



## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.</b>	3
<b>РОЗДІЛ I.</b> Теоретико-методичні засади вивчення соціальної фрустрованості дорослих осіб що перенесли інфекційне захворювання.	6
1.1 Феномен фрустрації у науковій літературі. Фрустрація як соціально-психологічний чинник.	6
1.2 Проблема впливу хвороби на особистість.	12
1.3 Феномен стигматизації та пов'язанної з ним соціальної фрустрованості дорослих осіб, хворих на COVID 19.	19
Висновки до розділу I.	24
<b>РОЗДІЛ II.</b> Емпіричне дослідження соціальної фрустрованості особистості внаслідок захворювання на COVID 19	27
2.1 Підходи до дослідження захворювань як чинників фрустрації	27
2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження захворювання як чинника соціальної фрустрованості дорослих осіб	33
2.3 Аналіз та інтерпретація отриманих даних	40
Висновки до розділу II.	48
<b>Розділ III. Психокорекція рівня соціальної фрустрованості</b>	50
3.1 Підходи до роботи психолога з фрустрованістю в контексті соціальних взаємодій	50
3.2 План роботи терапевтичної групи, орієнтованої на роботу з рівнем соціальної фрустрації в осіб, що перенесли інфекційне захворювання	56
Висновки до розділу III	60
<b>ВИСНОВКИ</b>	62
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ</b>	65

## ВСТУП

**Актуальність.** В зв'язку з пандемією Covid-19, що виникла в 2019-2021 роках велика увага приділяється психічному стану населення. Зазначається, що головні психологічні наслідки пандемії виражаються у підвищеному рівні стресу та тривожності. До загальних змін, що впливають на психоемоційний фон населення, відносять пов'язані з запровадженням нових протиепідемічних заходів обмежувальні заходи – в першу чергу, карантин, який відображається на звичних для людей видах діяльності, повсякденному укладі та основних джерелах коштів. На тлі обмежень може зростати поширеність самотності, депресії, вживання алкоголю та наркотиків, так само як і поширеність самоушкоджень або суїцидальної поведінки. У кілька разів зросла чисельність проявів сімейного насильства та конфліктності. За даними Американської психіатричної асоціації (АПА) Covid-19 серйозно вплинув на психічне здоров'я американців: половина дорослого населення демонструють високий рівень тривожності. Президент АПА Брюс. Дж. Шварц наводить такі результати проведеного 18–19 березня 2020 р. анкетування населення (1004 респонденти): майже половина опитаних(48%) відчуває страх зараження Covid-19, 40% - стурбовані можливістю серйозно захворіти або померти від вірусу. Набагато більше опитаних (62%) висловлює занепокоєння щодо можливого захворювання своїх близьких. Третина (36%) респондентів вказали, що Covid19 серйозно вплинув на їх психічне благополуччя, і більшість (59%) відзначило суттєве порушення свого повсякденного функціонування.

Спираючись на такі дані ми поставили собі метою дослідити COVID 19 як чинник соціальної фрустрації дорослих осіб, що перенесли захворювання.

В роботі розглядається феномен фрустрації з точки зору як провідних зарубіжних науковців так і вітчизняних дослідників. Також викладено інформацію щодо соціально-психологічного впливу фрустрації на індивіда.

Нами були розглянуті теоретичні джерела, що освячують питання впливу хвороби на особистість. Розгорнуто взаємозв'язок змін соматичного та

психічного станів хворого, присвячено увагу особливостям відношення до діагнозу та лікування. Також ми згадали теоретичні засади феномену Внутрішньої Картини Хвороби та його пов'язаність із впливом соціального ставлення до хвороби.

Також наведено інформацію щодо існуючого відношення до пандемічних обмежень, страхів та тривог оточення щодо хворих та медпрацівників, які контактували з носіями. Ми спробували віднайти зв'язок між явищами соціальної стигми, що набирає обертів в умовах неповного та несвоєчасного і недостовірного інформування населення щодо справжніх загроз, пов'язаних з розповсюдженням хвороби, станом медичної галузі, способами самозахисту від зараження та підвищенням рівня соціальної фрустрації дорослих осіб, що перенесли інфекційне захворювання.

**Об'єкт.** Рівень соціальної фрустрованості в дорослих осіб.

**Предмет.** Інфекційне захворювання як чинник соціальної фрустрованості дорослих осіб (на прикладі COVID 19)

**Мета.** Дослідити COVID 19 як чинник соціальної фрустрованості дорослих осіб.

**Завдання дослідження.**

1 Проаналізувати наукову літературу на тему феномену фрустрації та соматичних хвороб, що виступають чинниками соціальної фрустрації особистості.

2. Організувати та провести емпіричне дослідження

3. Проаналізувати та проінтерпретувати отримані результати.

4. Розробити програму психофізіологічної інтервенції щодо зниження рівня соціальної фрустрованості в дорослих осіб

**Методи.**

1 Теоретичний аналіз наукової літератури

2 Психодіагностичний експеримент: методика «Опитувальник А.І. Сердюка» та методика «Рівень соціальної фрустрованості»

3 Математико-статистичний аналіз даних (Jamovi).

# РОЗДІЛ І ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ФРУСТРОВАНОСТІ ДОРΟΣЛИХ ОСІБ ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ІНФЕКЦІЙНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ

## **1.1 Феномен фрустрації у науковій літературі. Фрустрація як соціально-психологічний чинник.**

Термін "фрустрація" використовується для позначення неприємного психічного стану, який виникає через неможливість отримати щось сильно бажане[1]. Це відчуття життєвої безвиході через те, що на шляху до мети виявилася непереборна (чи та, що здається такою) перешкода[7].

До сьогодення феномен фрустрації в психології та соціології розглядають під різними кутами. Багато досліджень та наукових праць присвячено тому, як людина поводить себе у стані фрустрованості. На думку більшості авторів, фрустрація повинна розглядатися в контексті ширшої проблеми: витривалості по відношенню до життєвих труднощів і реакцій на ці труднощі. Найбільш сучасним є біопсихосоціальний, холістичний підхід до комплексного вивчення психологічних і психосоціальних чинників, що лежать в основі психічної адаптації та копінг стратегій в складних і проблемних для особистості ситуаціях[5].

Теорія фрустраційної фіксації Н.К. Майєра [26] стверджує що при цьому явищі активність людини втрачає мету. Поведінка стає безцільною і повторюваною, тобто людина фіксує увагу на чомусь вузькому що не має відношення до мети, зациклюється на речах що не відносяться до ситуації фрустрації. Нецілеспрямована поведінка відрізняється рисами деструктивності, ригідності і незрілості.

Теорія фрустраційної регресії Т. Дембо та К. Левіна розглядає, на думку авторів, основний захисний механізм супроводжуючий фрустрацію – регресію. Дослідники припускають, що в ситуації, що супроводжується

фрустрацією, особистість відтворює раніше засвоєні моделі поведінки (повернення до попередніх психологічних вікових періодів), а також досліджують поєднання регресії з іншими захисними механізмами.[7]

Згідно теорії Дж. Доларда із співавторами [37], якщо людина проявляє агресію, то можна припустити що вона переживає фрустрацію. Чим сильніше прагнення до недосяжної мети, тим сильніша агресія. Фрустрація тим сильніша, чим частіше повторюються ситуації, що до неї призводять та чим нижче толерантність до неї.

В своїй теорії екзистенційної фрустрації В. Франкл розглядає втрату відчуття сенсу життя як основу неврозу.[7] На його думку наші сучасники страждають не стільки від того, що почувають себе неповноцінними в порівнянні з іншими людьми, скільки від того, що не бачать ніякого сенсу у своєму житті. Що ж до психічних захворювань, то на ґрунті екзистенційної фрустрації вони розвиваються, анітрохи не рідше, ніж на ґрунті більш дослідженого сексуального незадоволення. Людина відчуває страх порожнечі, *horror vacui*, не лише на фізичному, але і на психологічному рівні. Прискорення темпу життя - це ні що інше, як відчайдушна і свідомо безнадійна спроба своїми силами компенсувати екзистенціальну фрустрацію. Чим гірше людина уявляє собі мету свого життя, тим швидше вона намагається рухатися по життєвому шляху.

С. Розенцвейг є автором найбільш розробленої на даний час евристичної теорії фрустрації.[37] Він розглядав три рівня, на яких проявляється реакція – клітинний, автономний і вищий кортикальний. Перший відповідає за захист організму від інфекцій, вірусів і т.д., та включає в себе дію антитіл, фагоцитів, імуноглобулінів. Другий являє собою захист від агресивних чинників оточуючого середовища та проявляється як на психологічному рівні (відчуття страху, люті або страждання) так і на фізичному (реакція організму по типу стреса). Третій рівень відповідає за цілісність «Я» та захищає особистість від психологічної агресії. Потрібно зазначити, що поділення це умовно та схематично.

У своїй методиці дослідження реакцій людини на фрустрацію С.Розенцвейг запропонував класифікувати відповіді на три типи: людина агресивно звинувачує зовнішній світ у виникненні фрустрації (екстрапунітивні, емоції гнів і збудження), людина звинувачує себе (інтрапунітивні, емоції винність, докори сумління), або людина уникає усвідомлення конфлікту та намагається розглядати фруструючу ситуацію примиряючим чином (імпунітивні).

Обставини, що провокують стан фрустрації, пропонують розділити на три категорії. Привація – початкова відсутність необхідних інструментів і ресурсів для досягнення мети. Депривація – втрата об'єктів, що використовувалися для задоволення потреби і до яких була утворена сильна прихильність. Конфлікт – неможливість задоволення потреби через наявність двох несумісних один з одним мотивів, амбівалентних почуттів, зіткнення інтересів [15].

Фрустрація розрізняється не лише за своїм психологічним змістом або спрямованістю, але і по тривалості.[21] Характеризуючі форми психічного стану можуть бути короткими спалахами агресії або депресії, а можуть бути тривалими настроями. Фрустрація як психічний стан може бути: типовою для особистості, нетиповою, але виражаючою початок виникнення нових рис характеру або ж епізодичною, скороминущою.

