає андрогінність як така, оскільки у її складі є маскулінність і тому логічніше досліджувати саме її. В ході аналізу ми з'ясували, що на високу адаптацію впливають такі маскулінні риси, як інтернальність, самоприйняття, прагнення до домінування, емоційна стійкість. Крім цього адаптація має прямий кореляційний зв'язок з прийняттям інших, ескапізмом, активністю, гарним настроєм і самопочуттям та шлюбом. Тому на основі саме цих факторів впливу ми розробили корекційну програму, що покликана покращити адаптацію мігрантів у новій країні.

Висновки. Джерелом нормативів гендерної поведінки залишається для людини середовище, що вимагає дотримання певних статево типізованих правил. Гендерні особливості адаптації відрізняються в залежності від домінування у них вираження маскулінних або фемінінних рис. Психологічна маскулінність значною мірою пов'язана з індивідуалізацією особистості, тобто розвитком її від залежності (від середовища) до автономності, від конформізму до вільного самовизначення. Психологічна фемінінність пов'язана з децентрацією особистості, тобто зміщенням мотиваційно-ціннісної домінанти з егоцентричних і групоцентричних прагнень на універсально-милосердні та альтруїстичні. Така децентрація базується на неусвідомлюваних процесах, виявляється безпосередньо в почуттях та бажаннях і не підлягає прямій вольовій регуляції. Дослідження останніх років відзначають стійку тенденцію до зближення стандартів поведінки чоловіків і жінок, образів маскулінності і фемінінності. Цю тенденцію можна позначити як андрогінну.

Завдяки проведеному дослідженню було виявлено, що лише маскулінність впливає на адаптацію. Що вищою є маскулінність, тим вища адаптація. Подальший кореляційний аналіз показав, що маскулінність має найвищий прямий кореляційний зв'язок з інтернальністю, тобто вірою мігранта в те, що саме він визначає своє життя за кордоном. Іншими маскулінними рисами, які мають вплив на адаптацію, виявилися самоприйняття, прагнення до домінування та емоційна стійкість. Хоча прийняття інших виявилось не пов'язаним із маскулінністю, воно прямо корелює з адаптацією, самопочуттям, рівнем активності та задоволеністю шлюбом. Проведений нами дисперсійний аналіз не дає підстав узагальнювати отримані дані на генеральну сукупність; для цього необхідна ширша вибірка, де були би більшою мірою представлені респонденти з вираженою маскулінністю. З іншого боку, розрахована дисперсія підтверджує вплив тендеру на адаптивність.

Практичне значення отриманих результатів полягає, насамперед, у тому, що, оскільки за даними кореляційного аналізу фемінінність не пов'язана з маскулінністю, тобто не прямо протилежна їй, то стає можливим тренувати

маскулінність, не звертаючи увагу на стать. Тренуючи маскулінність, ми зможемо прискорити процес адаптації. Саме ці міркування покладено в основу розробленої нами корекційної програми сприяння адаптації мігрантів в новій країні. Оскільки ми виявили, що такій адаптації мігрантів сприяють маскулінні риси (інтернальність, позитивне самосприйняття, прагнення до домінування та емоційна стійкість), то саме вони опинилися в центрі уваги нашої програми інтервенції. Наш тренінг вийшов подібним до тренінгів особистісного зростання, тому що насамперед він спрямований на розвиток навичок саморегулювання, емоційної компетентності, самоприйняття, прийняття інших та волі. Також учасникам пропонується психоедукаційна складова — етапи адаптації у новій країні, поняття культурного шоку та акультурації.

Література

1. Бендас, Т. (2006). *Гендерная психология : учебное пособие*. Санкт-Петербург: Питер.
2. Бурлачук, Л. (2004). *Миграция в Европе глазами психолога*. Киев.
3. Данилюк, І. (2010) *Етнічна психологія як галузь наукового знання: історико-теоретичний вимір*. Київ: Саміт-книга.
4. Коган, І. (2003). *Гендерная культурология: культура пола и пол. культуры*. Минск: Ковчег.
5. Константинов, В. (2018) *Социально-психологическая адаптация эмигрантов в принимающем поликультурном обществе*.
6. Плахотнік, О., Гуслякова, Л., & Ісаєва, Т. (Ред.). (2008). *Збірник доповідей Міжнародної науково-практичної конференції «Гендерні теорії, гендерні практики: налагоджуючи мости»*. Харків: Райдер.
7. Садохин, А. (Ред.). (2002). *Основы межкультурной коммуникации: Учебник для вузов*. Москва: Гардарики.
8. Ромм, М. (2016). *Философия и психология адаптивных процессов*. Москва–Воронеж: МОДЕК.
9. Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. New York.
10. Goffman, E. (1997). *Frame an alysis of gender*. Oxford.
11. Lorber, J. (1995). *Paradoxes of Gender*. London: Yale university press.

Referenses

1. Bendas, T. (2006). *Hendernaia psykhologyia : uchebnoe posobyie [Gender psychology: atextbook]*. S-Peterburg: Piter. (in Russian)
2. Burlachuk, L. (2004). *Myhratsyia v Evrope hlazamy psykholoha [Migration in Europe: psychologist's view]*. Kiev. (in Russian)
3. Danyljuk, I. (2010). *Etnichna psykhohiia yak haluz naukovooho znannia: istoryko-teoretychnyi vymir [Ethnic psychology as a branch of scientific knowledge: a historical-theoretical dimension]*. Kyiv: Sammit-knyga. (in Ukrainian)
4. Kogan, I. (2003). *Hendernaia kulturolohyia: kultura pola y pol kultury [Gender cultural studies: gender culture and gender culture]*. Minsk: Kovcheg. (in Russian)
5. Konstantinov, V. (2018). *Sotsyalno-psykhohycheskaia adaptatsiia emmyhrantov v prynymaiushchem polykulturnom obshchestve [Socio-psychological adaptation of emigrants in the host multicultural society]*. Doctoral thesis.

6. Plakhotnik, O., Guslyakova L., & Isayeva, T. (Eds). (2008) *Zbirnyk dopovidei Mizhnarodnoi naukovo-praktychnoi konferentsii «Genderni teorii, genderni praktyky: nalahodzhuiuchy mosty» [Proceedings of the International Scientific Conference on Gender Theories, Gender Practices: Building Bridges]*. Kharkiv: Raider. (in Ukrainian)
7. Sadokhin, A. (Ed). (2002) *Osnovy mezhkulturnoi kommunykatsyy: Uchebnyk dlia vuzov [Fundamentals of Intercultural Communication: A Textbook for Universities]*. Moscow: Gardariki. (in Russian)
8. Romm, M. (2016). *Fylosofyia y psykholohyia adaptyvnykh protsessov [Philosophy and psychology of adaptive processes]*. Moscow–Voronezh: MODEK. (in Russian)
9. Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. New York. (in English)
10. Goffman, E. (1997). *Frame an alysis of gender*. Oxford. (in English)
11. Lorber, J. (1995). *Paradoxes of Gender*. London: Yale university press. (in English)

Відомості про авторів

Крайніков Едуард, кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології розвитку Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна.

Krainikov, Eduard, PdD, Assoc. Prof., Department of Developmental Psychology, Kyiv National Taras Shevchenko University, Kyiv, Ukraine.

E-mail: psy_edw@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3825-9694>

Прокопович Євгеній, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психології розвитку Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна.

Prokopovich Eugene, PdD, Assoc. Prof., Department of Developmental Psychology, Kyiv National Taras Shevchenko University, Kyiv, Ukraine.

E-mail: duran2004@ukr.net

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8601-5419>

Фіяло Оксана, магістр психології, м. Київ, Україна.

Fiialo Oksana, Master in Psychology, Kyiv, Ukraine.

E-mail: oksana.zharfia@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1908-5572>

Отримано 30 березня 2021 р.

Рецензовано 10 квітня 2021 р.

Прийнято 12 червня 2021 р.

Анастасія Кунцевська

КАТЕГОРІЇ АНАЛІЗУ У ДІЯЛЬНІСНО-ОРІЄНТОВАНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ

Кунцевська А. Категорії аналізу у діяльнісно-орієнтованому консультуванні. У статті проаналізовано психологічні практики консультування, розроблені в рамках діяльнісної парадигми С.Л. Рубінштейном, А.Н. Леонтьєвим, Ф.Е. Василюком, Г.П. Щедровицьким і іншими дослідниками. Йдеться про проблему розриву між науковою теорією діяльності та методологією практик психологічної допомоги. Представлено базові категорії аналізу ситуації в діяльному підході, на підставі яких було розроблено авторську модель консультативної взаємодії, а саме: єдність свідомості і діяльності; діяльність переживання і одиниці аналізу діяльності. Оскільки предметом консультування виступає проблемна ситуація, пережита клієнтом, то основною метою психологічного консультування є зведення проблеми до низки задач, що, в свою чергу, вимагає поставити чітку логіку і етапність консультативного процесу.

Показано, що консультант проводить клієнта через кілька етапів: сканування ситуації, позиційний аналіз, проблематизація і фіксація суперечностей, перепозиціонування та проектування нових схем діяльності, на кожному з яких відбуваються послідовні зміни.

Ключові слова: діяльнісний підхід, психологічна практика консультування, проблематизація, позиціонування.

Кунцевская А. Категории анализа в деятельно-ориентированном консультировании. В статье проанализированы психологические практики консультирования, разработанные в рамках деятельностной парадигмы С.Л. Рубинштейном, А.Н. Леонтьевым, Ф.Э. Василюком, Г.П. Щедровицким и другими исследователями. Речь идет о проблеме разрыва между научной теорией деятельности и методологией практик психологической помощи. Представлены базовые категории анализа ситуации в деятельностном подходе, на основании которых была разработана авторская модель консультативного взаимодействия, а именно: единство сознания и деятельности; деятельность переживания и единицы анализа деятельности. Поскольку предметом консультирования выступает проблемная ситуация, пережитая клиентом, то основной целью психологического консультирования является сведение проблемы к ряду задач, что, в свою очередь, требует поставить четкую логику и этапность консультативного процесса.

Показано, что консультант проводит клиента через несколько этапов: сканирование ситуации, позиционный анализ, проблематизация и фиксация противоречий, перепозиционирование и проектирование новых схем деятельности, на каждом из которых происходят последовательные изменения.

Ключевые слова: деятельностный подход, психологическая практика консультирования, проблематизация, позиционирование.

Kuntsevskaya, A. Categories of analysis within activity-oriented counseling. This paper aims to provide an analysis of the theoretical and methodological grounds of Activity-oriented models of psychological counseling practice, along with an author's model of counseling interaction between a psychologist and a client within the framework of Activity theory.

In contrast to majority of psychological theories, Activity theory has not yet been fully reflected in psychotherapeutic and counseling practice. As a consequence, we can see the gap in the relevant methodology of psychological care, despite of multiple theoretical and empirical research, conducted within Activity framework.

The structure and procedure of Activity-oriented counselling is based on major categories of Activity theory, developed by S. Rubinstein, A. Leontiev, F. Vasilyuk, G. Schedrovitsky, namely: i) unity of consciousness and activity; ii) experiencing as a form of personal activity; iii) categories of activity analysis. Since the subject of counseling is the problem situation experienced by a client, the main purpose of psychological counseling is to convert the problem into achievable tasks, which requires setting a clear logic and sequencing stages of consultative process.

It is shown that the consultant guides the client through a series of stages, which involve consistent changes.

Those stages include following: situation scanning; positional analysis; problematizing and capturing of contradictions, repositioning and designing of new activity schemes.

Activity-oriented counseling offers a comprehensive, context-sensitive method of client's life story exploration and highly structured procedure, which allows psychologist and the client to retain its overall meaning and logic.

Certainly, an active approach in the psychological practice of counselling requires further methodological developments: in particular, the development of protocols of counseling sessions and non-parametric methods of diagnosis of client advancement.

Keywords: *activity-oriented approach, Activity theory, experiencing, psychological counselling practice, problematization, positioning.*

Вступ. Категорія діяльності посідає одне з центральних місць у системі наукового знання про людину та центральне місце в системі базових категорій психології, які формують її понятійний апарат поруч із такими категоріями, як: «особистість», «свідомість», «спілкування», «мислення», тощо.

Поява теорії діяльності, заснована на культурно-історичній теорії Л.С. Виготського (1920–1930 рр.), зрушила уявлення про психіку від її розуміння як окремої сутності, незалежної від зовнішніх впливів, до визнання діяльності феноменом, який пов'язує суб'єкта з навколишнім світом, впливаючи на нього та підпорядковуючись його об'єктивним властивостям.

На відміну від більшості психологічних теорій діяльнісний підхід тривалий час не знаходив свого втілення у практиці психологічної допомоги (консультування та психотерапії). Таким чином, там, де могла б з'явитися діяльнісна школа практики психологічної допомоги, як це відбулося, наприклад, із когнітивно-поведінковою, гештальт-психологією, чи гуманістичною парадигмою, виникла прогалина. Натомість, емпіричні моделі діяльнісного підходу широко використовувались та продовжують використовуватись як модель аналізу і побудови прикладних досліджень на замовлення різних сфер виробництва та системи освіти.

Протиріччя між науковим знанням, отриманим на основі експериментальних досліджень, здійснених в логіці та за принципами теорії діяльності, та актуальними вимогами психологічної практики (яка потребує іншого типу досліджень – тих, що уможливають засновану на доказах практику), загострюється сьогодні на тлі інтенсивного поширення західних психотерапевтичних та консультативних моделей.

Відомий представник діяльнісного підходу, засновник першого в РФ Центру психологічного консультування Ф.Ю. Василюк зазначав, що «психотерапевтична практика та освіта поставили вітчизняну науково-психологічну традицію не лише в ситуацію жорсткої конкуренції, не лише в ситуацію виживання, вони поставили її перед сократівським завданням пізнати саму себе і дати відповідь на питання: чи є в її коренях і витоках, в її генотипі потенції породження повноцінних психологічних практик» (Василюк, 2007).

Методологія дослідження.

Мета дослідження – аналіз наявних діяльнісно-орієнтованих моделей психологічних практик, а також виклад авторської моделі структури та механіки консультативної взаємодії психолога та клієнта у діяльнісному підході.

Завдання дослідження:

- проаналізувати загальні тенденції розвитку психологічних практик консультування у діяльнісному підході;
- визначити загальну структуру консультативної взаємодії;
- дати загальну характеристику положень і категорій, розроблених основоположниками теорії С. Л. Рубінштейном та А.Н. Леонт'євим, а також представниками «другої хвилі» теорії діяльності (Василюк, 1984; Щедровицкий, 1987 та ін.), на яких було засновано авторську модель консультування.

Результати дослідження та їх обговорення.

Становлення консультативних практик у діяльнісному підході.

Базові принципи та методологія теорії діяльності стали фундаментом для низки методологічних шкіл та практик, які виникли й набули поширення на пострадянському просторі та за його межами. Насамперед, це – різноманітні освітні практики, побудовані на базових категоріях теорії діяльності, зокрема: теорія і практика розвиваючого навчання, низка прикладних практик системного проектування, що зумовили розвиток, в тому числі, консультативного напрямку в діяльнісному підході (Щедровицкий, 1987; Зарецкий, 2013; Суворова, 2006; Engeström, 2009 та інші).

Так, починаючи з 60-х, потужний розвиток теорії діяльності у напрямі теорії та методології пізнання відбувся завдяки Г.П. Щедровицькому, його колегам і послідовникам. На основі науково-методологічного дискурсу пізнання й способів організації мислення ним була запропонована особлива форма організації колективної мисленнєвої діяльності, спрямована на вирішення широкого кола соціальних і соціально-економічних проблем (Щедровицкий, 1987).