С. Розенцвейг також є автором концепції фрустраційної толерантності, або стійкості до фруструючих ситуацій. Вона визначається здатністю індивіда переносити фрустрацію без втрати своєї психобіологічної адаптації, тобто "здатність до адекватної оцінки фрустраційної ситуації та передбачення виходу з неї". Найбільш бажаним автор пропонує рахувати психічний стан, що характеризується, незважаючи на наявність фрустраторов, спокоєм, розсудливістю, готовністю використати подію як життєвий урок, але без будь-яких нарікань на себе. Толерантність також може бути виражена в напрузі, зусиллі, стримуванні небажаних імпульсивних реакцій. Ще виділяють тип

бравати, з підкресленою байдужістю, якою у ряді випадків маскується ретельно приховуване озлоблення або смуток.

Психологи діяльнісного підходу під фрустрацією розуміють стан дезорганізації свідомості та діяльності, що виникає тоді, коли внаслідок будь-яких перешкод мотив залишається незадоволеним або його задоволення гальмується.[22] Цей феномен слід розуміти як феномен психології, що характеризує стан особистості, а не організму (Б.Г.Ананьєв, Н.Д.Левітов, В.М.Мясищев).

Рівень фрустрації залежить від сили мотивованості, інтенсивності фрустратора; функціонального стану людини, що потрапила у фрустраційну ситуацію; сформованих під час становлення особистості стійких форм емоційного реагування на життєві проблеми.

Ф.Є. Василюк у роботі „Психологія переживання”[3] також приділив увагу фрустрації. Він розглядав фрустрацію як одну з видів критичних ситуацій, які він назвав "ситуаціями неможливості". У таких ситуаціях особистість "зіштовхується з неможливістю реалізації внутрішніх потреб свого життя (мотивів, прагнень, цінностей та ін.)". "Неможливість", на думку автора, визначається тим, яка життєва необхідність виявляється паралізованою внаслідок нездатності наявних у суб'єкта типів активності впоратися з наявними зовнішніми та внутрішніми умовами життєдіяльності [3]. Таким чином, "внутрішні та зовнішні умови, тип активності та специфічна життєва необхідність" – це основні характеристики критичних станів, у тому числі й стану фрустрації. Необхідними ознаками фрустраційної ситуації він вважає "наявність сильної мотивованості досягти мети" та "перешкоди", що перешкоджає цьому досягненню [3, с. 36].

Фруструючі ситуації автор пропонує класифікувати за характером фрустрованих мотивів, а також за характером так званих "бар'єрів" . Як приклад класифікації першого роду Ф.Є. Василюк посилається на розрізнення базових, "вроджених" психологічних потреб (у безпеці, повазі та любові), за

А. Маслоу, фрустрація яких носить патогенний характер, і "набутих" потреб, фрустрація яких не викликає психічних порушень.

Бар'єри у фрустраційній ситуації можуть бути фізичними (наприклад, стіни будівлі), біологічними (хвороба), психологічними (страх) та соціокультурними (правила та заборони). Ф.Є. Василюк згадує [3] також розподіл бар'єрів на зовнішні та внутрішні, використані Т. Дембо для опису своїх експериментів. Внутрішніми Т. Дембо називала бар'єри, що перешкоджають досягненню мети, а зовнішніми ті, що не дають можливості вийти із ситуації.

У ситуації фрустрації людина відчуває різні почуття, такі, наприклад, як вина, тривога, занепокоєння, напруга, байдужість та ін. Описано багато видів фрустраційної поведінки: рухове збудження (безцільні та невпорядковані реакції); апатія; агресія та деструкція (зазвичай при високому рівні фрустрації); стереотипія (тенденція до сліпого повторення фіксованої поведінки); регресія [7].

Таким чином, Ф.Є. Василюк визначив фрустрацію через втрату, по-перше, контролю з боку волі, по-друге, "мотивовідповідності" поведінки ("втрата терпіння та надії"). Категоріальне поле поняття фрустрації задано категорією діяльності, описуючи її як "життєвий світ, головною характеристикою умов існування у якому є труднощі, а внутрішньою необхідністю цього існування – реалізація мотиву"[3]. Подолання труднощів по дорозі до «мотивових» цілей - "норма" такого життя, а специфічна йому критична ситуація виникає, коли труднощі стають непереборними, т. е. перетворюється на неможливість.

Е.И. Кузьміна розглядаючи феномен фрустрації, виділила поняття свободи і несвободи від фрустрації. "Несвобода - фрустраційний стан, що виникає у людини при усвідомленні і переживанні того, що межі можливостей, самореалізації, що заважають, непереборні, а також в результаті здійснення їм скованої дії, скованого вибору (із зредукованою, спотвореною картиною компонентів, процесів, можливостей діяльності) під впливом іншої

людини, групи, традицій, стереотипів і т. д". На її думку, деякі індивідуальні особливості людини і особові якості сприяють звільненню від фрустрації (наприклад, сила "Я" - емоційна стійкість, нонконформізм, високий рівень відповідальності, висока самооцінка та ін.), інші, у свою чергу, перешкоджають звільненню від фрустрації (акцентуації характеру: застрявання, тривожність, емотивність, збудливість, екзальтованість; низький рівень відповідальності; конформізм; емоційно-вольова нестійкість; тенденція до агресивної поведінки; низька самооцінка та ін.).

Соціальна фрустрованість - вид (форма) психічного напруження, зумовленого незадоволеністю досягненнями та становищем особистості в соціально заданих ієрархіях [16]. Тобто, вона відображає емоційне ставлення людини до позицій, які він зміг зайняти у суспільстві на даний момент свого життя. Інтелект при цьому відображає, з одного боку, те, що в принципі може бути досягнуто в тій чи іншій сфері, і те, що людина саме змогла досягти, — з іншого боку. Соціум як би «виробляє» шкали, або шаблі, зростання і досягнень, а індивід відповідно до своїх домагань і можливостей досягає того чи іншого рівня.

Фрустрацію як соціально-психологічний феномен вивчала Л.І.Єрмолаєва [13]. Вона описала різні підходи до розуміння фрустрації, виділила динамічну структуру цього феномену, стадії розвитку соціальної фрустрації та її умови.

Л.І. Єрмолаєва визначає соціальну фрустрацію як складне явище, що має особистісний і надособистісний характер, а також як "психологічне явище, що виникає в реальному житті соціальних суб'єктів" [13].

Підставою соціальної фрустрації, на думку дослідниці, є "блокування загальнозначущих соціально-психологічних потреб людини". Соціальна фрустрація сприймається як критична ситуація у житті соціальних суб'єктів.

Авторка виділила три групи детермінант соціальної фрустрації, що здійснюються в мета-, інтра- та інтерпросторі соціального суб'єкта, а також три стадії розвитку фрустрації: передфрустраційна, початок фрустрації та

"розгорнута" фрустрація[13]. Вона визначає соціальну фрустрацію як "об'єктно-суб'єктне явище, що відображає зовнішній світ в індивідуальній, груповій, суспільній свідомості через формування соціально-психологічного відношення".

Соціальна фрустрація будучи наслідком реальної соціальної ситуації, носить особистісний характер визначаючи стресогенність соціальних фрустраторов [27], таких, наприклад, як незадоволення стосунками в сім'ї і на роботі, освітою, соціально-економічним статусом, положенням в суспільстві, фізичним і психічним здоров'ям, працездатністю та ін. на погляд Л.І. Вассермана, відображений в його методичних вказівках до авторської методики дослідження рівня соціальної фрустрованості[6], адекватна та змістовна оцінка конкретних параметрів соціальної фрустрованості дозволяє глибше зрозуміти особливості соціального функціонування особи і рівень її адаптивних можливостей. Інакше кажучи, соціальну фрустрованість Л.І. Вассерман пропонує розглядати як специфічний комплекс переживань і стосунків людини, що виникає у відповідь на дію фруструючих чинників.

Можемо припустити, що тривала дестабілізуюча дія вище згаданих чинників, що стають фрустраторами, формує напруженість адаптивних механізмів і парціальну дезадаптацію (передхвороба), а за умови малоефективної роботи захисних психологічних механізмів та відсутності соціальної підтримки - тотальну психічну дезадаптацію.

### **1.1 Проблема впливу хвороби на особистість.**

Безперечний вплив соматичних та психосоматичних процесів один на одного встановлена давно. Наприклад, життєрадісні люди, оптимісти, ті, хто здатен з гумором дивитись на життєві ситуації менше хворіють і мають довше життя. Встановлено, що воїни, яких надихають великі ідеї, що узгоджуються з їхніми особистісними цінностями та викликають піднесений настрій швидше одужують та реабілітуються після отриманих поранень. Більшість сучасних науковців вже не заперечують існування психосоматичних хвороб. В описах

синдромальних картин складових хвороби обов'язково поруч знаходяться ознаки соматичного розладу та можливі симптоми зміни психіки.

Кожна хвороба, навіть коли вона не супроводжується руйнівними змінами мозкової діяльності, обов'язково змінює психіку людини внаслідок появи нового досвіду, що формується в результаті реагування хворого на хворобу[14]. В цій ситуації доречно говорити про вплив почуття страху, безсилля, хвилювання хворого за наслідок хвороби (своєрідних аутопсихогеній) на його особистість. Таке хвилювання має, як правило, складний характер і включає хвилювання суто індивідуальні (чим загрожує мені ця хвороба?), які завжди тісно взаємопов'язані з хвилюваннями, які мають громадський (соціальний) характер, в зв'язку із ставленням до даної хвороби, які склалися в суспільстві, з особливостями її соціального сприйняття. Цей варіант страхів та хвилювань найбільш яскраво виявляється при заразних, соціально небезпечних хворобах (чума, холера, сифіліс).

Порушення організмичного гомеостазу, що мають місце при розвитку соматичної хвороби, супроводжується змінами характеру нервової імпульсації, яка надходить від таких систем (органів) в головний мозок, зміною вісцерально-церебральної рівноваги. Під впливом цього явища змінюються фізіологічні параметри ВНД [17]. Це є фізіологічний механізм змін в психічній діяльності людини про соматичному захворюванні. Зворотній зв'язок набуває нової якості, змінюючи баланс організму в цілому і специфіку психіки хворого[6].