Аналогічний поштовх до розвитку соціокультурної теорії діяльності у країнах західної Європи дав фінський науковець У. Engeström: «Теорія діяльності – це теорія предметно-керованої діяльності, де предмети є генераторами та осередками уваги, мотивації, зусиль та сенсу (Engeström,

2009). В процесі діяльності люди постійно змінюються і створюють нові предмети». Engeström вводить поняття «плинних предметів» (runaway objects) – суперечливих предметів, які виходять за межі компетенції та відповідальності одного соціального суб'єкта. До таких проблемних предметів автор відносить екологічні і соціальні проблеми, а також технологічні інновації, що робить їх об'єктом уваги спеціальних професій (Engeström, 2009).

Методологія системно-діяльнісного підходу, розроблена Щедровицьким, так само, як і модель, яку представив Engeström, на рівні конкретної професійної взаємодії суб'єктів соціальних систем (якими можуть виступати як окремі індивіди, так і соціальні групи, спільноти, організації), побудована на практиках рефлексії як особливому процесі мислення. Ці ж самі рефлексивні практики поступово стають основою для конструювання практик психологічної допомоги.

Трансформацію діяльнісної парадигми в напрямі розбудови психотерапевтичної теорії розпочав Ф.Ю. Василюк, запропонувавши низку концептуальних моделей, які уможливають конструювання консультативного та терапевтичного процесів: модель станів свідомості (що включає в себе: несвідоме, переживання, усвідомлення та рефлексію), модель життєвих світів особистості та відповідних їм типів критичних ситуацій, модель стратиграфічного аналізу переживання. Власне, особистісне переживання Василюк розглядає як особливу форму діяльності, спрямовану на смислоутворення «у ситуації неможливості реалізації особистістю власних життєвих необхідностей» (Василюк, 1984).

Тривалий час діяльнісний підхід був суттєво обмежений у практиках психологічного консультування. Натомість, з кінця 90-х років з'являються роботи, в яких здійснюються спроби методологічного обґрунтування *психолого-педагогічного консультування суб'єктів освітнього процесу*.

Так, наприклад, методологічне обґрунтування консультативних практик у діяльнісному підході в системі освіти представлено у низці робіт Суворової Г.А., в яких вона на підставі наукових розробок Шадрикова В.Д. (системо-генетичний аспект та розробка проблеми діяльності як самостійної фундаментальної проблеми психології) здійснює аналіз задач основних суб'єктів освітньої діяльності та визначає зміст та мету психолого-педагогічного консультування (Суворова, 2006). Сутністю консультативно-психологічної діяльності психолога в процесі навчання вона вважає пошук «варіантів структурування навчальних цілей і навчальних дій в просторі навчальних завдань відповідно до можливостей учня, а також розробку і реалізацію на цій підставі психолого-педагогічних рекомендацій та програм із формування різноманітних психологічних механізмів навчання», а основною метою його – «зняття протиріч між вимогами навчальної діяльності та можливостями учня їх виконати в умовах спільної діяльності психолога з учнем або вчителем» (Суворова, 2006).

Зі свого боку, В.К. Зарецький, виходячи з положень методології Г.П. Щедровицького, обґрунтував модель рефлексивно-діяльнісного підходу,

що забезпечує технології надання консультативної допомоги суб'єктам освітнього процесу (учням і вчителям), спрямовані не лише на подолання ними труднощів, які виникають у навчальній діяльності, але й на розвиток в цілому (Зарецкий, 2013). Він розглядає консультативну допомогу як єдність педагогічної та психологічної практик з огляду на те, що «в ній неодмінно присутні традиційні елементи навчання, а саме: трансляція зразка, пояснення, контроль, зворотний зв'язок», а також «сприяння самостійності руху суб'єкта в проблемі, розкриття і зростання його потенціалу в рішенні проблем і подоланні труднощів» (Зарецкий, 2013).

Модель психологічного консультування у діяльнісному підході.

Консультування є одним з найбільш поширених методів професійної комунікації сервісних соціономічних професій (юридична, економічна, медична, психологічна тощо), основним принципом якого є адресне звернення особи до відповідного фахівця щодо вирішення наявних проблем (економічних, соціальних, психологічних тощо). З цієї точки зору, найзагальніша схема запиту (схема 1) являє собою виникнення позиції клієнта (особи, яка переживає труднощі, проблеми або потребує відповідної інформації стосовно певної сфери свого життя) та позиції фахівця-«експерта», який, в свою чергу, володіє системою науково-практичних, прикладних знань, зразків та моделей, що дають йому можливість відповісти на запит клієнта.

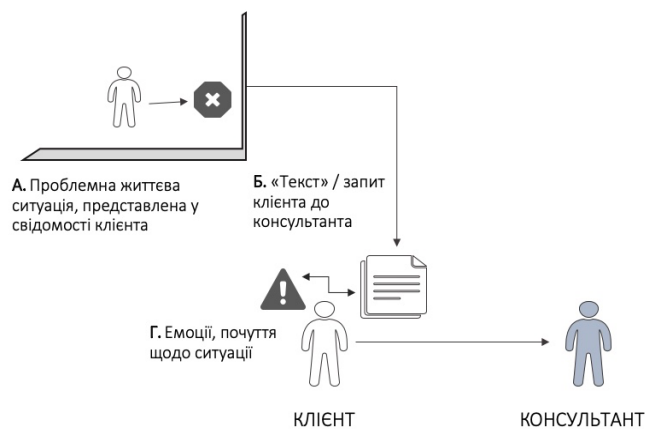


Схема 1. Формування запиту клієнта

Практика психологічного консультування, на відміну від решти консультативних практик, потребує не лише відповідної фахової підготовки, але й знання та здатність орієнтуватися у концептуальній психологічній моделі. Цю модель визначає психологічна школа/парадигма, в межах місії, логіки та принципів якої мислить і працює психолог-практик. Відтак, у процесі консультування психолог здійснює «переклад» тексту клієнта на мову власного підходу, складаючи конкретну карту/модель ситуації клієнта (схема 2).

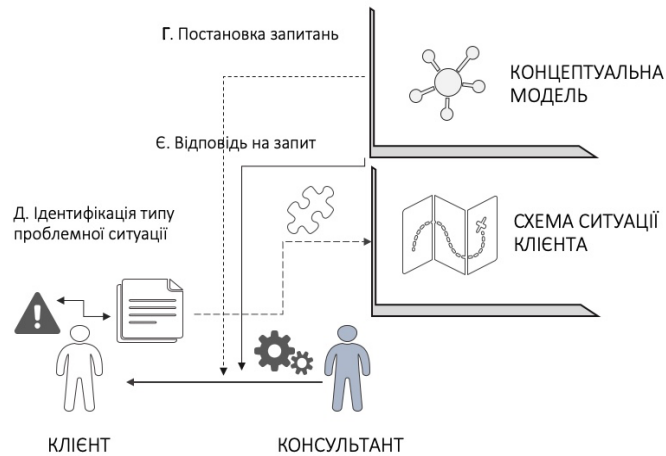


Схема 2. Процес консультування

Досить часто запити клієнтів артикулюються як загальне незрозуміння причин, реального змісту ситуації, що склалася, і, відповідно, можливостей виходу з неї. На вербальному рівні це може звучати як: «Я вже нічого не розумію», «Я заплутався», «Я не можу знайти вихід», «Я не можу зрозуміти, що відбувається» і так далі. Незрозуміння підсилює тривогу і хвилювання, провокує людину на імпульсивні дії, «зриви». У такому контексті адекватне чітке розуміння і усвідомлення особистістю того, що відбувається, стає основним завданням побудови консультативного процесу.

Діяльнісний підхід містить конструкти, що дозволяють структурувати ситуацію клієнта, працювати з міжособистісними конфліктами і важкими «токсичними» переживаннями і страхами, дотримуючись чітких рамок і логіки.

Цю базову логіку в нашому випадку задають такі положення діяльнісної парадигми: єдність свідомості і діяльності; діяльність переживання і одиниці аналізу діяльності.

1. Єдність свідомості та діяльності по суті означає взаємодетермінованість змін, що виникають у свідомості особистості, та відповідних змін у структурі, змістовному наповненні та спрямованості її діяльності.

І, навпаки: структура діяльності, до якої залучена людина, знаходить своє відображення у структурі її свідомості, набуваючи специфічних форм. Так, декларовані цінності і задані щодо конкретної діяльності цілі в структурі свідомості оформляються в особистісні смисли; стандарти і нормативи діяльності трансформуються у власні специфічні завдання і технології; а конкретні ситуації життєдіяльності відображаються у свідомості як конкретна здатність (або її відсутність) ідентифікувати, оцінювати конкретну ситуацію життєдіяльності (Кунцевська, 2004). Ця єдність означає також, що розриви і протиріччя в реальній діяльності особистість переживає як власний внутрішній конфлікт.

Ситуація такого протиріччя, наприклад, є показовою у наступному клієнтському випадку.

Чоловік, 42 роки, працює соціальним працівником в центрі; до його обов'язків належить соціальний супровід одиноких людей похилого віку, які не можуть піклуватися про себе. Кілька років тому він пройшов реабілітацію від алкогольної залежності, після цього став соціальним працівником, а також веде групи анонімних алкоголіків. Про власну професію розповідає захоплено і пристрасно, що свідчить про високий рівень смислу і цінності професії. При цьому він вважає себе «поганим працівником», оскільки за власною оцінкою погано виконує свої обов'язки. Розповідаючи про це, він переривчасто дихав, стискав і розтискав руки. Виявилося, що за нормативами, він мусить відвідати певну кількість людей похилого віку на місяць, принести їжу, допомогти за необхідності по господарству. Окрім того, він, відчувачи потребу цих людей у спілкуванні, проводить з ними більше часу, розмовляючи з ними, слухаючи їх. Через це він «не вкладається» у відведені формальні рамки (які, до речі, не передбачають жодної взаємодії з людьми похилого віку окрім матеріальної соціальної допомоги). Таким чином, бачимо, що розрив у структурі діяльності – між цінностями професії (цінність особистості) та нормативами (формальна відсутність тих форм допомоги, які відповідають за реалізацію цінності) - переживається фахівцем як власний внутрішній конфлікт, що розгортається у переживанні себе «поганим працівником».

2. *Діяльність переживання* - наступне вихідне положення діяльнісної парадигми спрямована, за Ф.Ю. Василюком, «на подолання певного розриву життя, це - відновлювальна робота, що перетинає лінію реалізації життя ... це - процеси, спрямовані на забезпечення психологічної можливості реалізації життя» (Кунцевська, 2004). Василюк наголошує, що переживання неприпустимо прирівнювати до психічних функцій поруч із пам'яттю, сприйняттям, мисленням, уявою, емоціями. Переживання є *діяльністю, самотійним процесом*, що співвідносить суб'єкта зі світом і бере участь у вирішенні його реальних життєвих проблем. А, відповідно, психічні функції, зовнішні предметні дії та поведінкові реакції супроводжують переживання, стаючи засобами його реалізації (так само, як вони супроводжують будь-які зовнішні форми людської діяльності).

Значення інтрапсихічних та поведінкових процесів, що беруть участь у здійсненні переживання, може бути з'ясоване, виходячи з основної задачі, спрямованості переживання, а також із розуміння цілісної *роботи перетворення психологічного світу*, продукуюваної переживанням. Оскільки, переживання виявляється єдиним засобом такого перетворення.

Звертаючись до питання про носіїв (або «реалізаторів») переживання, Василюк звертається до аналізу зовнішніх дій суб'єкта: «Зовнішні дії втілюють роботу переживання не безпосередньо – досягненням певних предметних результатів, а *шляхом зміни свідомості суб'єкта* і загалом його психологічного світу. Ця поведінка іноді має ритуально-символічний характер, діючи в такому випадку через підключення індивідуальної свідомості до організуючих рух переживання особливих символічних структур, усталених у культурі й таких, що концентрують у собі досвід людського переживання типових подій та обставин життя» (Василюк, 1984).

Для консультативної практики розуміння переживання як особливого типу діяльності означає, що робота з ним може здійснюватися у тій самій логіці, що й аналіз будь-якої діяльності, тобто у напрямі послідовного

визначення/корекції/супроводу змісту, спрямованості, засобів та результату цього переживання.

3. *Одиниці аналізу діяльності.* Предметом діяльнісного аналізу в консультуванні стають позиції, цілі, ресурси, фрагменти структури діяльності, які дозволяють людині моделювати свою реальність як на рівні переживання («мені здається/ я відчуваю, що відбувається ось так»), так і на рівні фіксації фактів реальності. На виході ми отримуємо прояснення ситуації, котра стає точкою опори (або точкою відліку) для подальшої роботи.

Будь-який процес консультування передбачає, що ми будемо взаємодію стосовно проблемної ситуації, яку переживає клієнт. Проблема (на відміну від завдання) означає відсутність умов (правил, нормативів) для її вирішення, а отже — неможливість сформулювати, артикулювати її суть; відповідно, високий рівень напруги та тривоги клієнта і, врешті, інтенсивний емоційний фон — ніби індикатор переживання клієнтом проблеми.

Отже, найперша мета психологічного консультування — переведення проблеми у конкретні завдання, посильні для клієнта. Для цього консультант має провести клієнта через низку *етанів*: сканування ситуації, позиційний аналіз, проблематизація та фіксація протиріч, перепозиціонування й проектування нових схем діяльності.

1. *«Сканування» ситуації:* відновлення послідовності подій та фіксація фактів реальності (дії, події, рішення тощо), фактів психологічних (емоції, стани, переживання). У процесі консультант створює карту-схему події у прив'язці до емоцій, розшаровуючи їх та понижуючи у такий спосіб емоційний фон клієнта.

2. *Позиційний аналіз ситуації* — забезпечення й супровід процесів усвідомлення клієнтом власних цілей та завдань у даній ситуації.

Згідно з концепцією діяльності людина в системі соціальних відносин посідає певну позицію. Причому, позиція може змінюватися залежно від ситуації, цілей, мотивів і ресурсів, які особистість має у даний момент часу. Позиція фактично не залежить від статі, віку чи соціального статусу. Вона складається з комплексу ситуаційних та особистісних умов. Робочих позицій може бути кілька, проте актуальна домінуюча для особистості у певний момент часу (або в певній сфері відносин) може бути тільки одна.

Підставою для поділу на позиції може бути, наприклад, спрямованість дій / завдань: наприклад, деструктивні (руйнівні), творчі (продуктивні), виконавчі або дії відтворення. Позиція може бути активною — «я роблю», або пасивною — «зі мною відбувається» («я живу життя або життя живе мене?»). Позиція пов'язана з тим, чи лежить мета саме у процесі діяльності, чи поза її межами (так, що вона виявляється або самоціллю, або інструментом досягнення мети).

Таким чином виникають позиційні діади: творчість — руйнування; перетворення — завмирання; цілепокладання — підлеглість; управління — бунт; організація — хаос.

3. *Проблематизація та фіксація протиріч.* На цьому етапі консультант вводить конструкти способу дії й особистісного ресурсу та разом із клієнтом порівнює їх із позиціями на попередньому етапі.