Холістичний підхід не дає змоги припустити, що якась частина особистості або міжособистісних зв'язків та проявів може залишитись недоторканою для змін, що чинить хвороба. При соматичних захворюваннях, як правило, завжди в наявності за виразом К. К. Платонова, "складні кільцеві залежності психічного і соматичного за типом круга, а у ряді випадків, порочного круга", зі взаємним переходом психогенії в соматогенію і навпаки. Допомогти хворому вийти з такого "порочного круга" можуть психофармакологічні і психотерапевтичні дії на його психіку "з метою

усунення хворобливих симптомів, зміни відношення до свого захворювання, до себе і довкілля".[10]

Важливо розуміти, що під впливом внутрішніх та зовнішніх факторів у хворого формується суб'єктивне ставлення до змін в організмі, їх коротко- й довготривалих наслідків, а також уявлення про індивідуальні та суспільні зміни в ставленні до його особистості. Коли у людини діагностують важке або невиліковне захворювання, вона не може не думати про те, як зміниться її професійне і повсякденне життя [19]. Це викликає сильну емоційну реакцію, яка призводить психічних перетворень, пов'язаних з усвідомленням діагнозу. Цей стан може виражатися помірною тривожністю або доходити до затяжної депресії. При важкій і/або хронічній соматичній хворобі знижується витривалість людини до фізичних і психічних навантажень, що також є істотним чинником впливу хвороби на психіку. За захворювання ставить під загрозу самооцінку хворого, призводить до депривації його важливих фізіологічних потреб, викликає виникнення цілого ряду фрустрацій.[43] Негативне відношення до хвороби з боку навколишніх людей посилює почуття неповноцінності, а гіперопіка може сприяти наростанню соціальної і психологічної безпорадності і посилювати відчуття безперспективності життя. В результаті виникає ситуація внутрішньоособистісного психологічного конфлікту, пов'язана з суперечністю вимог, наприклад конфлікт між властивим цій особі прагненням до незалежності і самовизначення, з одного боку, і необхідністю підпорядкування вимогам, що пред'являються до нього як до хворого, - з іншою. На психологію хворого робить вплив співвідношення залежності і свободи в умовах хвороби та одужання.

Це звичайно впливає на особистісне сприйняття хвороби, та формує відношення до змін в самопочутті. Прояви цього процесу бувають найрізноманітнішими: депресія або ейфорія; апатія, послаблення емоційного відгуку, послаблення критики, порушення активності (аспонтанність), егоцентризм. Може переважати мотив переживання страждань.[43]

Зміни в психіці при соматичному захворюванні зазвичай не виникають миттєво, скоріше це повільний, поступовий процес, пов'язаний з тривалістю та інтенсивністю тілесних змін та наявних преморбідних особливостей особистості. Але, як правило, більш, або менш подовжене відображення хворобливих змін, які відбуваються у внутрішніх органах, в свідомості і супроводжує ускладнення відношення до хвороби вносить короткострокові або стійкі зміни в клініку.

Відображення в свідомості виникаючих хворобливих змін у внутрішніх органах відбувається в єдності з формуванням з відношенням хворого до них. Визначення "Внутрішня картина хвороби" ввів Р. А. Лурія (1874-1944), в нього входить "все те, що відчуває і переживає хворий, усю масу його відчуттів, не лише хворобливих, але і його загальне самопочуття, самоспостереження, його уявлення про свою хворобу, її причини" [24]. Це явище описується у більшості досліджень, присвячених особистості в умовах хвороби, і позначається різними термінами: "свідомість хвороби", "соматозогнозія", "реакція особи на хворобу", "переживання хвороби" і тому подібне (Л.Л. Рохлин, 1950; М.С. Лебединський, В.Н. Мясіщев, 1966; В.В. Миколаєва, 1976; Л.И. Вассерман, 1990; та ін).

Діапазон варіантів усвідомлення хвороби представлений безмежним різноманіттям індивідуальності людей. Явища анозогнозії (суб'єктивна недооцінка, заперечення об'єктивно існуючої хвороби), гіпернозогнозія (різні форми суб'єктивної переоцінки об'єктивних соматичних порушень).[29] Між ними полягає чимала кількість проміжних станів прийняття хвороби. Анозогнозії частіше спостерігаються при повільному, поступовому розвитку хвороби, симптоми якої формуються непомітно (хронічний туберкульоз легень). Гіпернозогнозії супроводжуються гостро, катастрофічно розвиваючимся соматичним захворюванням (напади стенокардії, інфаркти міокарда).

Соціальний статус хворого (соціальні умови, спосіб життя, характер праці) і його безпосереднє оточення (рідні, друзі, колеги) у багатьох випадках

роблять істотний вплив на формування внутрішньої картини хвороби. Важливе значення має система взаємодії особи з дійсністю і стосунки з іншими людьми (у сім'ї, на роботі, в лікувальній установі). Це стосується, передусім, професії хворого і займаного ним положення. Так, наприклад, серйозні травми або важкі соматичні захворювання можуть привести до завершення кар'єри професійного спортсмена, артиста балету, оперуючого хірурга, що часто сприймається ними драматичніше, ніж хворими інших професій. Особи, що займають високе громадське становище, іноді внаслідок хвороби також вимушені відмовитися від подальшої кар'єри, що завдає їм як морального, так і матеріального збитку. Тому переживання самого факту хвороби і пов'язаних з нею обмежень має різну міру вираженості.

Особливу психологічну проблему складають захворювання, які в суспільстві вважаються "непристойними" або небезпечними.[41] До них відносяться венеричні захворювання, включаючи ВІЛ-інфекцію, а також інші заразні захворювання (туберкульоз, гепатит і тому подібне). Виникнення подібних захворювань може призводити до розпаду сім'ї, втрати друзів, вимушеній зміні місця роботи т.д.

Розглядаючи проблему впливу хвороби на особистість неможливо оминати розроблену А.Е. Лічко и Н.Я. Івановим типологію реагування хворого на хворобу[38]. В основі класифікації полягає поєднання трьох факторів: природи самого захворювання; типу особистості (особливо акцентуації характеру); ставлення до захворювання в референтній для хворого групі. Типи відношення до хвороби даної класифікації поєднані в три групи за фактором психологічної та соціальної адаптації до хвороби. В перший блок входять типи при яких адаптація не порушена: гармонійний (реалістичний, зважений), ергопатичний (уникання хвороби за допомогою роботи) і анозогнозичний (активна боротьба з думками про хворобу та про можливі наслідки, аж до заперечення очевидного). До другого блоку відносяться типи реагування переважно з інтрапсихічною спрямованістю: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний і апатичний. До третього -

типи реагування з інтерпсихічною спрямованістю: сенситивний, егоцентричний, паранояльний і дисфорічний, вони характеризуються збільшеною чутливістю, спрямованість якої значною мірою відтворює акцентуацію особистості.

Практично немає таких сторін життя хворого, які б не знаходили відображення у видозміненому хворобою стані. Інакше кажучи, хвороба - це життя в змінених умовах, які повинні розглядатись уважно, забезпечуватись допомогою. Всі особливості усвідомлення хвороби можна поділити на дві групи: звичайні форми усвідомлення хвороби представляють собою лише особливості психіки хворої людини, а саме він потребує повсякденного розумного, турботливого підходу лікаря.

Стан хвороби, який супроводжується аномальними реакціями на неї, які виходять за рамки типових для даної людини, а тим більш породжувані внутрішньою хворобою стійкі порушення психіки хворого є вже хворобливим станом психіки, які доповнюють і ускладнюють клінічну картину основної хвороби. Найбільш частими психологічними конфліктами є виникаюча в ході хвороби невідповідність між зберігаючимися або навіть ростучими потребами хворого і його зменшуваними можливостями. Клінічні варіанти зміни психіки при соматичних хворобах можуть бути систематизовані:

Масивні розлади психіки, виникаючі на тлі хвороб, які супроводжуються лихоманкою, що нерідко набувають характеру психоза. Найбільш частою і типовою формою таких порушень є стан делірія, гострий страх, дезорієнтування в оточуючому середовищі, що супроводжується зоровими ілюзіями і галюцінаціями. Граничні форми нервово-психічних порушень - найбільш поширена клінічна картина порушень психіки при хворобах внутрішніх органів. Вони можуть бути соматичного походження (неврозоподібні) або психічного (невротичні порушення).

За даними Інституту неврології, психіатрії та наркології НАМН України, пацієнти з попередньо встановленими психіатричними діагнозами страждали на психічні порушення після перенесеного Covid-19 частіше, ніж ті, у кого в

анамнезі не було психічних розладів.[43] Ці психічні наслідки можуть бути викликані імунною відповіддю на сам вірус або такими психологічними стресорами, як соціальна ізоляція, психологічний вплив нової важкої та потенційно смертельної хвороби, занепокоєння щодо зараження інших та стигматизації. У громадян виникають відчуття безпорадності, злості, дратівливості, безнадійності, тривожності й переляку. Можуть виникати труднощі з концентрацією уваги, порушення апетиту, болі в тілі, проблеми зі сном, труднощі впоратися з рутинними справами. [1]

Хворий відрізняється від здорової людини тим, що в нього поряд із змінами функціонування внутрішніх органів і самопочуттям якісно змінюється сприйняття і відношення до оточуючих подій, до самого себе, створюється особливе положення серед близьких людей і в суспільстві [9]. Спостерігається перебудова інтересів від зовнішнього світу до власних відчуттів, функцій власного тіла, обмеження інтересів. При цьому змінюється особливість з усіх боків: ефективна налаштованість, моторика, мова. При сенсорній загрозі для життя і благополуччя людини можуть порушитись сприйняття часу у вигляді його прискорення або уповільнення.

Великого значення набувають спогади, вираженість і деяке насильництво яких можуть бути пов'язані з інтоксикацією, викликаною хворобою. Психіка хворого з початку захворювання перебуває в незвичному стані, бо в зв'язку з хворобою порушується звичайний ритм життя, праці, відпочинку, сну і бадьорості. Відбувається перебудова в значенні відчуттів [10]. Велике значення для хворого мають обходи. Часто в присутності хворого користуються незрозумілими термінами, не знаючи, яку реакцію це викликає у людини.

Не менш складний період видужування, коли у хворого повинна настати компенсація або примирення з дефектом, який виник з єдиний фактор, визначальний ставлення до хвороби. Ставлення до неї та до всього, що з нею пов'язано і що вона впливає, визначається трьома найважливішими чинниками:

- 1) природою самого соматичного захворювання;
- 2) типом особистості, у якому найважливішу складову частину визначає тип акцентуації характеру;
- 3) ставленням до даного захворювання в тому значущому для хворого оточенні, у тій мікросоціалній середовищі, до якої належить. Під впливом цих трьох факторів виробляється ставлення до хвороби, лікування, лікарів, свого майбутнього, до роботи, рідних та близьких, до оточуючих.