Особливість конструктів у діяльнісному підході полягає в тому, що вони – ніби «пазли», за якими можна побачити, як працює система, і зрозуміти, де відбувається «збій». Можна також побачити, як при появі однієї позиції моментально з'являються інші, вибудовуються зв'язки та взаємини, котрі зазвичай вислизують від усвідомлення. Так, ототожнення себе із Захисником завжди передбачає існування Ворога та розгортання дій, що так чи інакше пов'язані з конфліктом. Крім того, якщо є Захисник, то має бути і «підзахисний» — те, що він оберігає від нападу. І якщо це людина, вона автоматично потрапляє до кластеру «Жертва».

Такі взаємодії можна аналізувати: і) з точки зору того, чи є ця позиційна схема осмисленим вибором особистості; ii) з точки зору узгодженості ресурсів, завдань та релевантності вибраних нею способів дії стосовно даної позиції.

До прикладу, клієнтка (30 років, незаміжня) переживає нещасливий роман із одруженим чоловіком, який триває близько семи років. Їхні стосунки починалися як тимчасова розвага, але стали регулярними. Це призвело до того, що в клієнтки виникає бажання «бути разом із ним», однак коханець не має наміру залишати дружину й дітей. Суперечливе переживання неможливості отримати бажане виштовхує її в інфантильний варіант «управлінської» позиції: «я хочу, аби він розлучився з дружиною», «я хочу бути для нього першою, важливішою за дітей!». Інфантилізм «управління» у даному випадку полягає у тому, що клієнтка претендує на управління кількома людьми в ситуації, не маючи реальних управлінських ресурсів – тобто, способів прямого впливу на дану ситуацію. Натомість, вона, переживаючи безпорадність, час від часу плаче і кричить на нього, шле повідомлення зі звинуваченнями та докорами. В результаті вона досягає протилежного ефекту – він починає її уникати; тож її тривога посилюється, переростаючи в паніку та виявляється у більш імпульсивній поведінці.

Позиціонування без забезпечення відповідними ресурсами породжує внутрішньо особистісний (а за спроби задіяти засоби управління, наприклад наказ, ще й міжособистісний) конфлікт, переживання безпорадності та сильної тривоги.

Консультант проблематизує позицію і звичні схеми дій клієнта із допомогою рефлексивних питань, а потім супроводжує переживання, усвідомлення та прийняття клієнтом виявлених протиріч і розривів.

Так, клієнт, незадоволений власною роботою, зі скаргами на постійну втому, з'ясовує, що левина частка його сил іде на боротьбу з «несправедливістю», а не на виконання своїх професійних обов'язків. І ця його втома пов'язана з бунтарською позицією стосовно системи, що понижає його працездатність та задоволення колись улюбленою роботою.

4. *Перепозиціонування і проектування нових схем діяльності.* Перехід на цей етап можливий лише після того, як клієнт навчиться самостійно спостерігати й фіксувати протиріччя в ситуації власної життєдіяльності.

Консультант вибудовує взаємодію так, що клієнт переглядає поточну непрацюючу позицію, цілі чи спосіб дії та формує вимоги до нових позицій, цілей та засобів, які, на його думку, є ефективнішими і конструктивнішими. За тим відбувається серія проб, після яких клієнт вносить низку коректив до схеми діяльності.

Висновки:

1. Діяльнісний підхід зазнав низки трансформацій і став концептуальною рамкою в першу чергу для дослідницьких та прикладних типів практик. Лише кілька десятиліть тому виникли теоретико-методологічні підстави для появи практик психологічної допомоги. При цьому, розвиток консультування у діяльнісній парадигмі відбувався переважно в контексті освітнього процесу (психолого-педагогічне консультування).

2. Позиція психолога у консультативній взаємодії забезпечується не лише його фаховою підготовкою, але його концептуальною психологічною моделлю. У процесі консультування психолог здійснює «переклад» тексту клієнта на мову власного підходу, складаючи конкретну карту/модель ситуації клієнта.

3. Консультування у діяльнісному підході відповідно до нашої моделі, здійснюється у кілька етапів: сканування ситуації, позиційний аналіз, проблематизація та фіксація протиріч, перепозиціонування й проектування нових схем діяльності.

4. Застосування діяльнісних конструктів у консультативній практиці підвищують структурованість процесу, дозволяючи консультанту та клієнту утримувати його логіку і загальний смисл.

5. Безумовно, діяльнісний підхід у психологічній практиці консультування потребує подальших методологічних розробок — зокрема, розробка протоколів консультативних сесій та непараметричних методів діагностики просування клієнта.

6. Актуальна нині тенденція західних психологічних шкіл утримувати рамку *evidence-based practice* (доказової практики) відкриває широкі можливості для діялісного підходу та його реальну перспективу сформувати сильну психологічну школу поряд з уже відомими класичними психотерапевтичними школами.

Література

1. Василюк, Ф.Е. (2007). Опыт построения психотехнической системы. *Вестник практической психологии образования*, 3, 27–41.
2. Василюк, Ф.Е. (1984). *Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций)*. Москва.
3. Диспозиции: Сборник статей участников семинара «Управленческие и методологические практики». (2011). Москва.
4. Зарецкий, В.К. (2013). Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психологической помощи. *Консультативная психология и психотерапия*, 2, 8–37.
5. Кунцевська, А.В. (2004). Психологічні моделі інтраперсональних конфліктів (до проблеми інтраперсональних конфліктів у діяльності соціальних працівників). *Вісник Київського національного університету ім. Тараса Шевченка. Соціологія. Психологія. Педагогіка*, 20–21, 48–54.
6. Суворова, Г.А. (2006). *Деятельностный подход к психологическому консультированию в образовании: системогенетическая парадигма*. Москва: Прометей.
7. Щедровицкий, Г.П. (1987). *Схема мыследеятельности — системно-структурное строение, смысл и содержание*. Москва.

8. Engeström, Y. (2009). The future of activity theory: A rough draft. In A. Sannino, H. Daniels, & K. Gutierrez (Eds.), *Learning and expanding with activity theory* (pp. 303-328). New York, NY: Cambridge.
9. Hashim, N. H. & Jones, M. L. (2007). Activity Theory: A framework for qualitative analysis. <http://ro.uow.edu.au/commpapers/408>

References

1. Vasilyuk, F.Ye. (2007). Opyt postroyeniya psikhotekhnicheskoy sistemy. [Experience in Building a Psychotechnical System]. *Vesnik prakticheskoy psikhologii obrazovaniya*, 3, 27–41. (in Russian)
2. Vasilyuk, F.Ye. (1984). *Psikhologiya perezhivaniya. Analiz preodoleniya kriticheskikh situatsiy*. [Psychology of Grief (Analysis of Overcoming Critical Situations)]. Moskva: Izdatelstvo Moskovskogo universiteta. (in Russian)
3. *Dispozitsii: Sbornik statey uchastnikov seminara «Upravlencheskiye i metodologicheskiye praktiki»* [Dispositions: Collection of Articles by the Participants of the Seminar «Management and Methodological Practices»]. (2011). Moskva. (in Russian)
4. Zaretskiy, V.K. (2013). Stanovleniye i sushchnost refleksivno-deyatelnostnogo podkhoda v okazanii konsul'tativnoy psikhologicheskoy pomoshchi. [Formation and Essence of the Reflexive-Activity Approach in Counseling]. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya*, 2, 8–37. (in Russian)
5. Kuntsevskaya, A.V. (2004). Psikhologicheskii modeli intrapersonal'nykh konfliktiv (do problemi intrapersonal'nykh konfliktiv u diyal'nosti sotsialnykh pratsivnykh). [Psychological models of Intrapersonal Conflicts (The Problem of Intrapersonal Conflicts Among Social Workers)]. *Visnik Kiivskogo natsionalnogo universitetu im. Tarasa Shevchenka. Sotsiologiya. Psikhologiya. Pedagogika*, 20–21, 48-54. (in Ukrainian)
6. Suvorova, G.A. (2006). *Deyatel'nostnyy podkhod k psikhologicheskomu konsul'tirovaniyu v obrazovanii: sistemogeneticheskaya paradigma*. [An Activity-Based Approach to Psychological Counseling in Education: A System-Genetic Paradigm]. Moskva: Prometey. (in Russian)
7. Shchedrovitskiy, G.P. (1987). Skhema mysledeyatelnosti — sistemno-strukturnoye stroyeniye, smysl i soderzhaniye. [The Scheme of Thought Activity - Systemic Structure, Meaning And Content]. Moskva. (in Russian)
8. Engeström, Y. (2009). The future of activity theory: A roughdraft. In A. Sannino, H. Daniels, & K. Gutierrez (Eds.), *Learning and expanding with activity theory* (pp. 303-328). New York, NY: Cambridge.
9. Hashim, N.H. & Jones, M.L. Activity Theory: A framework for qualitative analysis 2007. <http://ro.uow.edu.au/commpapers/408>

Відомості про автора

Кунцевська Анастасія, кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної реабілітації та соціальної педагогіки Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна.

Kuntsevskaya, Anastasiia, PhD, Assoc. Prof., Department of Social Rehabilitation and Social Pedagogy, Kyiv National Taras Shevchenko University, Faculty of Psychology, Kyiv, Ukraine.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0456-6234>

E-mail: a.kuntsevskaya@knu.ua

*Отримано 30 березня 2021 р.
Рецензовано 25 квітня 2021 р.
Прийнято 01 червня 2021 р.*

Svitlana Polshkova
Oleg Chaban

FACTORS PROLONGING THE PERIOD OF SOBRIETY IN YOUNG PATIENTS WITH ALCOHOL USE

Polshkova S., Chaban O. Factors prolonging the period of sobriety in young patients with alcohol use. Alcohol beverages became a regular part of the everyday life of society. This is particularly true for those in social environments when alcohol is using for socializing. Due to this fact, it is easy to fail to notice the health and social damage caused by alcohol drinking.

In the pilot study we examined the feasibility and initial efficacy of a brief intervention on reducing risky drinking among emerging adults in Ukraine. Patients were evaluated in 3 months after the brief motivational intervention (BMI).

We included patients who successfully completed the pilot study (all of them had an opportunity to visit our clinic after completing the study for free if necessary). We had 2 groups of participants: (1-st group - young patients of Railway Clinical Hospital, with risky drinking (AUDIT-C > 5); and, 2-nd group - students of the National Medical University OO Bogomolets, with risky drinking (AUDIT-C > 5). All participants were evaluated using set of tests (Structured Interview (personal data, substance use, substance use treatment history, medical history), AUDIT-C, RAPI, DMQ, Quality of Life Scale (O. Chaban, 2009), BSSS, PHQ-9, GAD-7, BPAQ-SF) in 4 years after taking part in a pilot study when they obtained BMI. We also evaluated many factors including the frequency of participants' visits to our clinic after completing the pilot study.

Participants from the university setting were significantly younger, and single (as opposed to married), with fewer children comparing to participants in the hospital setting. Regression analyses were conducted, separately for each setting, predicting alcohol outcomes (consumption and consequences). In both settings, the brief intervention group (BI group) showed significantly less alcohol consumption and consequences after 4 years period compare to the control group ($p < 0.001$). However university group showed more cases of sobriety disruption during this period. Among the BMI sample showed lower level of depressive and anxiety symptoms according to PHQ-9 and GAD-7 scales, relative to the control group. Also, the brief intervention group showed a higher level of quality of life relative to the control group. Also the aggression level was different in BMI and control groups (control group showed higher level of aggression). However, there are some differences between patients and students samples with BMI in the results of quality of life scale. This result can be related to the quality of sobriety period in these groups and to the presence of higher level of aggression (including indirect aggression - guilty feelings, according to BPAQ-SF) in students sample.

The data obtained indicate that BMI are promising for reducing risky drinking among emerging adults in the Ukraine in both settings (patient hospital and university).

Key Words: motivational interview, youth, adolescents, alcohol, factors prolonging sobriety

Полишкова С., Чабан О. Фактори, які сприяють подовженню періоду трезості серед молоді, що вживають алкоголь. Останнім часом алкогольні напої стали регулярною частиною повсякденного життя суспільства. Особливо це стосується тих, у кого в їхньому соціальному середовищі алкоголь вживається для спілкування та соціалізації. Через це досить помітно, яку шкоду здоров'ю та соціальному життю спричиняє вживання алкоголю.

У пілотному дослідженні вивчено можливості та ініціальну ефективність короткого втручання щодо зменшення ризику вживання алкоголю серед дорослих в Україні. Пацієнтів оцінювали через 3 місяці після коротких мотиваційних інтервенцій (КМІ або коротких інтервенцій – КІ).

В дослідженні використано наступні методи: структуроване інтерв'ю (особисті дані, вживання речовин, історія лікування вживання речовин, історія хвороби), AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise - шкала з 3 запитань для скринінгу пацієнтів із проблемним вживанням алкоголю, що є модифікацією повної шкали AUDIT з 10 запитань), RAPI (Rutgers Alcohol Problems Index – це інструмент для скринінгу (опитувальник) з 23 запитань для оцінювання алкогольних проблем серед підлітків), DMQ (Drinking Motives Questionnaire – це опитувальник на 28 пунктів, що вимірює 5 мотивів пиття: соціальне “покращення”, зменшення відчуття депресії, протитривожний мотив та почуття відповідності), шкала якості життя (О. Чабан, 2009), BSSS (Brief Sensation Seeking Scale – шкала, яка допомагає ідентифікувати осіб, що шукають гострі почуття, як то ризикована поведінка, вживання алкоголю і т.ін.), PHQ -9 (Patient Health Questionnaire-9 – опитувальник для діагностики депресії), GAD-7 (General Anxiety Disorders -7 – опитувальник для діагностики тривожних розладів), BPAQ-SF (Buss-Perry Aggression Questionnaire – опитувальник для оцінки агресії). Ми також оцінили багато факторів, в тому числі частоту відвідувань учасниками нашої клініки після завершення пілотного дослідження.

Доведено, що група коротких інтервенцій (група КІ) показала значно менший рівень споживання алкоголю та наслідки після 4-річного періоду порівняно з контрольною групою ($p < 0.001$). Однак університетська група показала більше випадків порушення тверезості в цей період. Серед зразків КМІ було виявлено нижчий рівень депресивних та тривожних симптомів за шкалами PHQ-9 та GAD-7 відносно контрольної групи. Також група коротких інтервенцій виявила більш високий рівень якості життя відносно контрольної групи. Також рівень агресії був різним у КМІ та контрольних групах (контрольна група показала більш високий рівень агресії). Однак, є деякі відмінності між групами пацієнтів та студентів з КМІ в результатах шкали якості життя. Цей результат може бути пов'язаний з якістю періоду тверезості в цих групах та з наявністю вищого рівня агресії (включаючи непряму агресію – почуття вини, згідно BPAQ-SF) у вибірці студентів.

Показано, що отримані дані свідчать про перспективність КМІ як засобу для зниження ризикованого вживання алкоголю серед молоді в Україні.

Ключові слова: мотиваційне інтерв'ю, молодь, підлітки, алкоголь, фактори, що продовжують тверезість.

Полишков С., Чабан А. Факторы, которые способствуют удлинению периода трезвости среди молодежи, употребляющих алкоголь. В последнее время алкогольные напитки стали регулярной частью повседневной жизни общества. Особенно это касается тех, у кого в их социальной среде алкоголь употребляется для общения и социализации. Из-за этого довольно заметно, какой вред здоровью и социальной жизни вызывает употребление алкоголя.

В пилотном исследовании изучены возможности и инициальную эффективность короткого вмешательства по уменьшению риска употребления алкоголя среди взрослых в Украине. Пациентов оценивали через 3 месяца после коротких мотивационных интервенций (КМИ или коротких интервенций - КИ).