## **1.2 Феномен стигматизації та пов'язанної з ним соціальної фрустрованості дорослих осіб, хворих на COVID 19.**

В попередніх розділах ми вже згадували важливість соціального оточення на тлі якого розгортається картина хвороби. COVID-19 характеризується небаченою за останні десятиріччя тривогою, несподіваністю, глобальністю та швидкістю поширення майже у планетарних масштабах. Неможливо перебільшити вразливість середньо- та слабо-забезпечених верств населення до таких стрімких змін. А зміни відбулись як ззовні так і з середини кожного з нас. Доволі строгі обмеження громадських свобод, вражаючі штрафи, стрімке припинення міжнародного сполучення, шквал панічних заяв від представників міжнародних організацій охорони здоров'я найвищого рівня. Схоже, життя нас до такого не готувало, пандемія COVID-19 виявилась серйозним випробуванням. Люди хронічно перебувають в ситуації високої невизначеності; збільшився інформаційний шум, повторення і тиражування неперевіреної інформації, дефіцит доказових знань для прийняття рішень. Ми зіткнулися із загрозою дефіцитів найрізноманітнішого толку, обмеженням пересування, «дистанціюванням» робочого та учбового форматів, новими технологіями зв'язку, змінами межі особистого простору. Хтось зіткнувся із самотністю, від якої вдавалося тікати завдяки роботі та місцям громадського відпочинку. Хтось навпаки опинився в доволі стислому просторі разом із великою родиною, можливо з декількома дітьми або особами похилого віку або й все одразу. І надалі очікуються

надзвичайні зміни, формуватимуться зовсім нові наукові підходи, трішки або й зовсім інші засоби виробництва і засоби комунікації, оновлюватимуться стосунки. Вже зрозуміло, що ці зрушення охоплюють не тільки матеріальну, а й психічну сферу. Важливо пам'ятати, що сама загроза потенційно смертельної невизначеної хвороби, що, не виключено має високу контагіозність, та незрозумілих наслідків, що імовірно за нею настають, сама по собі дуже потужний стресор. Все це спіткало нас стрімко та тримало на протязі двох років. На початковому етапі карантину соціальна дистанція, до дотримання якої закликали українців, в індивідуальному досвіді приводила не тільки до дистанції фізичної, а і до психологічної, в результаті чого ми наблизились до гострого переживання людьми емоційного відчуження, емоційної депривації, відчуття самотності та розгубленості. Потрібно зазначити, що переважна більшість українців в умовах пандемії стикнулася з певним браком знань щодо технік психологічної самопідтримки та самодопомоги в той час, коли більшість сервісів, в тому числі медичних, була недоступна. Психолог М.М. Решетников говорить про те, що в соціумі явно зростає депресивний фон і феномен втоми страхом, а потреби людини в соціальних контактах серйозно фруструються [36].

Результати зарубіжних досліджень [11] продемонстрували глибокий і широкий спектр психологічних наслідків, до яких може призвести спалах COVID-19: появу нових психіатричних симптомів в осіб, які не мають психічних захворювань; погіршення стану тих, хто вже страждає на такі захворювання; дістрес у доглядальників за пацієнтами з психічними та соматичними недугами. До того ж спалах коронавірусної хвороби передбачувано спричиняє суспільні психологічні реакції, такі як напруження, тривога і страх, утрата орієнтирів і планів на майбутнє, що може теж призводити до гострої реакції на стрес, посттравматичного стресового розладу, депресії, інших емоційних розладів і, як наслідок, до зростання аутоагресивних дій аж до суїцидальних. [2]

Особлива соціальна ситуація пов'язана з пандемією є дуже специфічним соціальним тлом і полем для фрустрації. Деякі автори [47,48], що звернулися до аналізу наслідків коронавірусної інфекції, що спалахнула у грудні 2019 р., зазначають, що в багатьох країнах людям, які потенційно могли контактувати з інфекцією, було рекомендовано ізолювати себе вдома або спеціальному карантинному закладі. Карантин - це відокремлення та обмеження пересування людей, які могли бути інфіковані, з метою з'ясування наявності у них захворювання. Застосування цього заходу знижує ризик зараження інших людей. Карантин відрізняється від ізоляції, що є відокремленням людей, в яких було діагностовано заразну хворобу, від людей, які не хворі; тим не менш, ці два терміни часто використовуються взаємозамінно, особливо у повсякденному спілкуванні.[41] Карантин часто є неприємним досвідом для тих, хто проходить через нього. Розлука з близькими, обмеження волі, невпевненість щодо стану хвороби та нудьга можуть викликати всілякі негативні наслідки. В умовах пандемії стигматизація набуває загального розмаху та специфічних форм: від неї стали потерпати не тільки люди, відмінні від інших за ознаками соціальної ролі, зовнішності, способу життя, але навіть ті у кого просто виявляються легкі ознаки застуди. Своє ставлення до людей з ознаками ГРВІ, які в період пандемії без потреби перебувають на вулиці (у громадському місці), респонденти висловили таким чином: «вважаю таких людей соціально безвідповідальними» - 72,6%, «Мені все одно, кожен має захистити себе сам» - 12%, «вважаю, що це їхнє право» - 9,4%, «важко відповісти» - 6,1%.[25] Дані демонструють дуже серйозне ставлення людей до можливості захворювання від контактів із оточуючими. Такий великий відсоток засуджуючих потенційно заразних людей дозволяє судити про страхи й тривоги переважної кількості людей у період пандемії. У той же час це говорить про можливість стигматизації осіб, які не причетні до COVID-19 (наприклад, алергіків, у яких зовнішні ознаки захворювання ідентичні на ГРВІ).[41]

Фрустрація, пов'язана зі стигмою супроводжується агресією, страхом, тривогою, найчастіше спричиненими упередженнями, стереотипами та чутками. Що до хворих COVID-19, їх близьких, сусідів, а також лікарів, то ці категорії людей сьогодні нерідко опиняються в епіцентрі соціально-агресивної поведінки оточуючих.[46]

Вивчаючи причини схильності пацієнта до стигми, виділяють зовнішню стигматизацію (дискримінацію) та внутрішню (самостигматизацію) [47]. Перша формується під впливом негативного ставлення до хворих з боку лікарів, суспільства, а самостигматизація – прийняття ролі «негативно» хворого – внаслідок зниження самооцінки пацієнта під впливом дискримінації. У сучасній психологічній літературі стигматизованого визначають як людину, що не відповідає за будь-якими параметрами загальноприйнятим соціальним очікуванням та вимогам, та в наслідок цього є небажаною для громадської більшості, для якої даний індивід перетворюється на неповноцінну «зіпсовану» людину. Особливо яскраво це проявляється у відношенні осіб, котрі мають помітні зовнішні ознаки захворювань. Важливо зазначити, досліджені різноманітні поведінкові ознаки стигматизації, наприклад, до них відносять уникання, відкладання соціального спілкування; ставлення з підозрою та страхом до інших; критичні зауваження та звинувачення оточуючих. Соціальне відторгнення та зневага, навіть коли воно проявляється у більш м'яких формах, має болючий та негативний вплив на людей.[41] Ці наслідки соціальної травми можуть тривати довше, ніж фізична травма, і впливати на людей психологічно

Самостигматизація часто призводить до ізоляції навіть від найближчого оточення, обмеження особистісної життєдіяльності, знецінення своїх можливостей. Під час перебування в лікарні серед частих симптомів у пацієнтів із COVID–19 були відчуття жалю, обурення та роздратування, ознаки тривоги з можливими нападами паніки, фобіями й безсонням, а також депресії з відчуттям самотності й безпорадності [46]. Доведено, що внаслідок стигматизації у хворих на епілепсію у всіх вікових групах наочно присутнє

формування комплексу особистісної деформації, що характеризується «переважанням конформних установок, слабким самоконтролем та високою напруженістю, схильністю переносити відповідальність за власні невдачі на інших осіб, соціальною незрілістю, негативним ставленням у сферах досягнення, виробничих та міжособистісних відносин.

Спалахи важких вірусів, таких як SARS-CoV, можуть викликати страх, емоційні та культурні конфлікти та напруженість у медичних працівників на робочих місцях та у тих, хто надає безпосередню допомогу інфікованим пацієнтам. Цілком зрозуміло прагнення людей уникнути епідемічної інфекції та залишатися здоровим, однак важливо визнати, що воно призводить до соціального відторгнення та нехтування тими, хто пережив інфекцію або навіть контактував з нею.

Важливо зазначити, що за даними United nations Ukraine [49] жінки складають більшість медичних і соціальних працівників (82,8%) Через свою роботу, брак програм ППК у лікарнях та нестачу ЗІЗ вони наражаються на вищий ризик зараження. За оцінками уряду України, станом на 5 червня було інфіковано приблизно 6 тис. медичних працівників. Це пояснює, принаймні частково, вищий рівень інфікування COVID-19 серед жінок в Україні (58%) порівняно з чоловіками (42%), зареєстрований на цей час. Також медичну роботу в умовах пандемії супроводжують фізична й розумова перевтома та стрес; відсутність доступу до психосоціальної підтримки або послуг з охорони психічного здоров'я [2]. Оплату праці збільшено лише працівникам охорони здоров'я і частково соціальним працівникам, а не усім працівникам першої лінії. Працівниці першої лінії, особливо якщо вони є самотніми матерями, несуть велике навантаження через додаткові обов'язки з домашньої праці та праці з догляду, яку вони виконують у своїх сім'ях.

Масовий карантин може викликати почуття колективної істерії, страху та занепокоєння [3] у працівників охорони здоров'я, які працюють у лікарнях, стаціонарних та амбулаторних установах, великих центрах надання медичної допомоги, будинках престарілих та всіх ізоляторах. Медичні працівники, які

знаходяться в безпосередньому контакті з підтвердженими та підозрюваними випадками коронавірусу, вразливі як до інфекцій високого ризику, так і до проблем з психічним здоров'ям - вони стурбовані, налякані, відчують психологічну травму.[33] Проблема стигматизації людей, які опинилися у важкій життєвій ситуації, сьогодні умовах глобальної пандемії є надактуальною. Поширення захворювання, ініційованого вірусом COVID-19, саме собою несе безліч проблем, драматичних результатів, страхів та тривоги, а психологічне цькування, таврування людей, які стали мішенню вірусу, лише багаторазово посилює соціальну ситуацію, що склалася.

## ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ I

Труднощі та можливі невдачі в життєдіяльності за певних умов можуть призвести до виникнення у людини не лише психічних станів стресу та тривожності, а й стану фрустрації. Буквально цей термін означає переживання розладу (планів), знищення (замислів), аварії (надій), марні очікування, переживання провалу, невдачі. Проте фрустрація має розглядатися у тих витривалості стосовно життєвих труднощів і реакцій ці труднощі.

Стосовно особистості фрустрацію в загальному вигляді можна визначити як складний емоційно-мотиваційний стан, що виражається в дезорганізації свідомості, діяльності та спілкування і виникає в результаті тривалого блокування цілеспрямованої поведінки об'єктивно (або тими, що суб'єктивно сприймаються так) непереборними труднощами.

Фрустрація проявляється коли особисто значущий мотив залишається незадоволеним чи його задоволення гальмується, а почуття незадоволеності, що виникло в результаті цього, досягає ступеня виразності, перевищує «межу витривалості» конкретної людини, і виявляє тенденцію до стабілізації.

Можна виділити стани, типові реакції, які виникають у людей під впливом фрустраторів, тобто. перешкод, подразників, ситуацій, що

спричиняють фрустрацію. Типовими реакціями на вплив фрустраторів є агресія, фіксація, відступ і заміщення, аутизм, регресія, депресія та ін.

Якщо в людини часто повторюються фрустрація, то її особистість може набути деформаційних рис: агресивність, заздрість, озлобленість (при реагуванні на фрустрацію у формі агресії) або втрату ділового оптимізму і нерішучість (при реагуванні в формі аутоагресії), млявість, байдужість; персеверативність, ригідність (при реакції фіксації) і т. д. Приватний вихід із стану фрустрації шляхом зміни діяльності призводить до втрати наполегливості, працелюбності, посидючості, організованості, цілеспрямованості.

Особистісні реакції на хворобу і внутрішня картина хвороби при соматичних захворюваннях мають велике значення, впливають на поведінку соматичних хворих.

Ряд вчених звертають увагу на те, що хвороби різного роду часто викликають у інших людей бажання стигматизувати та відкинути людину. Варто зауважити, що стигматизація як негативний соціальний конструкт дає певні бонуси «здоровій» частини суспільства: можливість підвищення самооцінки, формування позитивної соціальної ідентичності, підвищення соціального статусу та контроль соціальних страхів, керування почуттям тривожності. Пандемії завдяки своїй стрімкості та некерованості призводять до того, що процес стигматизації набуває особливого розмаху та нових форм. Стигма стає тавром для всіх, хто має хоч якесь відношення до захворювання: хворі, їхні рідні та близькі, лікарі та середній медичний персонал. COVID 19 викликає велике занепокоєння у людей, що призводить до підвищеного рівня тривоги та стресу. Оскільки COVID-19 є новою хворобою руйнівні наслідки у світі, її виникнення та поширення викликає сум'яття, занепокоєння та страх серед широкого загалу. Як відомо, страх є живильним середовищем для ненависті та стигми. Вчені наполягають на необхідності уникати цієї стигми, оскільки вона може змусити людей приховувати їх хвороби і не одразу звернутися за медичною допомогою, яка, в свою чергу, призведе до значного

збільшення кількості хворих. Результати проведеного соціологічного опитування показали, що страх, побоювання, стигма відображається, коли людей запитують про повернення одужалих пацієнтів COVID-19 - основний потік суспільства. Такого роду стигма пов'язана з багатьма інфекційними захворюваннями. Адекватна поінформованість може мінімізувати стигму та прискорити процес завершення пандемії. В багатьох країнах людям, які потенційно можуть контактувати з інфекцією, було рекомендовано ізолювати себе вдома або у спеціальних карантинних об'єктах. Карантин часто є неприємним досвідом для тих, хто проходить через нього. Розлука з близькими, обмеження волі, невпевненість щодо стану хвороби та нудьги можуть викликати драматичні наслідки, до самогубств. Вчені справедливо підкреслюють, що потенційні вигоди від обов'язкового масового карантину необхідно ретельно порівняти з можливими психологічними витратами.

Вчені висловлюють переконання, що просвітницькі заходи щодо хвороби, поширення об'єктивної інформації про необхідності карантину та послуг системи охорони здоров'я, що надаються населенню може допомогти в зниженні стигми.

## **РОЗДІЛ II. Емпіричне дослідження рівня соціальної фрустрованості особистості внаслідок захворювання на COVID19**

### **2.1 Підходи до дослідження особистісного сприйняття захворювань як чинників фрустрації**

У наукових дослідженнях співвідношення особистості і хвороби розглядається зазвичай в двох аспектах: як система стосунків "особа і хвороба" - вивчаються роль особи в етіології захворювання, його течії, прогнозах, можливості реадaptaції - і як система стосунків "хвороба і особа" - розглядаються проблеми безпосередніх і опосередкованих соматогеній, що виникають у хворого в результаті важкого захворювання, при цьому досліджується вплив патологічного процесу та його здатність змінювати особистість.

Як складне структуроване явище, внутрішня картина хвороби включає декілька рівнів: сенситивний, емоційний, інтелектуальний, вольовий, раціональний. Як ми вже зазначали в першому розділі, ВКБ визначається не нозологічною одиницею, а особистістю людини, вона також індивідуальна і динамічна, як і внутрішній світ кожного з нас. При цьому існує ряд досліджень, що виявляють характерні особливості переживання хворим свого стану. Відношення до хвороби досліджують як в діагностичній бесіді так і з використанням спеціальних анкет та опитувальників. Це дає можливість будувати більш чітку стратегію взаємодії з хворим, прогнозувати деякі особистісні особливості щодо комплаєнсу та відношення до ліків. Перелічимо деякі методики, які використовуються у наукових дослідженнях останнього часу.

ТОБОЛ (тип ставлення до хвороби) – клінічна тестова методика, спрямована на діагностику типу відношення до хвороби. Відмінною особливістю тесту, що впливає з початкового задуму та організації

валідизації, є незвичайна структура: методика складається зі списків тверджень, у кожному з яких респондентові необхідно вибрати 1 або 2 (на відміну від тестів, у яких потрібно відповісти на низку запитань так/ні, або ступенем згоди із затвердженням).

Рисункова методика оцінки впливу хвороби та симптомів (МОБіС, Садацька та ін., 2000), яка є російськомовною версією інструменту PRISM (Bucchi et al., 1998; Bucchi, Sensky, 1999) і спрямована на скринінгову діагностику ставлення до хвороби (Расказова, Єніколопов, 2016)

Також потрібно згадати опитувач уявлень про тіло та здоров'я (Cognition about Body and Health Questionnaire, САВАН, Rief et al., 1998, Расказова та ін., 2014), опитувач сприйняття хвороби (The illness perception questionnaire Weinman et al., IPQ-R 1996, Расказова, 2016).

В даній роботі використовувалась методика «Опитувач А. І. Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби» - клініко-психологічна тестова методика, призначена для визначення суб'єктивного сприйняття ступеня впливу соматичного захворювання на спосіб життя хворого, що, на нашу думку добре відповідає темі.

Іншим феноменом, що розглядається в роботі є соціальна фрустрованість яка є значущим фактором такого явища, як якість життя. Її часто розглядають в зв'язку з такими концепціями як реакція на стрес та способи адаптації. В цих напрямках розроблено велику кількість методів дослідження. Можна згадати методики експрес-діагностики, створені Віктором Бойком у середині 1990-х років, де, однією з категорій є вивчення рівня фрустрації, наближену за змістом методику «Психічні стани особистості (Джерсайлд)», коротку версію опитувальника якості життя та задоволеності Quality of Life and Enjoyment Questionnaire (Ritsner et al., 2005, Расказова, 2012), яка дозволяє діагностувати та зіставити суб'єктивне благополуччя та якість життя у сфері здоров'я, емоційній сфері, активності у вільний час та соціальній сфері. Але саме щодо соціальної фрустрації в сучасних дослідженнях найчастіше використовують дві методики.

Перша - «Експериментально-психологічна методика вивчення фрустраційних реакцій С. Розенцвейга» (модифікація НДІ ім. В.В. Бехтерева)), про яку ми вже згадували в першому розділі. Стимулююча ситуація цього методу полягає у схематичному контурному малюнку, на якому зображені дві людини або більше, зайняті ще не закінченою розмовою. Зображені персонажі можуть відрізнятися за статтю, віком та іншими характеристиками. Спільним для всіх малюнків є знаходження персонажа у фрустраційної ситуації. Методика складається з 24 малюнків.

Друга методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л.І.Вассермана (Модифікація В. В. Бойка), що була застосована в дослідженні в даній роботі та більш детально описана нижче.

Методика «Опитувальник А.І. Сердюка»

Цей формалізований опитувач, що дозволяє виділити та кількісно оцінити вплив хвороби на різні сфери життя та соціального статусу хворих. Був створений А.І. Сердюком в 1994 році на підставі обстеження внутрішньої картини хвороби близько 2 тисяч хворих як з яскравими психосоматичними захворюваннями, так і з суто тілесними. З'ясувалося, що міра суб'єктивного сприйняття впливу захворювання на образ життя абсолютно не залежало від традиційного віднесення захворювання до "психосоматичних" або ні.

Опитувач складається з 10 питань-стверджень та 5 варіантів відповідей на кожен. Нижче приведені опитування так, як вони застосовувались нами задля дослідження, тобто російською мовою.

Таблица 2.1

## Бланк опитувача А.І. Сердюка

	Наверняка нет (1)	Скорее нет (2)	Не знаю (3)	Пожалуй да (4)	Безусло вно да (5)
1.Из-за болезни я не могу работать с прежней работоспособностью, стал(а) слабым(ой), немощным(ой), сам(а) себе неприятен(а)					
2.Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, чувствую, что надоел(а) родным со своей болезнью					
3.Из-за болезни приходится себя во многом ограничивать, боюсь употреблять спиртное, ограничиваю себя в еде, избегаю ходить в гости, отказываю себе в развлечениях					
4.Из-за болезни ухудшились отношения на работе, чувствую, что сотрудники стали хуже относиться ко мне, не сочувствуют, и даже придираются					
5.Считаю, что у меня меньше свободного времени, чем у здоровых людей, из-за болезни много времени уходит на лечение, больницы					
6.Из-за болезни не могу работать там, где хочу. Моя болезнь мешает мне занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру					
7.После того, как заболел(а), замечаю изменения в своей внешности, стал(а) некрасивым(ой), неприятным(ой) для окружающих					
8.Моя болезнь сделала меня несчастным(ой), заставляет чувствовать себя не таким(ой), как все					
9.Моя болезнь мешает мне общаться с окружающими, чувствую, что отдаляюсь от людей					
10.Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб, вынуждает тратить средства на лечение, не дает					

Методика «Рівень соціальної фрустрованості».