В исследовании использованы следующие методы: структуроване інтерв'ю (личні дані, вживання речовин, історія лікування вживання речовин, історія хвороби), AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise - шкала з 3 запитань для скринінгу пацієнтів з проблемним вживанням алкоголю, що є модифікацією повної шкали AUDIT з 10 запитань), RAPI (Rutgers Alcohol Problems Index - це інструмент для скринінгу (опросник) з 23 запитань для оцінки алкогольних проблем

среди подростков), *DMQ* (*Drinking Motives Questionnaire* - это опросник на 28 пунктов, измеряющий 5 мотивов питья: социальное "улучшение", уменьшения чувства депрессии, противотревожными мотив и чувство соответствия), шкала качества жизни (А. Чабан, 2009), *BSSS* (*Brief Sensation Seeking Scale* - шкала, которая помогает идентифицировать лиц, ищущих острые чувства, как рискованное поведение, употребление алкоголя и т.д.), *PHQ-9* (*Patient Health Questionnaire-9* - опросник для диагностики депрессии), *GAD-7* (*General Anxiety Disorders -7* - опросник для диагностики тревожных расстройств), *BPAQ-SF* (*Buss-Perry Aggression Questionnaire* - опросник для оценки агрессии). Мы также оценили многие факторы, в том числе частоту посещений участниками нашей клиники после завершения пилотного исследования.

Доказано, что группа коротких интервенций (группа КИ) показала значительно меньший уровень потребления алкоголя и последствия после 4-летнего периода по сравнению с контрольной группой ($p < 0.001$). Однако университетская группа показала больше случаев нарушения трезвости в этот период. Среди образцов КМИ было обнаружено более низкий уровень депрессивных и тревожных симптомов по шкалам *PHQ-9* и *GAD-7* относительно контрольной группы. Также группа коротких интервенций обнаружила более высокий уровень качества жизни относительно контрольной группы. Также уровень агрессии был разным в КМИ и контрольных группах (контрольная группа показала более высокий уровень агрессии). Однако, есть некоторые различия между группами пациентов и студентов с КМИ в результатах шкалы качества жизни. Этот результат может быть связан с качеством периода трезвости в этих группах и с наличием высшего уровня агрессии (включая косвенную агрессию - чувство вины, согласно *BPAQ-SF*) в выборке студентов.

Показано, что полученные данные свидетельствуют о перспективности КМИ как средства для снижения рискованного употребления алкоголя среди молодежи в Украине.

Ключевые слова: мотивационное интервью, молодежь, подростки, алкоголь, факторы, продолжают трезвость.

Introduction. The Global status report on alcohol and health (2018) showed discouraging data. Worldwide in 2016, more than half (57%, or 3.1 billion people) of the global population aged 15 years and over had abstained from drinking alcohol in the previous 12 months. But some 2.3 billion people are current drinkers (World Health Organization, 2018).

In the African, Americas, Eastern Mediterranean and European regions, the percentage of drinkers has declined since 2000.

However, it increased in the Western Pacific Region from 51.5% in 2000 to 53.8% today and has remained stable in the South-East Asia Region.

Total alcohol per capita consumption in the world's population over 15 years of age rose from 5.5 liters of pure alcohol in 2005 to 6.4 liters in 2010 and was still at the level of 6.4 liters in 2016. Nearly all of the countries with the highest levels of alcohol consumption are located in Eastern Europe. They include Russia and other former Soviet Union nations such as Belarus, Lithuania, Moldova, and Ukraine (Ministry of Health of Ukraine, 2014).

At the same time alcohol use continues to be a major problem from preadolescence through young adulthood in the world. Results of recent neuroscience research have substantiated the deleterious effects of alcohol on adolescent brain development and added even more evidence to support the call to

prevent and reduce under-aged drinking (Johnston L.D. et al., 2006; Wells J.E., 2004).

Worldwide, more than a quarter (26.5%) of all 15–19-year-olds are current drinkers, amounting to 155 million adolescents. Prevalence rates of current drinking are highest among 15–19-year-olds in the WHO European Region (43.8%), followed by the Region of the Americas (38.2%) and the Western Pacific Region (37.9%).

In 2016, the harmful use of alcohol resulted in some 3 million deaths (5.3% of all deaths) worldwide and 132.6 million disability-adjusted life years (DALYs) – i.e. 5.1% of all DALYs in that year. Mortality resulting from alcohol consumption is higher than that caused by diseases such as tuberculosis, HIV/AIDS and diabetes.

Specialists who work with adolescents should be knowledgeable about risk factors for alcohol and other substance abuse to recognize them among youth, provide appropriate brief interventions, and refer them to treatment (Miller, 2002). The integration of alcohol use prevention programs in the community and our educational system from elementary school through college should be promoted by psychiatrists, psychologists and the health care community or social workers. Promotion of media responsibility to connect alcohol consumption with realistic consequences should be supported by all medical doctors.

Young adults are especially interesting group to examine in Ukraine. First of all, it was because these youth were raised following the downfall of the Soviet Union in 1991 during a socio-economic downturn. Secondly, youth in Ukraine are affected by one more powerful stress factor. Namely, there is a war in Ukraine and young men are potentially soldiers. It can provoke a search of new coping mechanisms of stress (Polshkova et al., 2016).

Also, some researchers and clinicians consider binge drinking as a self-harm behavior (autoaggressive behavior). Although commonly, autoaggressive behavior has the connotation of an intentional, self-inflicted, physical injury or suicide attempt; substance use and eating disorders may be also viewed as a non-suicidal self-harm behavior. Further, some researchers consider the choice of high risk occupation (e.g., increased risk of injury including unintentional death caused by work) and the non-observance of safety rules during work as autoaggressive behaviors. The boundaries between suicide and non-suicidal autoaggressive behaviors are not always clearly defined, and in some cases behaviors that usually fall outside the boundaries of self-harm may indeed represent self-harm if performed with explicit intent to cause tissue damage (Miller et al., 2003). Presence of self-harm is listed in the DSM-IV-TR as a symptom of borderline personality disorder or it can be a comorbid disorder. The reasons for self-harm vary, as it may be used to fulfill a number of different functions. For example, it may be a coping mechanism, which provides temporary relief of strong feelings (e.g., anxiety, depression, stress, and emotional numbness, guilty feelings), a sense of failure or self-loathing, or other mental traits including low self-esteem. Self-harm is most common during adolescence and young adulthood, its habitual and usually first appearing between the ages of 12 and 24 (Brenner et al., 2003).

We consider risky drinking as a self-harm (autoaggressive) behavior. Therefore, early intervention for emerging adults with risky drinking may be a more effective use of resources than exclusive focus on treatment of those with alcohol use disorders (Nathan, 1988). A pilot study conducted in Ukraine in 2015 surveyed emerging adults in an inpatient hospital and University, and found that most did not think they had an alcohol problem. Further, our data showed that more frequent motives for alcohol use were related to coping with negative affect (e.g., stress, anxiety) and social influences (e.g., because my friends use alcohol). These findings are similar to that of American studies with college students, in which common motives for drinking included: coping-anxiety, coping-depression, social enhancement, and conformity (Grant et al., 2007; Rollnick et al., 2003).

In this regard, brief motivational interventions (BMIs) may be useful to enhance desire to change behavior and address motives for use in order to reduce risk of future alcohol problems among youth. The need for early intervention may be particularly important for young adults with alcohol use and co-morbid anxiety and/or depression.

Thereby, we conducted one more pilot study in 2014-2015. Our study evaluated the efficacy of BMI by comparing BMI and no BMI conditions among two samples of youth screening positive on the prescreen survey for risky drinking. The subject pool came from the Psychoneurological Department: the first location was located in the Railway Clinical Hospital, and the second in classes in the department at Kiev National Medical University. In conclusion, BMI group (patients and students samples) showed better results in alcohol consumption and consequences compared to a control group. However, this pilot study was too short and we were able to evaluate results of BMI in 3 months after BMI procedure only.

In spite of the data of our pilot study and the available literature data about the problem of alcohol consumption we still do not have information about efficacy of BMIs to reduce alcohol and other substance use among emerging adults in Ukraine in longitudinal perspective. At the same time among emerging youth in the U.S., studies suggest BMI approaches are promising.

In Europe, studies also showed the high efficacy of BMI in youth and adults. The goal of a German study was to gain knowledge about the target group of medically referred alcohol intoxicated adolescents and young adults, and to identify the utility of the administered BMI. Namely, researchers tried to find out more about the age and gender structure of participants, their alcohol and drug use history and their history of previous incidents of acute alcohol intoxication, their risky substance use and symptoms of psychopathology. Also, they assessed how many participants of the BMI took advantage of recommended further counseling regarding their alcohol use (in a longitudinal perspective). Third, it was examined in what characteristics the group of “help accepters” - people who accepted recommendations from psychologists, differs from the group of “help avoiders” - someone who denied from help, with regard to socio-demographic characteristics and substance use patterns. Yet, this research faced several limitations. First, the BMI had a disadvantage - it was only semi-structured. It was uncontrolled stage - 1 - design (there was not a control group); thus, researchers were not able to check and

demonstrate the efficacy of the BMI. It remains unclear, if the BMI initiated change of motivation or had the effect of motivational enhancement. The efficacy of the subsequent youth-specific counseling services was not examined in a longitudinal perspective. Another European study illuminates the existing evidence concerning the efficacy of brief motivational intervention. Thus, there remain unanswered questions around the effectiveness of brief alcohol intervention across different settings, different population groups including emerging adults, about the optimal intervention content, and the main question is longevity of intervention effects, duration and quality of sobriety period and quality of life of BMI recipients.

Additional research into the prevention, screening and identification, brief intervention, and management and treatment of alcohol and other substance use by adolescents continues to be needed to improve evidence-based practices.

The objective of our study was to explore the efficacy of brief motivational interventions (BMIs) for treatment of young people with alcohol problems in longitudinal perspective (after 4 years). The results of previous studies indicate that brief interventions for unhealthy alcohol use have been shown to be effective in primary care settings, with most studies focusing on adults and few studies focusing on youth (Miller et al., 2003). Nowadays, no BMI studies have been conducted in Ukraine among youth with alcohol use in longitudinal perspective.

Methods.

Design and Setting

Our study evaluated the efficacy of BMI among youth screening positive on the prescreen survey for risky drinking by comparing group who received BMI with a group who did not receive BMI. Participants came from the Psychoneurological Department: the first part of group was from the Railway Clinical Hospital #1, and the second part was from classes in the department at National Medical University named by O.O.Bogomolets.

In 2014-2015 the total sample of 120 was divided into 1.) 60 patients from Railway Clinical Hospital #1; and 2.) 60 students from National Medical University named by O.O.Bogomolets. Participants were stratified by recruitment site and randomized to condition: BMI and control, with follow-up assessment in 3 months. In 2018-2019 we contacted our participants for taking part in the continuation of the study and evaluated them in 4 years after BMI procedure.

In addition to being the first of study to evaluate the efficacy of BMI on substance use problems among youth in Ukraine, this study examined BMI intervention processes in relation to alcohol outcomes. Findings informed research and clinical practice to enhance early identification and prevention of problematic alcohol use trajectories among emerging adults and it was a basement for our longitudinal study.

After completing our study in 2014 all our participants obtained an opportunity to visit our clinic as often as they need (for free). This opportunity helped us to keep most of our samples in our database and keep good compliance among our patients. After signing informed consent form and completing enrollment we had 94 participants (41 patients and 53 students).

In our study we had Inclusion and Exclusion criteria. Inclusion criteria were: participants of our pilot study 2014-2015 (BMI and no-BMI samples), who are able to provide informed consent; speaks and writes Ukrainian or Russian. Exclusion criteria were: psychotic patients who need special treatment and were not able to follow the requirements of the protocol; adults who are unable to provide informed consent by hospital personnel or research staff (because of intoxication or mental incompetence), and adults with suicide attempts in their history or with suicidal thoughts in the past or present (because they present in high psychological distress requiring intensive attention and intervention by staff).

After signing an Inform Consent Form (ICF), all participants were assessed with the survey that included scales for measuring their mental state and psychological condition. First of all, patients were assessed with the AUDIT scale to identify the presence of alcohol problems. We also used RAPI scale to identify the problems caused by using alcohol. QL scale to evaluate quality of life of our patients. DMQ-R was used to know more about drinking motives of our participants. Also we evaluated the severity of depression (PHQ-9) and anxiety (GAD-7). BSSS – brief sensation seeking scale was used to screen risky behavior. Our patients filled in sleep problems questionnaire and sexual risky behavior questionnaire. With the Buss Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) we evaluated the level of aggression of our patients (Buss et al, 1992; Hamilton, 1959; Irwin et al, 1988). Number of abstinent days was calculated as one of the treatment outcomes.

We used an electronic survey on Qualtrics online. That helped us to decrease the loss of patients from the study. For example, if patients or students didn't have time to visit the clinic or school for the visit we could send the link to this survey and he/she could answer all questions from home.

BMI Description

The BMI was delivered using a motivational interviewing framework, in which a team of four psychologists and/or psychiatrists explored the participant's motivation to change, as opposed to being prescriptive to a specific course of action (Jessor, 1991), with ambivalence about change being viewed as dynamic and common. The BMI session consisted of a 50 minute in-person session at a baseline visit (in 2014-2015) structured using a booklet. Then, there was conducted a 10-15 minute booster session (2-4 weeks after baseline visit) when we called the participant and supported them. Given expected ambivalence, the BMI and booster elicited the participant's perspective about stopping or changing their alcohol use (Baumrid, 1991), while avoiding stigmatizing them as alcoholics, problem drinkers, or in denial. Instead, the session were based on the premise that if participants do not feel judged, most will be open to at least discussing their alcohol or drug use and possibly considering the goal of avoiding future injuries and hospitalization.

Our BMI included three steps. The first step was «Ask About Alcohol Use and Assess». We asked our participants «Do you sometimes drink beer, wine, or other alcoholic beverages?» Considering the fact that all participants included into the study drank alcohol (inclusion criteria), they answered «Yes». The next question was about heavy drinking days: «How many times in the past year have you had more than 4 drinks in a day?» We tried to determine whether, in the past 12 months,

our participants' drinking has repeatedly caused or contributed to risk of bodily harm (drinking and driving, operating machinery, swimming), relationship trouble (family or friends), role failure (interference with home, work, or school obligations), or run-ins with the law (arrests or other legal problems). One or more positive answers may indicate alcohol abuse (Kirkcaldy et al, 2002; Stolle et al, 2013; O'Donnell et al, 2013).

Also, we identified whether, in the past 12 months, our participants have not been able to stick to drinking limits or cut down/stop drinking, shown tolerance or signs of withdrawal, kept drinking despite problems, spent a lot of time drinking, and less time on other matters (Fleming et al, 1991). Three or more positive answers may indicate alcohol dependence whereas fewer positive answers may indicate risky drinking. Thus, during this step we tried to understand the nature of their alcohol problems and raise the possibility of change as a possibility in order to proceed to the next step (Polshkova et al, 2014; White et al, 1989; Cooper et al, 1992; Zuckerman, 1994).

The second step was «Advise and Assist». We summarized consequences and medical concerns, made recommendations for reducing or stopping drinking, and identified their readiness to change drinking habits. If the participant was ready to commit to change, we helped to set a goal, agreed on a plan and provided them with educational materials. If not, we restated our concerns, encouraged reflections, identified barriers to change, and reaffirmed our willingness to help. The third step was «Continue Support». At this stage, we tried to determine if the participant was able to meet and sustain the chosen drinking goal. If yes, we reinforced and supported continued adherence to recommendations, renegotiating drinking goals as indicated (e.g., if the medical condition changes or if an abstaining patient wishes to resume drinking), encouraged them to return if unable to maintain goal, with recommendations for rescreening at least annually. If not, we acknowledged that changes are difficult, supported positive changes and addressed barriers, renegotiated goals and plans, considered a trial of abstinence and engaging significant others, and reassessed diagnosis if they were unable to either cut down or abstain.

Statistical Design

Data from computer surveys were transferred to SAS software version 9.2 (SAS Institute, Inc., Cary, NC) for analyses. To begin, we compared the two samples, patients and students (e.g., chi-square, t-tests). Next, regression analyses (e.g., Poisson, negative binomial, or logistic, based on variable examined) were conducted (for the combined total sample, and separately for patients and students) predicting alcohol consumption, non-drinking days, and consequences, with treatment group (BMI vs. control) as a predictor variable and including baseline levels of the variable examined. Next, regression analyses were used to examine the effects of the BMI (vs. control) on secondary outcomes of other drug use (non-drug use days, DAST-10 score), including baseline levels of the variable examined. Finally, regression analyses were used to explore the effects of the BMI (vs. control) on other outcomes including depression, anxiety, aggression, sensation seeking,

number of sexual partners, and quality of life (including baseline level of the variable examined).

Results. As we described our participants - all of them took part in our pilot study in 2014-2015. We enrolled 41 patients (previous sample included 59 patients), 26 of them obtained BMI in 2014, and 15 – no BMI sample (control group); and 53 students (previous sample included 61 students), 32 of them – BMI sample, and 21 no BMI sample.

As compared to participants in the hospital setting, participants from the university setting were still significantly younger (similar to 2014-study results). Fewer students were married or lived together with a partner, with fewer children (table 1). If you look at dynamic from 2014 to 2018, patients had tendency to increasing the rate of marital status and having more kids, opposite to students. As a result, this difference between hospital's and university's samples in marital status just increased, then students had less marital support to cope with the desire to drink.

The next rate is «Incomplete University» significantly decreased in university samples, as we can understand as a natural factor (students completed education since 2014 to 2018).

Then we evaluated the primary efficacy outcomes. Regression analyses were conducted, separately for each setting, predicting alcohol outcomes (consumption, nondrinking days and consequences); models controlled for baseline alcohol levels and condition assignment (brief intervention or control). As you could see from our pilot study, in the combined sample (patients and students), the brief intervention group showed significantly less alcohol consumption and consequences and more non-drinking days at 3-months as compared to the control group ($p < 0.001$) table 2. Note that these findings were also significant when examining the hospital and university samples separately. Namely, alcohol consumption in 4-years was almost two times higher among students than patients in general (BMI and no BMI), and even 1.5 times higher in students' sample who obtained BMI compare to patients who had BMI.

Also, in our pilot study, exploratory analyses showed that there were significant decreases of depression, anxiety, physical aggression, verbal aggression, anger, hostility, and sensation seeking in the BMI group as compared to the control group; quality of life significantly increased in the BMI group as compared to the control group. 4-Years follow-up visit showed the same tendency, excepting sensation seeking (this rate was not significantly different in BMI and control groups) table 2.

However university setting showed more cases of sobriety disruption during 4-Years period. We can consider this fact because in the students' social environments the alcohol frequently accompanies socializing. At the same time most of students were single so they had a lack of marital support to cope with a desire to drink alcohol.

Table 1

Baseline Background, Violence and Substance Use Characteristics

Characteristics	Patients		Students		Total	
	2014 (N=59)	2018 (N=41)	2014 (N=61)	2018 (N=53)	2014 (N=120)	2018 (N=94)
Age (mean, SD)	22.6(2.2)	26.6(2.3)	20.1(2.3)	24.1(2.2)	21.3(2.5)	25.3(2.4)
Male (n, %)	27(45.8%)	18(43.9%)	27 (44.3%)	28(52.8%)*	66 (55.0%)	46(48.9%)*
Married or Living together	36 (61.0%)	39(95.1%)*	39 (63.9%)	33(62.3%)	75 (62.5%)	72(76.6%)*
Incomplete University	22 (37.3%)	20(48.8%)*	61 (100%)	24(45.3%)*	83 (69.2%)	44(46.8%)*
Have Child(ren)	33 (55.9%)	31(75.6%)*	22 (36.1%)	27(50.9%)*	55 (45.8%)	58(61.7%)*
Alcohol Consumption (AUDIT-C score)	5.6 (0.9)	2.7(1.5)	5.7 (0.8)	4.6(1.4)	5.6 (0.8)	3.7(1.8)
Alcohol Consequences (RAPI score)	16.9 (4.0)	14.3(3.8)	17.4 (3.7)	15.7(3.9)	17.2 (3.8)	15.1(4.0)
Non-Drinking Days (Past 30 days)	3.3(1.3)	9.1(1.2)	3.2 (1.3)	6.4(1.3)	3.2(1.4)	7.8(1.3)
Quality of Life	22.2 (3.1)	26.4(2.7)	22.8 (3.0)	25.4(2.5)	22.5 (3.0)	25.9(3.0)
Depression (PHQ-9)	8.1 (4.0)	4.2(3.6)	8.2 (3.4)	6.5(4.3)	8.2 (3.7)	5.9(3.7)
Anxiety	12.2 (3.3)	7.5(2.7)	13.0 (3.1)	8.2(3.0)	12.6 (3.2)	7.9(2.9)
Sensation Seeking	25.9 (4.0)	18.7(3.5)	26.3 (3.6)	23.1(3.0)	26.1 (3.8)	20.7(3.0)
Violence-Related Variables						
Physical Aggression	29.3 (5.0)	22.3(3.7)	30.3 (4.2)	28.4(4.0)	29.8 (4.7)	25.1(3.4)
Verbal Aggression	15.9 (3.2)	13.2(2.1)	17.0 (2.3)	14.3(2.4)	16.5 (2.8)	13.6(2.20)
Anger	21.5 (3.3)	17.2(2.3)	22.9 (2.6)	20.7(2.1)	22.2 (3.0)	18.2(2.6)
Hostility	25.6 (4.7)	19.1(1.9)	27.4 (3.7)	25.3(2.0)	26.5 (4.3)	23.2(2.0)

Table 2

Descriptive Data at Baseline, 3-Month Follow-up (N=120), and 4-Years Follow-up (N=94)

Variable	Group	Baseline, Mean (SD)	3M Follow-up, Mean (SD)	4Y Follow-up, Mean (SD)	Regression, IRR
Alcohol Consumption	BMI	5.6 (0.7)	1.5 (1.5)	2.2 (0.9)	0.37 (0.31-0.67)***
	Control	5.6 (0.9)	5.0 (1.8)	5.3 (1.5)	
Alcohol Consequences	BMI	17.0 (3.6)	10.3 (5.9)	13.4 (3.8)	0.24 (0.27-0.33)***
	Control	17.3 (4.1)	19.3 (4.6)	17.1 (2.4)	
Non-Drinking Days	BMI	3.3 (1.3)	11.4 (3.5)	10.5 (2.7)	2.01 (1.75-2.30)***
	Control	3.2 (1.3)	5.7 (3.0)	5.2 (2.5)	
Depression	BMI	8.0 (3.3)	2.1 (3.3)	3.6 (1.8)	0.21 (0.12-0.22)***
	Control	8.3 (4.1)	6.9 (3.2)	7.7 (2.6)	
Anxiety	BMI	12.5 (3.0)	2.7 (3.4)	4.9 (2.8)	0.72 (0.52-0.85)***
	Control	12.7 (3.4)	6.4 (2.5)	10.7 (3.1)	
Sensation Seeking	BMI	26.5 (3.7)	16.5 (4.6)	18.4 (1.8)	0.39 (0.33-0.44)***
	Control	25.8 (3.8)	23.8 (5.2)	22.9 (0.7)	
Quality of Life	BMI	22.7 (3.0)	30.7 (3.6)	29.3 (3.1)	0.70 (0.62-0.81)***
	Control	22.3 (3.1)	23.7 (3.1)	22.6 (2.7)	
Physical Aggression	BMI	29.5 (4.5)	19.5 (5.6)	17.2 (0.3)	0.69 (0.62-0.78)***
	Control	30.1 (4.8)	28.0 (3.7)	33.1 (0.7)	
Verbal Aggression	BMI	16.2 (2.9)	10.8 (3.7)	12.3 (2.4)	0.67 (0.61-0.76)***
	Control	16.7 (2.7)	15.8 (2.1)	15.0 (1.7)	
Anger	BMI	21.9 (3.2)	17.0 (4.4)	17.9 (2.3)	0.38 (0.32-0.55)***
	Control	22.5 (2.9)	21.8 (2.4)	18.5 (0.7)	
Hostility	BMI	26.3 (4.6)	17.2 (5.5)	18.9 (2.7)	0.58 (0.54-0.78)***
	Control	26.9 (3.9)	25.2 (3.3)	27.5 (0.3)	

Discussion. Data from our pilot study and its continuation contributes to the literature by examining screening and brief intervention approaches adapted to a specific cultural context, namely emerging adulthood in the Ukraine.

Although replication is required, results suggest that BMI approaches may be efficacious for reducing risky drinking and consequences in the short term (e.g., 3-months) and long-term (e.g., 4-years) among emerging adults in both university and inpatient hospital settings.

In addition to being the first of studies on this topic in the Ukraine, these studies also explored intervention effects on other outcomes to help understand potential mechanisms underlying changes following BMI. Together, these findings inform research and clinical practice to enhance early identification in order to potentially alter problematic alcohol use trajectories among emerging adults in the Ukraine.

Data from our pilot study showed that as compared to a control group the BMI, which included a telephone booster, reduced alcohol consumption and consequences, and increased non-drinking days, among both the university and hospital samples. Thus, even though clinician's noted that patients of the hospital sample seemed more receptive to the BMI, whereas the university students were less enthusiastic, both samples reduced their alcohol consumption. Our longitudinal study showed that the effect of BMI lasts for some years, especially in hospital setting compare to university setting. The sample differences, in which students were younger and single, did not appear to affect the efficacy of the BMI on alcohol outcomes but the marital status and high level of aggression caused sobriety disruption in university setting. These findings are consistent with the literature in which BMIs are effective for reducing alcohol consumption in clinic and university samples (Miller et al, 2002; Miller et al, 2003; Brener et al, 2003).

Future studies are needed to determine how this intervention can be adapted to reduce other drug use in the Ukraine. Also, it was important to discuss social support for abstinence, and reduced drinking, as it is uncommon for young people to abstain in Ukraine.

Under the war conditions in the Ukraine, young people may be particularly receptive to BMIs which are free care, which may explain the positive outcomes from the BMI found in this study. Future studies are needed during peacetime conditions.

We explored the effects of the BMIs on other related factors to provide clues to potential mechanisms of BMI effects. Caution is required when interpreting these findings, however, given their exploratory nature, the small sample size, and the design, which precluded complex statistical modeling (e.g., mediation/moderation) and causal determination. As compare to the controls, the BMI reduced depression, anxiety, anger, aggression, and sensation seeking (in 3-months term), but increased quality of life. These findings are consistent with the focus of the BMI, which included alternatives for coping with negative affect and alternative ways to have fun and enjoy life. Moreover, this effect lasts for years; BMI helps patients to cope with negative emotions ignoring their typical habit - to drink alcohol. Future research is needed to examine the importance of these factors in sustaining reductions in drinking.

Conclusions. Ideally, clinicians should be knowledgeable about substance abuse to be able to recognize risk factors for alcohol and other substance use among adolescents and emerging adults, screen for use, provide appropriate brief interventions, and refer to treatment. Once replicated, study findings support the integration of alcohol use prevention programs into the medical and educational system among emerging adults in the Ukraine. Further research is needed to replicate and extend these promising findings with other samples of adolescents and emerging adults in various healthcare and educational settings in Ukraine.

References

1. Baumrid, D. (1991). The influence of parenting style on adolescent competence and substance use. *J Early Adolesc.*, 11(1), 56-95.
2. Brener, N.D, Billy, J.O., & Grady, W.R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine*, 33(6), 436-457.
3. Buss, A.H., & Perry M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452–459.
4. Cooper, L.M., Russel M., Skinner J.B. & Windle M. (1992). Development and validation of a three-dimensional measure of drinking motives. *Psychological Assessment*, 4(2), 123–132.
5. Fleming, M.F., Barry, K.L., & MacDonald, R. (1991). The alcohol use disorders identification test (AUDIT) in a college sample. *Int J Addict*, 26(11), 1173-85.
6. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.*, 1, 50-55.
7. Irwin, M., Baird, S., Smith, T.L., & Schuckit, M. (1988). Use of laboratory tests to monitor heaving drinking by alcoholic men discharged from a treatment program. *Am J Psychiatry*, 145 (5), 595-599.
8. Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *J Adolesc Health*, 12(8), 597-605.
9. Johnston L.D., O'Malley P.M., Bachman J.G., & Schulenberg J.E. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2006. Volume 1: Secondary school students. *National Institute on Drug Abuse*; 2007. NIH Publication No. 07-6205.
10. Kirkcaldy B.D., Shephard R.J., & Siefen R.G. (2002). The relationship between physical activity and self-image and problem behavior among adolescents. *Soc Psychiatry PsychiatrEpidemiol*, 37(11), 544-550.
11. Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press.
12. Miller, W.R., Wilbourne, P.L., & Hettema, J.E. (2003). What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In: Hester RK, Miller WR, (Eds.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 3rd ed. Boston, MA: Pearson Education.
13. Ministry of Health of Ukraine. Official site <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/> Published October 22, 2010. Accessed January 6, 2014.
14. Bertholet N., Palfai T., & Gaume J., et al. (2013). Do Brief Alcohol Motivational Interventions Work Like We Think They Do? *Alcoholism: clinical and experimental research*, 1, 1-7.
15. O'Donnell A., Anderson P., Newbury-Birch D. et al. The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/early/2013/11/13/alcalc.agt170.full>
16. Polshkova, S., Chaban, O., & Walton, M.A. (2016). Alcohol use, depression, and high risk occupations among young adults in the Ukraine. *Substance Use & Misuse*, 51:7, 948-951. doi: 10.3109/10826084.2016.1156700
17. Polshkova, S., Voloshyna, D., Cunningham, R.M., Zucker, R.A., & Walton, M.A. (2016). Prevention of alcohol and other drug use using motivational interviewing among Young Adults in the Ukraine. *Psychosomatics: Science and Practice*, 1, 1-6.
18. Rollnick, S., Miller, W., & Butler, C. (2007). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: Guilford.
19. Knauer, C. (2003). Geriatric alcohol abuse: a national epidemic. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 24(3), 152-154.

20. Stolle, M., Sack, P.M., Broening, S., Baldus, C., & Thomasius, R. (2013). Brief Intervention in Alcohol Intoxicated Adolescent—A Follow-up Study in an Access-to-Care Sample. *J Alcoholism Drug Depend*, 1, 106. doi: 10.4172/2329-6488.1000106.
21. Wells, J.E., Horwood, L.J., & Fergusson, D.M. (2004). Drinking patterns in mid-adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. *Addiction*, 99(12), 1529-1541.
22. White, H.R., Labouvie, E.W. (1989). Towards the assessment of adolescent problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 30–37.
23. World Health Organization (WHO). (2018). Global status report on alcohol and health. Geneva, Switzerland: World Health Organization. https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1,
24. Zuckerman, M. (1994). *Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking*. Cambridge University Press, New York, NY.