Розроблена в 2004 році в НДПНІ ім. Бехтерева Л.І. Вассерманом, Б.В. Іовлевим і М.А.Беребіним. Методика є оригінальним інструментом для медико-соціальних досліджень, спрямованих на виявлення змістовних критеріїв і параметрів для оцінки порушень взаємодії особистість-середовище, які можна розглядати як чинники ризику порушень психічної адаптації і змін якості життя обстежуваних. На думку авторів, порушення взаємодії особистість-середовище, соціальні конфлікти, поза сумнівом, відіграють істотну роль в психогенезі пограничних нервнопсихических, психосоматичних розладів і саморуйнівної поведінки. Тому виділення і кваліфікація соціальних чинників як чинників ризику порушення здоров'я є важливим медико-психологічним завданням, успішному вирішенню якого може сприяти оцінка змісту і вираженості соціальної фрустрованості.

Унікальність обраної нами методики полягає в по'єднанні медико-соціологічного анкетування з пропозицією проранжувати певні ланки соціального життя по параметру значущості для респондента. Методику можна використовувати як для складання індивідуального профілю клієнта задля розуміння цілей та складання стратегії і тактики психотерапевтичного супроводу, так і в масових дослідженнях певних категорій респондентів для оцінки впливу тих чи інших факторів на актуальний психічний стан певного суспільства. Методика складається з бланку соціологічної анкети, що складається з 20 позицій, що відбивають формально-демографічні характеристики обстежуваних, специфіку і умови їх зайнятості; анкета придатна для кодування і архівації у банку психодіагностичної інформації; вона може бути доповнена відповідно до потреб конкретного дослідження, та з реєстраційного бланку до основного варіанту методики - власне шкали РСФ1 з оцінною системою у балах та список з 20 тем, що стосуються "незадоволення" різними сферами взаємовідносин особистість-середовище (РСФ- 2), цей список пропонується випробовуваному для ранжируваної оцінки в порядку зменшення суб'єктивної значущості вказаних сфер стосунків

в реальній (актуальною) життєвій ситуації. Далі приведено анкети саме так, як вони використовувались в ході нашого дослідження, в тому числі, російською мовою (табл. 2.2 та 2.3).

Таблиця 2.2

## Бланк опитувальника «РСФ 1»

Сферы социального функционирования	Удовлетворён полностью	Скорее удовлетворён	Трудно сказать	Скорее неудовлетворён	Совершенно неудовлетворён
1. Вдоволеність взіємовідносинами з дружиною/чоловіком					
2. Вдоволеність взаємовідносинами з батьками					
3. Вдоволеність взаємовідносинами з дітьми					
4. Вдоволеність взаємовідносинами з родичами					
5. Вдоволеність взаємовідносинами з друзями					
6. Вдоволеність взаємовідносинами з протилежною статтю					
7. Вдоволеність взаємовідносинами с колегами по роботі					
8. Вдоволеність взаємовідносинами з адміністрацією					
9. Вдоволеність власною освітою					
10. Вдоволеність рівнем професійної підготовки					
11. Вдоволеність сферою професійної діяльності					
12. Вдоволеність роботою в цілому					
13. Вдоволеність матеріальним становищем					
14. Вдоволеність житлово-побутовими умовами					
15. Вдоволеність проведенням вільного часу					
16. Вдоволеність власним положенням в суспільстві					
17. Вдоволеність своїм фізичним станом					
18. Вдоволеність власним психоемоційним станом					
19. Вдоволеність власною працездатністю					
20. Вдоволеність власним способом життя в цілому					

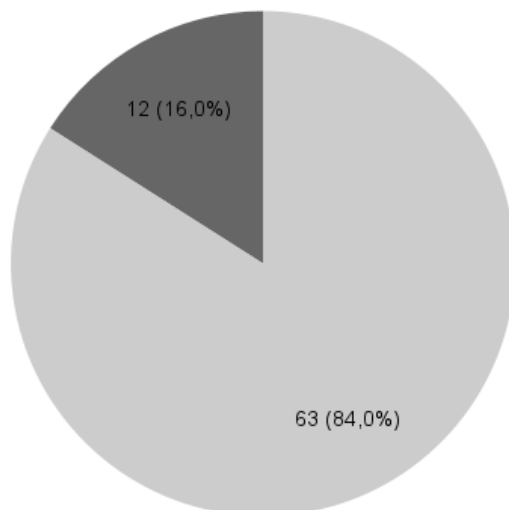
Таблиця 2.3

## Бланк опитувальника «РСФ 2»

1. Невдоволеність взаємовідносинами з дружиною/чоловіком	
2. Невдоволеність взаємовідносинами з батьками	
3. Невдоволеність взаємовідносинами з дітьми	
4. Невдоволеність взаємовідносинами з родичами	
5. Невдоволеність взаємовідносинами з друзями	
6. Невдоволеність взаємовідносинами з протилежною статтю	
7. Невдоволеність взаємовідносинами з колегами по роботі	
8. Невдоволеність взаємовідносинами з адміністрацією по роботі	
9. Невдоволеність власною освітою	
10. Невдоволеність рівнем професійної підготовки	
11. Невдоволеність сферою професійної діяльності	
12. Невдоволеність роботою в цілому	
13. Невдоволеність матеріальним становищем	
14. Невдоволеність житлово-побутовими умовами	
15. Невдоволеність проведенням вільного часу	
16. Невдоволеність власним положенням в суспільстві	
17. Невдоволеність власним фізичним станом	
18. Невдоволеність власним психоемоційним станом	
19. Невдоволеність власною працездатністю	
20. Невдоволеність власним способом життя в цілому	

## 2.2 Організація та проведення емпіричного дослідження

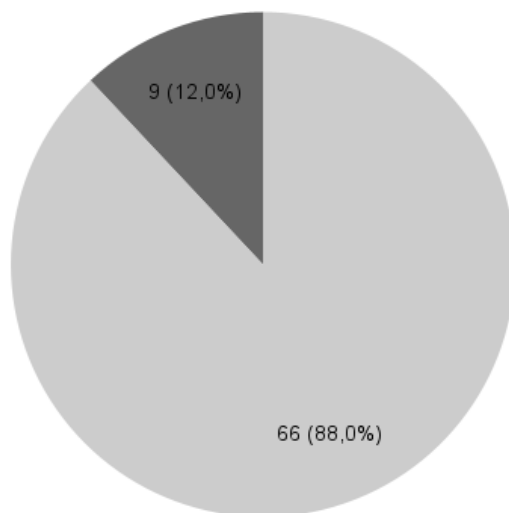
Дослідження проводилося в листопаді 2021 року на території України в онлайн форматі за допомогою розробленої гугл-форми. Всього в дослідженні прийняли участь 75 респондентів. З них 63 жінки, що дорівнює 84 % респондентів та 12 чоловіків, що дорівнює 16%. Нажаль за статевою приналежністю не вдалося провести статистичного аналізу, через те, що групи дуже не відповідні за кількістю. Схематичне зображення розподілу за цим параметром серед респондентів можна побачити на діаграмі, що зображена на рис 2.1



*Рис 2.1* Стать респондентів

Вік респондентів, які прийняли участь у дослідженні склав від 21 до 67 років.

Опитуваним було запропоновано оцінити форму перебігу хвороби, обравши з варіантів «легка» або «важка». Результати суб'єктивної оцінки такі: легка – 66 чоловік (88%), важка – 9 чоловік (12%).



*Рис 2.2* Форма захворювання

Потрібно зазначити, що значущім питанням в соціальному плані стало те, як респонденти обирали чи робити вакцинацію проти Covid 19. На це впливало на наш погляд, багато факторів, наприклад з одного боку надшвидка

розробка вакцин та доступ до складної, потребуючої професійної підготовки, суперечливої інформації щодо можливих наслідків застосування. З іншого боку соціальний та правовий тиск, обмеження використання місць загального користування та громадського транспорту, обов'язкове вакцинування для працівників громадських організацій також були в змозі створювати помітний вплив на прийняття цього рішення. На питання щодо добровільності проведеної вакцинації опитуваним було запропоновано три варіанти відповіді «добровільно вакцинувався», «не вакцинувався», «вакцинувався в результаті обмежувальних заходів». Розподіл відбувся таким чином: «добровільно вакцинувався» - 36 осіб (48%), «вакцинувався в результаті обмежувальних заходів» - 16 осіб (21,3%), «не вакцинувався» - 23 особи (30,7%). Для можливості здійснення аналітичних обчислювань ми сформували дві групи респондентів. За параметром добровільної згоди на вакцинацію в групу згодних увійшло 36 осіб, в групу тих, що вакцинувались примусово або не вакцинувались на момент тестування 39 осіб.