Відомості про авторів

Полшкова Світлана, доктор медичних наук, проректор з наукової роботи Київського інституту сучасної психології та психотерапії, лікар-психіатр, психотерапевт, м. Київ, Україна.

Polshkova, Svitlana, PhD in Medicine, Vice Rector for science Kyiv institute modern psychology and psychotherapy, psychotherapist, Kyiv, Ukraine.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6433-9677>

E-mail: s_polshkova@yahoo.com

Чабан Олег, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, лікар-психіатр, психотерапевт, м. Київ, Україна.

Chaban Oleg, professor, Head of Department of Medical psychology, psychosomatic medicine and psychotherapy of National medical university named by O.O. Bogomolets, psychiatrist, psychotherapist, Kyiv, Ukraine.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-9702-7629>

E-mail: ocs@ukr.net

Отримано 21 лютого 2021 р.

Рецензовано 15 квітня 2021 р.

Прийнято 11 червня 2021 р.

Ярослав Рябчик

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЮНАЦТВА

Рябчик Я. Соціально-психологічні детермінанти суїцидальної поведінки юнацтва.

Стаття присвячена висвітленню соціально-психологічних чинників виникнення суїцидальної поведінки у осіб юнацького віку. У статті здійснено теоретико-методологічне обґрунтування та емпіричну перевірку зв'язку суїцидальної поведінки у юнаків з психологічними властивостями особистості, виділено соціально-психологічні особливості такої поведінки, а також проведено емпіричний аналіз індивідуально-психологічних чинників пресуїцидальної поведінки осіб юнацького віку.

Автором була сформована поетапна модель виникнення суїцидальної поведінки, описані головні її етапи.

Виділено три групи чинників, які провокують виникнення суїцидальної поведінки в юнацькому віці.

Емпірично було доведено, що пресуїцидальна поведінка обумовлюється сукупністю впливів чинників: поява вираженої тривожності, фрустрації, агресії, ригідності, а також зміни ставлення до власного життя та до смерті.

Ключові слова: суїцид, суїцидальна поведінка, суїцидальні ідеї, суїцидальні тенденції, суїцидальні предиктори, соціально-психологічна дезадаптація, девіантна поведінка, юнацький вік.

Рябчик Я. Социально-психологические детерминанты суицидального поведения у лиц юношеского возраста. Статья посвящена определению социально-психологических причин возникновения суицидального поведения у лиц юношеского возраста. В статье проведено теоретическое обоснование и эмпирическую проверку связи суицидального поведения у юношей с психологическими особенностями личности, выделены социально-психологические особенности такого поведения, а также проведен эмпирический анализ индивидуально-психологических причин пресуицидального поведения особ юношеского возраста.

Автором была сформирована поэтапная модель возникновения суицидального поведения, описаны ее основные этапы.

Выделено три группы причин, которые провоцируют возникновение суицидального поведения в юношеском возрасте.

Было эмпирически доказано, что пресуицидальное поведение обусловлено влиянием совокупности факторов: появление выраженной тревожности, фрустрации, агрессии, ригидности, а также изменения отношения к собственным жизни и смерти.

Ключевые слова: самоубийство, суицидальное поведение, суицидальные мысли, суицидальные тенденции, предикторы суицида, социально-психологическая дезадаптация, девиантное поведение, юношеский возраст.

Riabchych Y. Social and psychological determinants of suicidal behavior. The article is devoted to the coverage of socio-psychological factors of the emergence of suicidal behavior in

pre-adult age. The article provides theoretical and methodological substantiation and empirical verification of the correlation of suicidal behavior in pre-adult age with psychological personality traits, identifies socio-psychological features of such behavior, as well as provides an empirical analysis of individually-psychological factors of suicidal ideation.

The author formed a phased model of the emergence of suicidal behavior, described its main stages, among which were identified: the inability to adapt to changes in the social environment, conflict in the microenvironment, social and psychological maladaptation, the emergence of deviant behavior, intractable intolerance.

There were also three groups of factors that provoked the emergence of suicidal behavior in pre-adult age: general psychological features of suicides; personal factors; family factors.

Selected 3 valid diagnostic methods are aimed at: research of manifestations and stages of development of suicidal behavior; research of the relatives' presence of persons who have attempted or succeeded in suicide; research of personal psychological states that highly likely influenced the suicidal behavior. The sample was divided into three groups. Separation criteria were stages in the development of suicidal behavior.

It has been empirically proven that presuicidal behavior is conditioned by a multitude of influences. The most common of them are: the appearance of expressed anxiety, frustration, aggression, rigidity, as well as changes in the attitude to one's life and death.

Keywords: *suicide, suicidal behavior, suicidal ideation, suicidal tendencies, suicidal predictors, social and psychological maladaptation, deviant behavior, pre-adult age.*

Вступ. Щорічно за офіційними даними Державної служби статистики України, вбивають себе майже 12 тис. українців. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, Україна належить до групи країн з високим рівнем суїцидальної активності (понад 20 самогубств на 100 тис. населення).

Статистика вказує, що юнацький вік (рання дорослість 17-25 років) є другий (після підліткового) за частотою скоєння суїцидальних спроб. В цьому віці відбувається психологічний перехід від дитинства до повного дорослішання. Протягом цього вікового періоду актуалізується процес самопізнання, який дозволяє скорегувати свою оцінку і знайти рівновагу між своєю позицією і позицією інших людей; також відбувається співвіднесення ідеалу з власними особистісними рисами, тобто головною особливістю всього періоду юнацтва є усвідомлення своєї індивідуальності та неповторності. Нерідко відбувається усвідомлення неспроможності досягнути Я-ідеального, що, в свою чергу, призводить до появи внутрішньоособистісного невирішального конфлікту, а він при певних особистісних особливостях може призвести до появи суїцидальної поведінки.

Таким чином, загострені вікові особливості юнаків провають необхідність допомоги та психологічного супроводу з боку фахівців, змістом якої є превентивні заходи, що спрямовані на запобігання розгортанню суїцидальної поведінки.

В історії досліджень проблеми суїцидальності можна виділити дві основні групи протиріч. Насамперед, це *протиріччя теоретичного характеру*, що обумовлені відмінністю наукових парадигм, з позицій яких розроблялася проблема суїцидальності.

Так, соціологічний напрямок, представниками якого є С. Бойко, К. Герман, Я. Гілінський, Е. Дюркгейм, О. Мягков, І. Орлов, М. Попов, П. Сорокін, В. Тіхоненко, М. Хальбвакс, П. Шнейдер, П. Юнацкевич тощо, акцентує увагу на усвідомленості суїцидальної поведінки та її обумовленості ступенем соціальної інтегрованості особистості.

Медичний напрямок представлений роботами В. Бехтерева, М. Бруханського, П. Булацеля, Ж-Е. Ескіроля, П. Ковалевського, А. Коні, А. Лічко, А. Ліхачова, Ч. Ломброзо, В. Розанова, А. Чупрікова тощо, які суттєво вплинули на теорію й практику роботи з попередження розвитку суїцидальних тенденцій; проте необхідно зауважити, що зазначені роботи описують осіб, які мають підтверджені відповідними діагнозами відхилення від психічної норми.

Значущими для дослідження проблеми попередження ризику суїцидальної поведінки є також психологічні концепції саморуйнівної поведінки особистості, запропоновані А. Амбрумовою, А. Бандурою, Л. Берковіцем, Е. Гроллманом, Д. Доллардом, А. Маслоу, К. Меннінгером, Н. Міллером, А. Реаном, К. Роджерсом, Н. Фарбероу, В. Франклом, З. Фрейдом, Е. Фроммом, Е. Шнейдманом тощо.

Протиріччя на науково-методичному рівні обумовлені невідповідністю ступеня теоретичної розробленості практичній ефективності заходів, що спрямовані на зниження ризику виникнення суїцидальної поведінки у юнаків; відсутністю практики моніторингу суїцидальної поведінки; замовчування реальних статистичних даних. При цьому майже не досліджувалися індивідуально-психологічні детермінанти формування суїцидальної поведінки.

Незважаючи на те, що останніми роками психолого-педагогічні аспекти профілактики суїцидальної поведінки набувають особливої значущості, комплексних досліджень ризиків виникнення такої поведінки в нашій країні вкрай мало. Аналіз же актуального стану теорії та практики попередження ризику суїцидальної поведінки юнаків показує перекрученість, фрагментарність і неповноту змісту організації психолого-педагогічної роботи з особами, які перебувають в кризовій ситуаціях.

Мета дослідження: визначити особливості та чинники виникнення суїцидальної поведінки в юнацькому віці.

Завдання:

1. Проаналізувавши сучасні вітчизняні та зарубіжні підходи, сформулювати модель виникнення суїцидальної поведінки у осіб юнацького віку.
2. Визначити основні соціально-психологічні детермінанти, які можуть сприяти виникненню суїцидальної поведінки у осіб юнацького віку.

Теоретичний аналіз проблеми

На основі теоретичного аналізу літератури та попередніх досліджень (Рябчич, 2013) була сформована модель виникнення суїцидальної поведінки через послідовний процес поетапного формування суїцидальності (рис. 1). Першопричиною виникнення суїцидальної поведінки є неможливість пристосування до змін соціального середовища, яка призводить до конфліктів у мікросередовищі. А вони, у свою чергу, спричиняють об'єктивну чи/та суб'єктивну соціально-психологічну дезадаптацію особистості. Об'єктивна дезадаптація проявляється у зміні поведінки особи в найближчому соціальному середовищі обмеженням можливості успішно справлятися зі своїми соціальними функціями або у патологічній трансформації поведінки. Суб'єктивним вираженням дезадаптації є широка гама психоемоційних порушень від негативно забарвлених психологічних переживань (тривога, горе, душевний біль, образа, сором, обурення, злість, гнів, тощо) до виражених психопатологічних синдромів (астенія, дистимія, депресія, дисфорія, тощо). Таким чином, соціально-психологічна дезадаптація не тотожна поняттю хвороби і може проявлятися на двох рівнях - патологічному і непатологічному. До патологічного рівня дезадаптації відносяться відомі в клінічній психіатрії нозологічні одиниці, стани, реакції та фази. Проявами непатологічної дезадаптації слід вважати відхилення в поведінці і переживаннях особи, пов'язані не із захворюваннями, а, приміром, з недостатністю соціалізації, морального виховання, соціально неприйнятними установками, різкою зміною умов існування і життєвих стереотипів, розривом високозначимих відносин, недостатнім опануванням навичками соціального спілкування, наслідуванням неприйнятних суспільством моделей поведінки тощо (Амбрумова, 1978).

На основі цього типова поведінка юнака починає відхилятися від норми. Наступною ланкою формування суїцидальності є виникнення девіантної поведінки. Але сама по собі девіантна поведінка ще не є суїцидонебезпечним чинником. Перехід від предиспозиційної фази у суїцидальну відбувається через так званий критичний пункт, появу невирішального внутрішньоособистісного конфлікту. Конфлікт утворюється з двох або декількох різноспрямованих тенденцій, одну з яких складає основна, актуальна в даний момент потреба юнака, а іншу – тенденція, що перешкоджає її задоволенню.

Отже, для діагностики пресуїцидальної поведінки варто дослідити кожен із етапів окремо і співставити їх між собою. Отримані результати допоможуть своєчасно розпізнавати пресуїцидальний період.

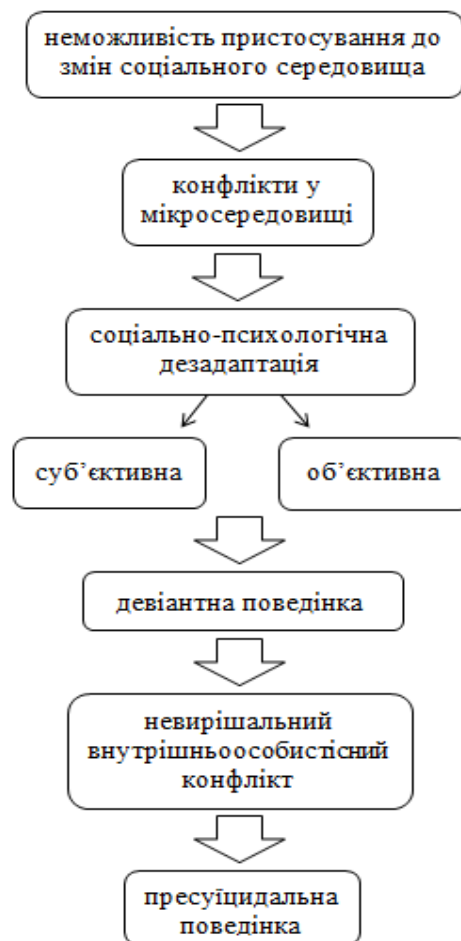


Рис. 1. Модель формування суїцидальної поведінки

Спираючись на наші попередні дослідження (Рябчич, 2013), були виділені три групи типових чинників, які впливають на соціально-психологічну дезадаптацію людей юнацького віку:

- Загальні психологічні особливості суїцидентів із непатологічними ситуаційними намірами, а також осіб із прикордонними станами: егоцентризм, аутоагресія, особистісна песимістична установка на майбутнє, параноїдальності особистості суїцидента та такі особливості емоційної сфери, як депресія та тривожність (Слущкий & Занадворнов, 1992).

- Особистісні чинники: відвернення однолітків, смерть значущої людини, розрив стосунків із коханою людиною, міжособистісні конфлікти або втрата значущих відносин, проблеми із дисципліною або із законом, тривале перебування в ролі жертви, розчарування успіхами в закладі вищої освіти або невдачі в навчанні, високі вимоги в навчальному закладі до підсумкових результатів навчальної діяльності (іспитів), проблеми із працевлаштуванням і погане економічне становище, фінансові проблеми, небажана вагітність, аборт і його наслідки, зараження СНІД або хворобами, що передаються статевим шляхом, серйозні тілесні хвороби.

- Сімейні чинники: психічні відхилення батьків, адиктивна поведінка членів родини, сімейна історія суїцидів або суїцидальних спроб членів сім'ї,

насилля в сім'ї, недостатність уваги та турботи до дітей у родині, погані стосунки між членами сім'ї, часті сварки між батьками, постійне емоційне напруження та високий рівень агресії в родині, неповна сім'я (розлучення батьків, смерть одного з батьків), надто низькі або високі очікування батьків стосовно дітей, недостатня увага до якості виховання дітей. Американський психолог Д. Елкінд вважав, що головна причина виникнення суїцидальних спроб і власне суїциду - це тиск батьків на хлопців і дівчат з метою змусити їх досягати успіху (Elkind, 1974).

Також серед причин суїцидів у юнацькому віці можна виділити: часту зміну місця проживання, навчання, роботи; негативний вплив ЗМІ; вплив сучасної літератури, інтернет-платформи з певним контентом тощо.

Отже, можна говорити про широкий спектр чинників, які провокують появу і розвиток суїцидальної поведінки в юнацькому віці. Вони, в свою чергу, впливають на мотиви спроби самогубства. На відміну від підліткового віку, якому притаманні демонстративні і афективні форми суїциду, в період юнацтва частіше проявляється потяг до смерті, прояв так званого фрейдівського «Танатоса», тобто спроба вирішити життєві труднощі шляхом відходу з самого життя. Таким чином, можна припустити, що значна частина самогубств в юнацькому віці є істинними, а спроби самогубства характеризуються розумінням скоєного, тривалим кризовим періодом, що передуює самогубству, а також стійкістю намірів (ретельний підбір часу і місця, метод позбавлення себе життя, тощо).

Емпіричний аналіз проблеми

Для вивчення поставленої проблематики нами було проведене емпіричне дослідження. Воно проводилось у 2018 та 2019 роках, загальна кількість вибірки склала 120 осіб віком від 17 до 24 років. До досліджувальної групи входили 89 дівчат та 31 хлопців. Це були студенти одного з київських закладів вищої освіти, яким надавалося 3 методики задля визначення наявності та схильності до суїцидальної поведінки. Особи, які взяли участь у дослідженні, були психічно здоровими (у період дослідження не перебували на обліку у психіатра), ними були заповнені всі запропоновані методики, та за шкалою брехні відповіді «Тесту на виявлення суїцидального ризику СР-45» (П. І. Юнацкевич) вони отримали «прохідний» бал. Також враховувався склад родини – у 89 досліджуваних наявні обидва батьки, у 31 – один з батьків: батько чи мати, з якими на момент дослідження проживали юнаки.

Були підібрані 3 валідні та надійні методики:

1. *«Тест на виявлення суїцидального ризику СР-45» (СР-45) автора П. І. Юнацкевича* (Кокун та ін., 2019). За допомогою цієї методики можна виявити людей, які мають схильність до суїцидальних реакцій. Методика складається з 45 тверджень. Для аналізу результатів у методиці наявні 3 шкали: схильність до суїцидальних реакцій, шкала брехні та шкала рівнів прояву та узагальнюючих оцінок схильності до суїцидальних реакцій.

Суїцидальні реакції (Амбрумова, 1981) – це певний характер поведінки особистості з достатньою ймовірністю формування суїцидальної активності у

відповідь на вплив зовнішніх фізичних або психічних психотравмуючих чинників. Такі реакції характерні як для хворих з психічними розладами, так і для психічно здорових осіб.

2. *«Методика визначення схильності до суїцидальної поведінки»* (ВССП) автора М. В. Горської (Рибалка, 2009). Метою даної методики є виявлення схильності індивіда до суїцидальної поведінки. Вона складається з 40 тверджень. Для обробки результатів використовується чотири шкали: шкала тривожності, шкала фрустрації, шкала агресії, шкала ригідності.

3. *«Опитувальник суїцидальної поведінки»* (ОСП) автора Т.Вашеки (Вашека, 2005), спрямований на ранню діагностику суїцидальної поведінки, причому ще до її маніфестації. Він дозволяє встановити, на якому етапі розгортання суїцидальної поведінки знаходиться досліджуваний, частоту виникнення суїцидальних ідецій, наявність в оточенні людей, які намагалися чи скоїли суїцид, та ставлення досліджуваного до самогубства. Про визначальну роль у формуванні суїцидальної поведінки генетично зумовлених властивостей біохімічних процесів в організмі людини свідчать дослідження сімей, у яких не спостерігалось інших спадкових хвороб, що можуть провокувати суїцид. Так у першому поколінні нащадків самогубців частота суїцидальних спроб і суїцидів приблизно в 4 рази вища, ніж у контрольній групі. У ряду «батьки-діти» ймовірність спадкового передавання суїцидальної поведінки становить 12 – 18%. Методика складається з 31 запитання, на які запропоновані кілька варіантів відповіді. Містить дві шкали: шкалу суїцидальності як основну інформативну та шкалу ставлення до життя та смерті. М. Ковач у своїй концепції стверджував (Kovacs et al., 1977), що суїцидальність залежить від двох основних чинників: ставлення до життя, яке може бути позитивним та негативним, та ставлення до смерті (також в обох варіантах). Максимально вираженою буде суїцидальність у тих людей, які негативно ставляться до життя та позитивно – до смерті.

Задля порівняльного аналізу суїцидальної поведінки вибірку було поділено на три групи. Критерієм поділу виступав показник вираженості суїцидальності за «Опитувальником суїцидальної поведінки», порівняння з результатами тесту на виявлення суїцидального ризику (СР-45) та методики «Визначення схильності до суїцидальної поведінки». В цілому, розподіл на групи здійснювався в залежності від ступеня вираженості показника шкали суїцидальності (запитання №10-21) «Опитувальника суїцидальної поведінки», адже в ній структура запитань та сама побудова шкали дозволяє встановити частоту та етапи розвитку суїцидальної поведінки.

Таким чином, до першої групи було віднесено досліджуваних, які набрали від 0 до 9 балів включно за цією шкалою; до другої групи були включені досліджувані, які стверджувально відповідали на запитання за номерами № 10-18 (пасивні суїцидальні думки); досліджувані, які ввійшли до складу третьої групи, стверджувально відповідали на запитання №19-21 (суїцидальні наміри та замисли).

В результаті було виділено три групи, які відрізняються між собою рівнем прояву суїцидальності:

1. До першої групи ми віднесли людей юнацького віку, у яких відсутні будь-які прояви суїцидальної поведінки.

2. До другої – досліджуваних з суїцидальними ідеаціями. Юнакам та дівчатам, які були віднесені до цієї групи, властива внутрішня (пасивна) форма суїцидальної поведінки, яка характеризується думками (уявленнями) щодо своєї смерті, але не переростає в усвідомлене бажання позбавити себе життя. Наявні зміни настрою, порушення в спілкуванні, асоціальні вчинки, алкогольні ексцеси, імпульсивність у поведінці.

3. До третьої групи було віднесено досліджуваних з чітко окресленими суїцидальними намірами. Їм притаманна активна форма суїцидальної поведінки, у склад якої входять не лише суїцидальні задуми, але й довільні вчинки з планування і підготовки суїцидальних дій. Дана група об'єднує собою юнацтво, яке припускає можливість суїцидальної спроби. Головними особливостями досліджуваних у цій групі є постійні суїцидальні думки, суїцидальні висловлювання; різкі зміни поведінки, способу життя; різні форми саморуйнівної поведінки, прямі або непрямі «прощання» із близькими, неадекватні форми поведінки («зловісний» спокій, ідеомоторна розгальмованість, ажитація).

Кожна з виділених груп отримала свою умовну назву, яка відображає наявність/відсутність суїцидальності та її враженість:

1. Група «Норма», надалі Н, - 91 досліджуваний (75,8 %).
2. Група «Суїцидальні ідеації», надалі СІ, - 19 досліджуваних (15,8%).
3. Група «Суїцидальні наміри», надалі СН, - 10 досліджуваних (8,3%).

Характеристики міри вираженості показника суїцидальності за статтю:

1. Повністю відсутні суїцидальні ідеації у 74,1% хлопців (23 особи) та 76,4% дівчат (68 осіб);
2. Присутні виражені суїцидальні ідеації у 25,8% хлопців (8 осіб) та 12,3% у дівчат (11 осіб);
3. Присутній суїцидальний намір у 0% хлопців (0 осіб) та 11,2% дівчат (10 осіб).

Як видно з представлених результатів, розподіл у групах «СІ» та «СН» за показником статі не рівномірний. Тому подальше дослідження проводилося без поділу вибірки за статтю, задля об'єктивної оцінки отриманих результатів.

Задля визначення достовірності поділу респондентів на групи, було співвіднесено середні значення шкал методик «Опитувальника суїцидальної поведінки» та «Визначення схильності до суїцидальної поведінки», які представлені у табл. 1.

Таблиця 1

Середні значення показників груп за методиками ОСП та ВССП

Показники	Середні значення		
	Н	СІ	СН
суїцидальність	3,1	13,8	21,6
ставлення до життя та до смерті	14,5	16,1	23,5
наявність в оточенні осіб з суїцидальною поведінкою	2,54	3,2	3,8
рівень суїцидальної реакції*	4,06	3,3	2,4

Примітки: *чим нижчим є значення показника, тим вищим є рівень суїцидальної реакції.

Також, спираючись на виділені вище групи досліджуваних, ми проаналізували отримані результати за внутрішніми показниками методики «Визначення схильності до суїцидальної поведінки» (табл. 2).

Таблиця 2

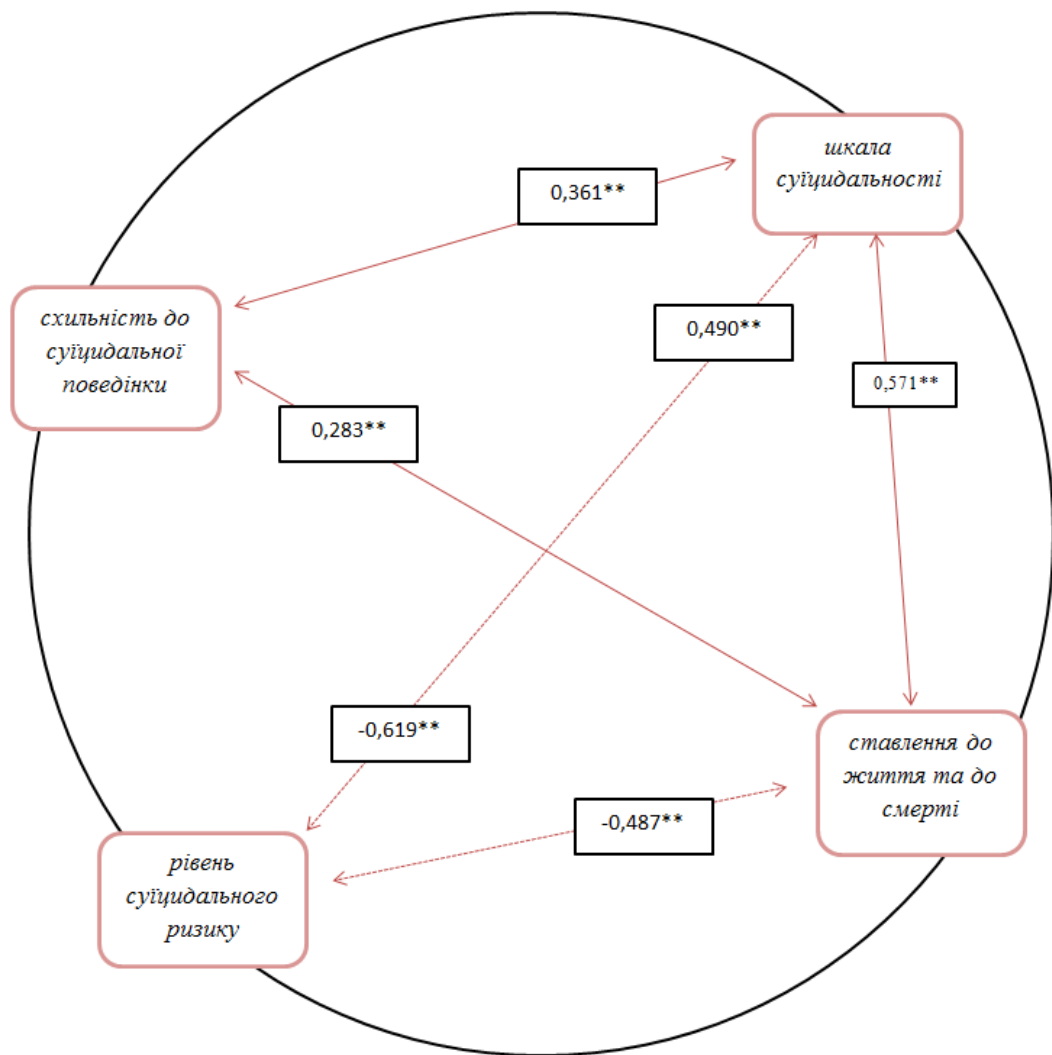
Результати методики ВССП по групах

Показники	Середні значення		
	Н	СІ	Н
тривожність	9,05	9,7	13,2
фрустрація	7,5	8,7	4,5
агресія	10,1	10,1	10,3
ригідність	10,7	9,5	12,7
схильність до суїцидальної поведінки	4,5	7,8	46,8

Описуючи результати даної таблиці, варто почати з показника тривожності, який має майже однаковий показник у групах «Н» та «СІ» і на 3 одиниці вищий у групі «СН». Ступінь вираженості показника фрустрації у групі «Н» та «СІ» відрізняється лише на 1 одиницю, але, водночас, середні значення досліджуваної групи «СН» виражені на 3 та 4 одиниці менше від груп «Н» та «СІ» відповідно. Ступінь вираженості показника агресії у кожній групі відрізняється незначно: однаковий рівень мають групи «Н» та «СІ», та всього на дві десяті його значення збільшене у групі «СН». Міра вираженості показника ригідності за методикою «Визначення схильності до суїцидальної поведінки» у кожній групі відрізняється незначно: найменший є у групі «СІ», а найбільший має група «СН». За показникам шкали «схильності до суїцидальної поведінки» отримані наступні результати: у групі «Н» цей показник найменший і означає низький рівень схильності до суїцидальної поведінки; у групі «СІ» схильність до суїцидальної поведінки виражена на

низькому рівні; відповідно, у групі «СН», як видно з таблиці, середнє значення є найвищим у порівнянні з іншими групами і означає, що рівень суїцидальної поведінки вимагає уваги фахівців.

Задля аналізу зв'язку індивідуально-психологічних особливостей осіб із суїцидальною поведінкою, доцільно використати кореляційний аналіз за коефіцієнтом кореляції Пірсона. Аналіз кореляційних зв'язків методик «Визначення схильності до суїцидальної поведінки», «Опитувальника суїцидальної поведінки» та «Тесту на виявлення суїцидального ризику СР-45» показав, що значущий кореляційний зв'язок існує між шкалою суїцидальності методики ОСП, шкалами ставлення до життя та до смерті, схильністю до суїцидальної поведінки методики ВССП та шкалою «рівень суїцидального ризику» методики ОСП. Але слід зауважити, що в представленій плеяді відображені лише найзначущі кореляційні зв'язки.



Умовні позначення: * – ($p \leq 0,05$); ** – ($p \leq 0,01$).

↔ Позитивна кореляція

↔ Негативна кореляція

Рис.2. Значущі кореляційні зв'язки методик ВССП, СР-45 та ОСП

Отже, за результатами кореляційного аналізу, можна припустити, що на виникнення суїцидальності можуть впливати як індивідуальні риси особистості, такі як нестабільність настрою, агресивна поведінка, фрустрація, антисоціальна поведінка, дратівливість, ригідність мислення, почуття приниження або страху, проблеми з визначенням сексуальної орієнтації, тощо, та певний особистісний аспект – ставлення до життя та до смерті, який, в першу чергу, обумовлюється стосунками в соціумі, який, в кінцевому результаті, породжує особистісне світосприйняття.

З метою статистично значущого групування даних, отриманих в ході дослідження, було проведено множинний регресійний аналіз, який дозволяє відокремити та обґрунтувати логічну та послідовну модель чинників, що впливають на показник суїцидальності та близькі до нього фактори. Головною метою регресійного аналізу є визначення залежної та незалежної змінних.

Для нашого дослідження найбільш значущими є коефіцієнти:

1. R – коефіцієнт множинної кореляції; він є основним показником щільності кореляційного зв'язку узагальненого показника з факторами;
2. R^2 (R -квадрат) – коефіцієнт детермінації; він характеризує частку дисперсії залежної змінної, зумовлену впливом незалежних змінних;
3. F – коефіцієнт, який відображає відношення між тим, скільки дисперсії залежної змінної пояснюється отриманою нами регресійною моделлю.