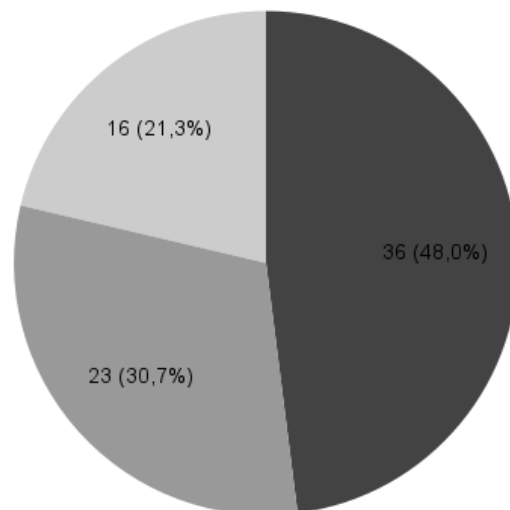
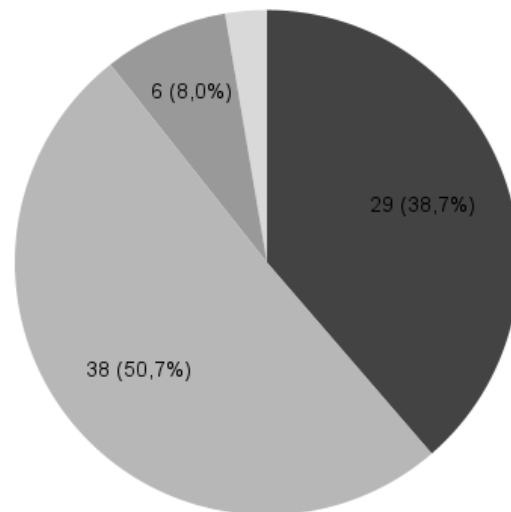


Рис 2.3 Добровільність згоди на вакцинацію

Важливим параметром в методиках дослідження соціальної фрустрованності та відношення до хвороби виступає соціальний статус та соціальні зв'язки. Тому нами було припущено, що може бути важливим, чи є людина найманим працівником і, таким чином, може відчувати, наприклад,

збільшений вплив соціального відношення до пандемії та прийнятих в зв'язку із нею обмежень, або ж, навпаки, самостійно відповідає за працевлаштування, але, як варіант, може відчувати збільшений тиск економічної відповідальності. За формою працевлаштування респонденти розподілились таким чином: найманий працівник – 38 осіб (50,7%), самозайнята особа – 29 чоловік (38,7%), не працюючий – 6 осіб (8%), пенсіонер – 2 особи (2,7%). Цей розподіл наочно можна побачити на діаграмі, що зображена на рис. 2.4. Для статистичного аналізу було сформовано дві групи за ознакою працевлаштування. В першу групу найманих працівників увійшло 38 осіб, друга група відповідаючих самостійно за працевлаштування склалася з 37 осіб.



*Рис 2.4* Форма працевлаштування респондентів

Додатково в інтересах дослідження результати відповідей респондентів були сформовані в групи за такими ознаками. Чи хворіли на COVID 19 в так звану першу хвилю (сюди увійшли респонденти, що стверджували, що хворіли весною-літом 2020 року та восени 2020 – взимку 2021 року), або в другу хвилю (весна –літо 2021 року та осінь 2021 року). В першій групі 41 особа, в другій 34 відповідно. Див. рис 2.5

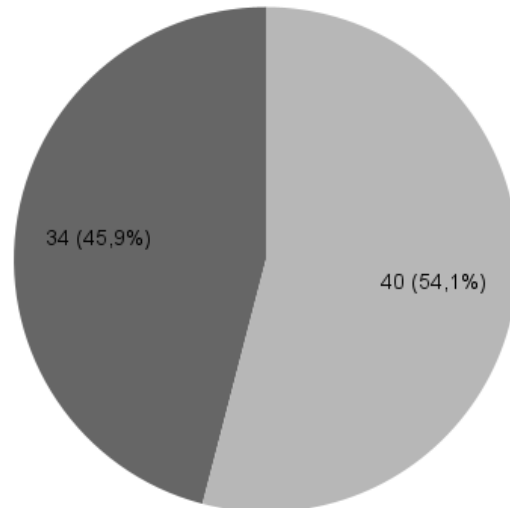


Рис 2.5 Розподіл за хвилину захворюваності

Для того, щоб перейти до аналізу даних виконаного дослідження, потрібно перевірити надійність та узгодженість шкал тих методик, які ми використали. Для цього розраховуємо аналіз надійності та узгодженості шкали методики «Отношение к болезни. Опитувальник А.И. Сердюка» (див.табл. 2.4.) та аналіз надійності та узгодженості шкали методики «Уровень социальной фрустрированности 1 та 2»; (див. табл. 2.5.та 2.6 відповідно).

Таблица 2.4

Статистика надійності методики «Опитувальник А.И. Сердюка»

Шкали Опитувальник А.И. Сердюка	Cronbach's $\alpha$ (бали)	McDonald's $\omega$
1 Из-за болезни я не могу работать с прежней работоспособностью, стал(а) слабым(ой), немощным(ой), сам(а) себе неприятен(а)	0.908	0.911
2 Болезнь осложняет взаимоотношения в моей семье, чувствую, что надоел (а) родным со своей болезнью	0.913	0.917
3 Из-за болезни приходится себя во многом ограничивать, боюсь употреблять спиртное, ограничиваю себя в еде, избегаю ходить в гости, отказываю себе в развлечениях	0.910	0.915
4 Из-за болезни ухудшились отношения на работе, чувствую, что сотрудники стали хуже относиться ко мне, не сочувствуют, даже придираются	0.908	0.912
5 Считаю, что у меня меньше свободного времени, чем у здоровых людей, из-за болезни много времени уходит на лечение, больницы	0.917	0.922

6 Из-за болезни не могу работать там, где хочу. Моя болезнь мешает мне занять лучшее положение в обществе, сделать карьеру	0.905	0.910
7 После того, как заболел(а), замечаю изменения в своей внешности, стал(а) некрасивым(ой), неприятным(ой) для окружающих	0.909	0.914
8 Моя болезнь сделала меня несчастным(ой), заставляет чувствовать себя не таким(ой), как все	0.902	0.904
9 Моя болезнь мешает мне общаться с окружающими, чувствую, что отдаляюсь от людей	0.902	0.907
10 Болезнь наносит мне значительный материальный ущерб, вынуждает тратить средства на лечение, не дает возможности больше зарабатывать	0.914	0.918

Як бачимо з таблиці 2.4 усі шкали «Опитувальника А.І. Сердюка» мають дуже високий рівень узгодженості. Про це свідчить показник альфа Кронбаха, який взагалі для питань методики має значення 0.917. Щоб оцінити надійність шкал у цій методиці ми також розрахували показник омега Макдональда. Загальний показник омега Макдональда за шкалами по всій методиці також на високому рівні – 0.921.

Таблиця 2.5

## Статистика надійності методики «РСФ 1»

Шкала РСФ1	Cronbach's $\alpha$ (бали)	McDonald's $\omega$ (бали)
Вдоволеність відносинами з рідними та близькими	0.845	0.848
Вдоволеність найближчим соціальним оточенням	0.818	0.822
Вдоволеність своїм соціальним статусом	0.849	0.855
Вдоволеність соціально-економічним положенням	0.872	0.878
Вдоволеність своїм здоров'ям та працездатність	0.875	0.879

Таблиця 2.6

## Статистика надійності методики «РСФ 2»

Шкала РСФ 2	Cronbach's $\alpha$ (бали)	McDonald's $\omega$ (бали)
Вплив невдоволеності відносинами з рідними та близькими	0.881	0.885
Вплив невдоволеності найближчим соціальним оточенням	0.838	0.853
Вплив невдоволеності своїм соціальним статусом	0.833	0.839
Вплив невдоволеності соціально-економічним положенням	0.856	0.861
Вплив невдоволеності своїм здоров'ям та працездатністю	0.868	0.873

Друга методика, яка нами використовувалася для проведення дослідження – методика «Рівень соціальної фрустрованості», яка має два бланки для опитування, які саме так і називаються 1 та 2 .

В першій частині методики РСФ 1 нами було проаналізовано 5 тематичних блоків по 4 питання у кожному за якими іде оцінювання шкал за надійністю та узгодженістю, а саме: Вдоволеність взаємовідносинами з рідними і близькими (з дружиною, чоловіком, батьками, дітьми); вдоволеність найближчим соціальним оточенням (друзями, колегами, начальством, протилежною статтю); вдоволеність своїм соціальним статусом (освітою, рівнем професійної підготовки, сферою професійної діяльності, роботою в цілому); вдоволеність соціально-економічним положенням (матеріальним становищем, житлово-побутовими умовами, проведенням вільного часу і відпочинку, своїм становищем в суспільстві); вдоволеність своїм здоров'ям і працездатністю. Як ми бачимо із таблиць 2.5 та 2.6, всі шкали обох опитувальників, як номер 1 так і номер 2 набрали високі бали і за показником альфа Кронбаха, так і за показником омега Макдональда. Найнижчий бал має

шкала вдоволеності соціальним статусом, що становить 0.818 та 0.822 балів відповідно. В цілому шкала РСФ 1 має 0,879/0,882 бали.

Друга частина методики РСФ 2 має шкалу впливу незадоволеності різними п'ятьма сферами соціального життя, тобто наскільки сильно респондент відзначає незадоволеність своїм станом в даному напрямку, та наскільки високо його ставить в пріоритет. Маємо ті ж напрямки, що й в попередній методиці. Друга шкала також показує високий рівень надійності та узгодженості. Найменший показник за методиками оцінювання альфа Кронбаха та омега Макдональда має знову ж шкала впливу невдоволеності своїм соціальним статусом, але потрібно зазначити, що насправді він є доволі високим, 0,833/0,839 балів відповідно, що дає нам змогу наполягати на тому, що методика є доволі надійною та може використовуватись у дослідженні. Загальний показник альфа Кронбаха/омега Макдональда по шкалі РСФ 2 становить 0,881/0,886 балів.

Перейдемо безпосередньо до розгляду результатів та статистичних даних, що ми отримали на протязі дослідження. В усьому дослідженні немає пропусків, тобто всі 75 респондентів відповіли на всі запитання.

Нижче можна ознайомитись з даними, які ми використовували на протязі статистичного аналізу в даній роботі. Описові статистичні дані щодо методики «Рівень соціальної фрустрованості 1» наведені в таблиці 2.7.

За методикою «РСФ 1» було встановлено, що 2.6% опитуваних відмічають визначену і цілком виразну високу соціальну фрустрованість, 5.3% - визначену повну відсутність соціальної фрустрованості, 25.3% виразно не декларують наявності соціальної фрустрованості, 33.3% знаходяться в зоні невизначеної оцінки своєї наявної соціальної фрустрованості. І лише 14.6 відсотків респондентів відзначають чіткий помірний рівень.

Найбільш важливою та помітною є Невдоволеність щодо відносин з дружиною/чоловіком, адміністрацією по роботі, с дітьми, з батьками, та

завершує п'ятірку найвпливовішої невдоволеності ставлення до свого положення в суспільстві.