Варто зауважити, що серед аналізованих нами змінних було обрано лише ті, які мали найтісніші кореляційні зв'язки. Спираючись на ці показники, ми виявляли, з якими предикторами кореляційно зв'язана залежна змінна.

Нашою залежною змінною була обрана шкала суїцидальності. Застосовуючи кореляційну матрицю, нами було обрано 3 предиктори, а саме: шкалу ставлення до життя та смерті, схильність до суїцидальної поведінки та рівень суїцидального ризику.

Згідно з результатами, R -квадрат нашої моделі дорівнює 0,483, що означає, що 48,3% дисперсії змінної «шкала суїцидальності» обумовлена впливом таких змінних: ставлення до життя та смерті, схильність до суїцидальної поведінки та рівень суїцидального ризику.

З метою уникнення автокореляцій нами був застосований критерій Дарбіна-Уотсона. У нашому випадку коефіцієнт дорівнює 1,787, тобто можна стверджувати про відсутність автокореляцій.

Крім того, ми проаналізували рівень статистичної значущості критерія F -Фішера; результати свідчать про сильний вплив на залежну змінну як усіх трьох незалежних змінних, так і кожної змінної окремо.

Наступний наш крок – ми перевірили результати на мультиколінеарність, тобто, чи є наявним зв'язок між незалежними змінними (таблиця 3). Так як VIF (КРД) менше, ніж 5, це є свідченням про відсутність мультиколінеарності.

Що ж до толерантності, то значення близькі до 1, що говорить про те, що аналізовані предиктори є незалежними від інших предикторів.

Таблиця 3

Значущість критерія F-Фішера

Шкали	Нестандарт. коефіцієнти		Стандарт. коефіцієнти	t	Значення	Колінеарність	
	В	Стд. помилка	Бета			Толерантність	КРД
Константа	12,93	3,92		3,2	0,001		
Відношення до життя та смерті	0,26	0,11	0,18	2,28	0,02	0,71	1,39
Схильність до суїцид. поведінки	0,16	0,04	0,24	3,44	0,001	0,92	1,08
Рівень суїцид. ризику	-4,28	0,65	-0,49	-6,51	0,000	0,76	1,31

У таблиці 3 наведено дані, які дозволяють побудувати модель регресії, що описує вклад у показник суїцидальності для загальної вибірки дослідження. Отже, рівняння має такий вигляд:

Суїцидальність = 12,935 + 0,264* (ставлення до життя та смерті) + 0,162* (схильність до суїцидальної поведінки) – 4,284* (рівень суїцидального ризику).

Далі (рис. 3 та 4) ми пропонуємо графічні ілюстрації міри впливу виокремлених нами показників на суїцидальність.

Отже, в результаті можна стверджувати, що суїцидальність може виникати, перш за все, через внутрішньоособистісні стани, такі як переживання, тривожність, фрустрація, агресія, які і породжують схильність до суїцидальної поведінки. Також не слід забувати про соціальні детермінанти, які, перш за все, впливають на розвиток особистості та її становлення, а отже і на відношення до таких значних аспектів нашої буденності як «життя» та «смерть». Саме в результаті атмосфери в родинному колі та інших соціальних інститутах породжується сталий психічний стан людини, її бажання та цілі.

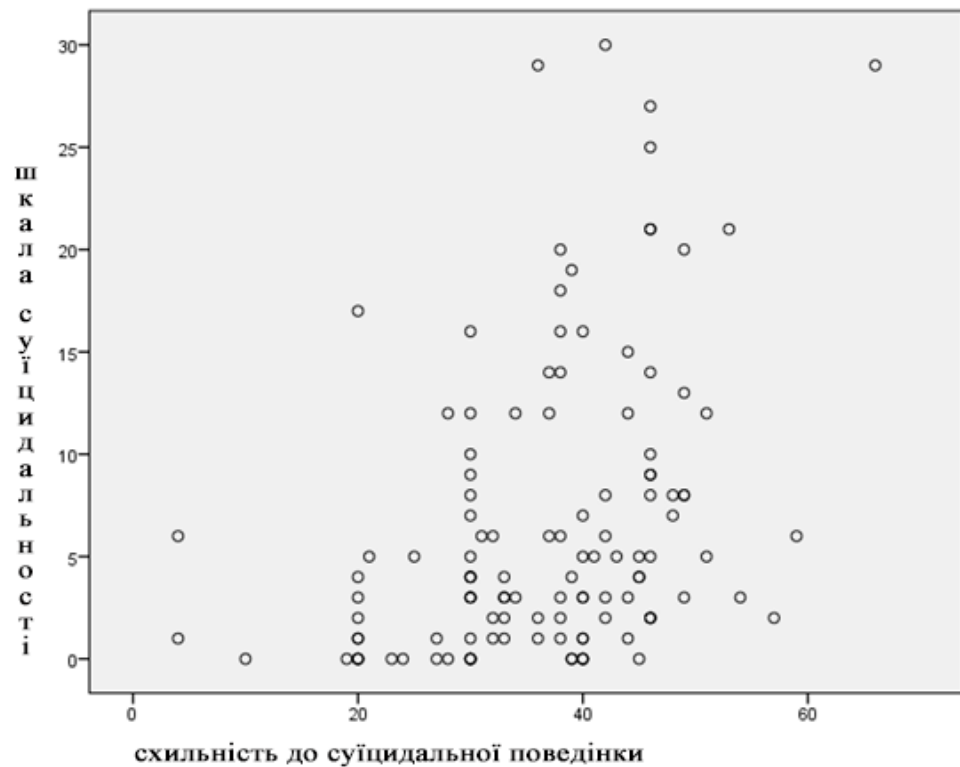


Рис. 3. Вплив показника скхильності до суїцидальної поведінки на суїцидальність методики ОСП (для загальної вибірки)

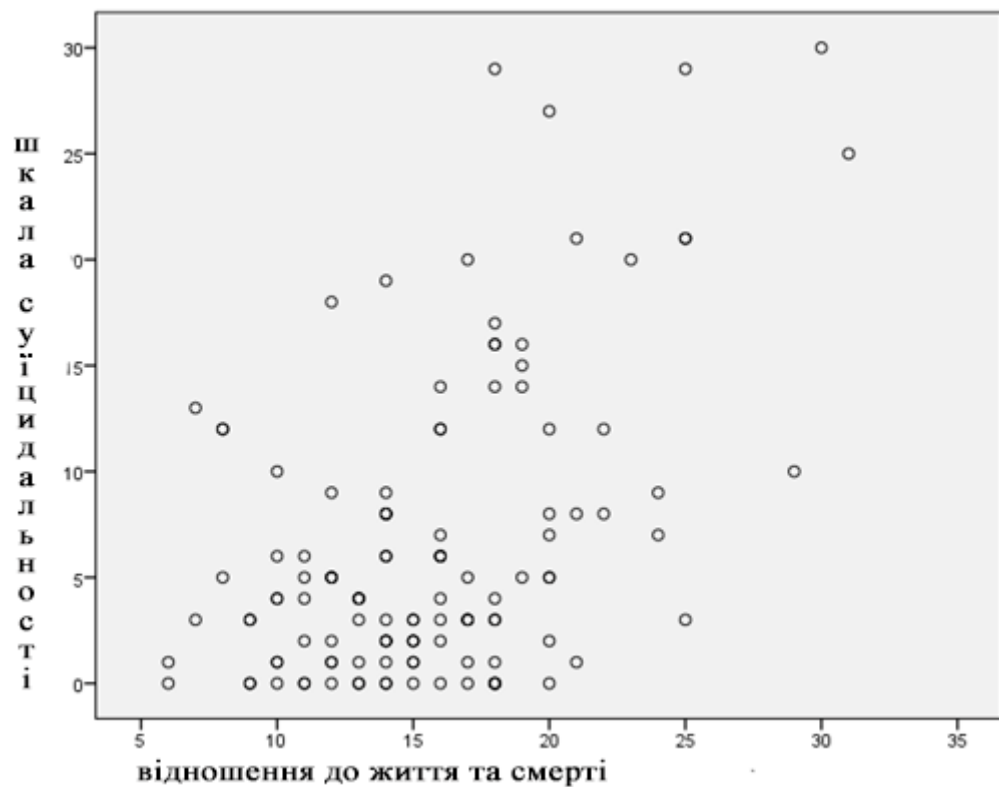


Рис. 4. Вплив показника ставлення до життя та смерті на суїцидальність за методикою ОСП (для загальної вибірки)

Висновки:

1. В результаті теоретичного аналізу сформовано концептуальні засади дослідження детермінант суїцидальної поведінки юнацтва. Була описана поетапна модель виникнення суїцидальної поведінки. Також були виділені три групи типових чинників, які впливають на соціально-психологічну дезадаптацію людей юнацького віку: загальні психологічні особливості суїцидентів; особистісні чинники; сімейні чинники.

2. В результаті обробки емпіричних даних було виділено три основні групи юнаків, які відрізняються між собою ступенем прояву суїцидальності. До першої групи входять особи, у яких відсутні будь-які прояви суїцидальної поведінки (75,8 % загальної вибірки). До другої – юнаки з суїцидальними ідеаціями (15,8 % респондентів). Досліджуванам цієї групи притаманна пасивна (внутрішня) форма суїцидальної поведінки, яка характеризується уявленнями (думками) на тему своєї смерті, але які не оформлюються в усвідомлене бажання позбавлення себе життя як «емоційної готовності». Проявляється це такими особливостями особистості, як тривожно-депресивний радикал, змінами настрою, порушеннями в спілкуванні, асоціальними вчинками, алкогольними ексцесами, імпульсивністю у поведінці. У склад третьої групи (8,3 % опитуваних) входять юнаки з чітко окресленими суїцидальними намірами. Досліджуванам притаманна активна (внутрішня) форма суїцидальної поведінки, яка включає не тільки суїцидальні задуми, але й довільні вчинки по плануванню й підготовці суїцидальних дій.

3. В результаті проведеного емпіричного дослідження виявлено, що суїцидальна поведінка може виникати як наслідок погіршення особистісного психологічного здоров'я: поява тривожності, фрустрації, агресії, а також зміни ставлення до власного життя та до смерті, в результаті певного впливу оточення або переоцінки Я-концепції. Учасникам групи «Суїцидальні наміри», притаманна виражена тривожність та високі показники фрустрації - це наслідки особистісного розчарування, яке виникає у результаті реальних або уявних перешкод, які заважають досягненню повної мети. Міра агресії, встановлена у ході аналізу емпіричних даних, була виражена майже на однаковому рівні в усіх трьох групах. Такий показник більшою мірою виявляє підвищену психологічну активність. Найвищий рівень прояву показника ригідності спостерігався у групі «Суїцидальні наміри», що був пов'язаний з ускладненнями у зміні значущої діяльності.

4. Результати емпіричного дослідження можна використати при розробці засад психологічного консультування юнаків з проблем профілактики та подолання пресуїцидальної поведінки; у створенні програми підготовки практичних психологів до надання психологічної допомоги особистості щодо профілактики та подолання пресуїцидальної поведінки.

Література

1. Амбрумова, А.Г. (1981). *Роль личности в проблемах суицида*. Ковалев В.В. (Ред.). Актуальные проблемы суицидологии. Москва.
2. Амбрумова, А.Г. (1978). *Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения*. Портнов А.А. (Ред.). Актуальные проблемы суицидологии. Москва.
3. Вашека, Т. (2005). Профілактика самогубства серед підлітків: методика для вимірювання суїцидальної поведінки. *Практична психологія та соціальна робота*, 4, 53-57.

4. Кокун, О.М., Агаєв, Н.А., Пішко, І.О., Лозінська, Н.С., & Корня, Л.В. (2019). Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. Київ.
5. Рибалка, В. (2009). *Психологічна профілактика суїцидальних тенденцій проблемної особистості*. Київ.
6. Рябчич, Я.Є. (2013). Соціально-психологічні чинники пресуїцидальної поведінки підлітків. Київ.
7. Слуцкий, А. С. & Занадворнов, М. С. (1992). Некоторые психологические аспекты поведения суицидентов. *Психологический журнал*, 13, 1, 77–85.
8. Elkind, D. (1974). *A Sympathetic Understanding of the Child: Birth to Sixteen* – Publisher. Allyn and Bacon.
9. Kovacs, M., & Beck, A.T. (1977). The wish to die and the wish to live in attempted suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 361–365.

References

1. Ambrumova A. (1978). *Yndyvudualno-psykholohyeheskye aspekty suyttydalnoho povedenya [Individual psychological aspects of suicidal behavior]*. Aktualnyie problemy suitsidologii. Kovaliov V.V. (Ed.). Moscow. (in Russian)
2. Ambrumova A. (1981). *Rol lychnosty v problemakh suyttyda [The role of the individual in suicide]*. Aktualnyie problemy suitsidologii. Portnov A.A. (Ed.). Moscow. (in Russian)
3. Elkind D. (1974). *A Sympathetic Understanding of the Child: Birth to Sixteen* – Publisher. Allynand Bacon. (in English)
4. Kokun O.M., Ahaiev N.A., Pishko I.O., Lozinska N.S., Kornia L.V. (2019). *Psykhologichna otsinka suitsydalnoho ryzyku u viiskovosluzhbovtiv [Psychological assessment of suicidal risk in military personnel]*. Kyiv. (in Ukraine)
5. Kovacs M., Beck A. T. (1977). *The wish to die and the wish to live in attempted suicide. Journal of Clinical Psychology*, 33, 361–365. (in English)
6. Ryabchich I. (2013). *Sotsialno-psykhologichni chynnyky presuitsydalnoi povedinky pidlitkiv [Sotsialno-psykhologichni chynnyky presuitsydalnoi povedinky pidlitkiv]*. Kyiv. (in Ukraine)
7. Rybalka V. (2009). *Psykhologichna profilaktyka suitsydalnykh tendentsii problemnoi osobystosti [Psychological prevention of suicidal tendencies of problematic personality]* Kyiv: Shkilnyi Svit. (in Ukraine)
8. Slutskiy A. (1992). Nekotorye psykholohyeheskye aspekty povedenya suyttydentov [Some psychological aspects of suicidal behavior]. *Psihologicheskiy zhurnal*, 13, 1, 77-85. (in Russian)
9. Vasheka T. (2005). *Profilaktyka samohubstva sered pidlitkiv: metodyka dlia vymyruvannia suitsydalnoi povedinky [Suicide prevention among adolescents: a technique for measuring suicidal behavior]*. (in Ukraine)

Відомості про автора

Рябчич Ярослав, кандидат психологічних наук, асистент кафедри психології розвитку Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна.

Riabchych Yaroslav, PhD, assistant Department of Developmental Psychology of Taras Shevchenko National University of Kyiv, Kyiv, Ukraine.

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3216-5059>

E-mail: yar.ryabchich@gmail.com

*Отримано 21 лютого 2021 р.
Рецензовано 15 березня 2021 р.
Прийнято 13 травень 2021 р.*

Наукове видання

КИЇВСЬКИЙ ЖУРНАЛ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

KYIV JOURNAL OF MODERN PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

№ 1, 2021

Головний редактор: Завязкіна Наталія Володимирівна

Координатор: Карамушка Тарас Вікторович

Технічний редактор: Никонова Ірина Юріївна

Офіційний сайт журналу: <https://mpp-journal.com>

Підп. до друку 30.06.2021.

Адреса редакції: 01133, Україна, місто Київ, бульвар Лесі Українки, будинок 34.