Таблиця 2.7

## Описові статистичні дані методики «РСФ 1»

	Загальний рівень фрустрації	Вдоволеність відносинами з рідними та близькими	Вдоволеність найближчим соціальним оточенням	Вдоволеність своїм соціальним статусом	Вдоволеність соціально-економічним положенням	Вдоволеність своїм здоров'ям та працездатністю
Кількість відповідей	75	75	75	75	75	75
Середнє значення	2.65	2.57	2.60	2.54	2.77	2.79
Медіана	2.53	2.50	2.33	2.25	2.75	2.75
Стандартне відхилення	0.850	1.11	1.14	1.05	0.886	0.970
Мінімум	1.27	1.00	1.00	1.00	1.25	1.00
Максимум	4.70	5.00	5.00	5.00	4.50	4.75
Shapiro-Wilk W	0.959	0.921	0.930	0.939	0.966	0.963
Shapiro-Wilk p	0.015	< .001	< .001	0.001	0.041	0.028

Потрібно зазначити, що нормальне розподілення мають дані, отримані за допомогою опитувальника «РСФ 1» за шкалами Загальний рівень фрустрації, Вдоволеність соціально-економічним становищем, та Вдоволеність своїм здоров'ям і працездатністю. Ми можемо це побачити по показнику Shapiro-Wilk p, що перевищує значення 0,05. Значення по трьох інших шкалах (Вдоволеність відносинами з рідними та близькими, Найближчим соціальним оточенням, Соціальним статусом) менше 0,05, що вказує на невідповідність критерію нормального розподілення.

Щодо показників за методикою «РСФ 2», то тут критерію нормального розподілення відповідають результати за шкалами Вплив невдоволеності соціально-економічним положенням та Вплив невдоволеності своїм здоров'ям та працездатністю. Шкали Вплив невдоволеності відносинами з рідними та близькими, Вплив невдоволеності найближчим соціальним оточенням та Вплив невдоволеності своїм соціальним статусом мають показник Shapiro-Wilk  $p$  менший 0.05, що становить 0.006, 0.007 та 0.012 відповідно. Більше описових даних за цією методикою наведено в таблиці 2.8

Таблиця 2.8

Описові статистичні дані методики «РСФ 2»

	Вплив невдоволеності і відносинами з рідними та близькими (1)	Вплив невдоволеності і найближчим соціальним оточенням (2)	Вплив невдоволеності і своїм соціальним статусом (3)	Вплив невдоволеності і соціально-економічним положенням (4)	Вплив невдоволеності своїм здоров'ям та працездатністю (5)
Кількість відповідей	75	75	75	75	75
Середнє значення	8.76	9.69	10.0	9.45	10.1
Медіана	8.25	10.0	10.0	9.25	9.50
Стандартне відхилення	5.83	5.56	5.71	4.56	4.93
Мінімум	0.00	0.00	0.500	1.25	1.25
Максимум	20.0	20.0	20.0	20.0	19.8
Shapiro-Wilk W	0.951	0.953	0.957	0.978	0.967
Shapiro-Wilk p	0.006	0.007	0.012	0.215	0.051

Описові характеристики результатів за методикою «Опитувальник А.І.Сердюка» наведено в таблиці 2.9. Можемо побачити, що результати за всіма шкалами цього опитувальника мають розподіл значень, що не відповідає

критерію нормальності, показник Shapiro-Wilk  $p$  в кожній з них є меншим за 0.05.

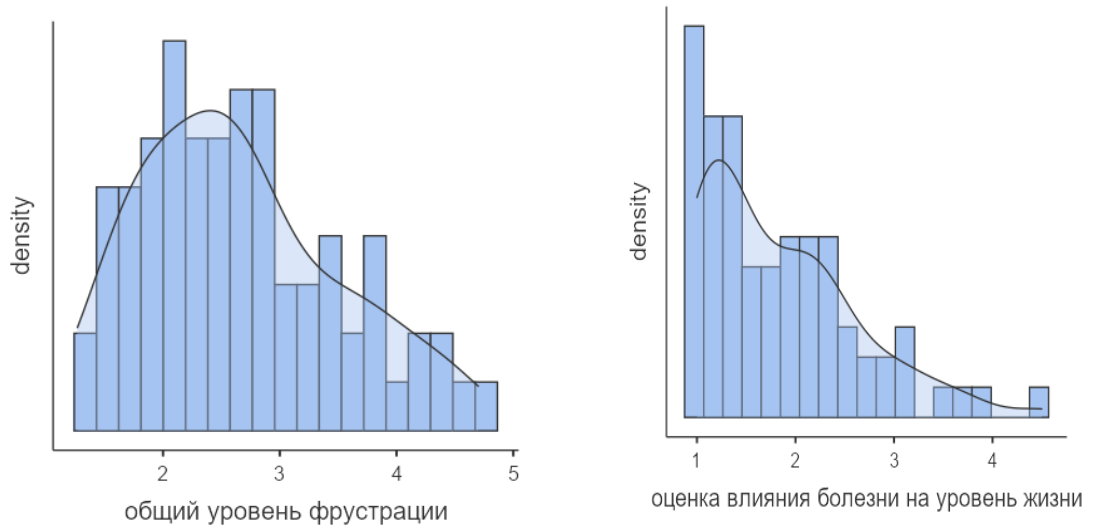
Таблиця 2.9

Описові статистичні дані методики «Опитувальник А.І. Сердюка»

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Оцінка впливу хвороби на рівень життя
Кількість відповідей	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
Середнє значення	2.40	1.64	1.91	1.56	1.71	1.65	1.84	1.71	1.77	2.04	1.82
Медіана	2	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1.60
Стандартне відхилення	1.27	0.939	1.13	0.904	0.927	0.993	0.987	0.927	1.12	1.17	0.790
Мінімум	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1.00
максимум	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4.50
Shapiro-Wilk W	0.866	0.706	0.746	0.667	0.736	0.684	0.792	0.736	0.709	0.789	0.889
Shapiro-Wilk $p$	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001

В результаті аналізу стало зрозуміло, що середнє значення загального рівня фрустрації в вибірці 2.65. Згідно методичних вказівок це рівень початку зони невизначеної оцінки. Графічне зображення розподілу загального рівня фрустрації можна побачити на рис. 2.5.

Можна наочно побачити доволі різкий підйом до середнього значення, а далі більш розтягнутий спад. Тобто значна більшість респондентів скоріш знаходиться в зоні зниженої соціальної фрустрації, тобто або наявна певна повна відсутність соціальної фрустрованості (значення до 1,5), або соціальна фрустрованість виразно не декларується (значення від 1,5 до 2,5).

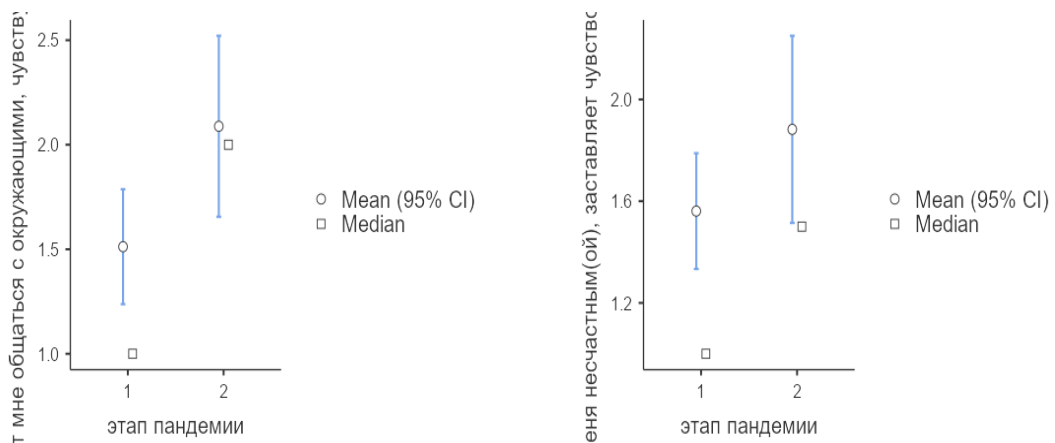


*Рис. 2.5* Гістограми, відображаючі розподіл за шкалами загальний рівень фрустрації згідно методики «РСФ» та оцінка впливу хвороби на рівень життя за методикою «Опитувальник А.І. Сердюка»

Оцінка впливу хвороби на рівень життя (гістограма розподілу відповідей за шкалою зображена на рис. 2.5) має медіану в точці 1.60. це свідчить про те, що більшість респондентів суб'єктивно оцінює вплив перенесеного захворювання на COVID 19 на рівень життя як низький та незначний.

Ми вирішили дослідити зміну ставлення до хвороби як чинника соціальної фрустрації впродовж часу. Гіпотеза була такою, що з часом фрустрація від перенесеної хвороби зменшується. Проаналізувавши результати методики «Опитувальник А.І. Сердюка» за групами хвили захворювання ми встановили статистично значущі зміни за шкалами «8. Моя хвороба зробила мене нещасним, змушує почуватися не таким, як усі» та «9. Моя хвороба заважає мені спілкуватися з оточуючими, відчуваю, що відсторонююсь від людей». Під час перевірки гіпотези про середні було встановлено, що респонденти, що хворіли в першу хвили (тобто раніше) оцінювали що хвороба напевно не вплинула за цими параметрами ( $MD=1$ ,  $SD=0.898$  щодо шкали 8, та  $MD=1$ ,  $SD=0.743$  щодо шкали 9), тоді як хворі

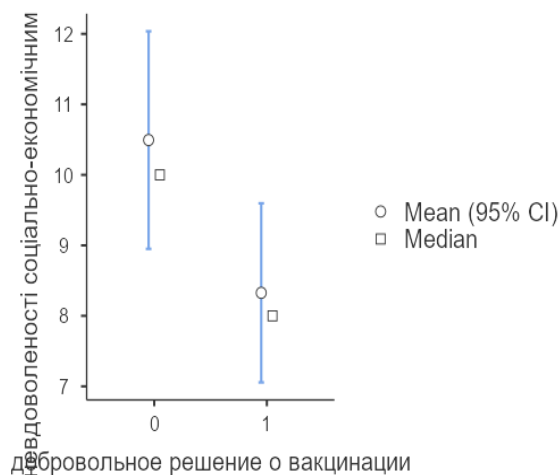
другої хвилі частіше відповідали з сумнівами ( $MD=2$ ,  $SD=1.29$  щодо шкали 8, та  $MD=1,5$ ,  $SD=1,09$  щодо шкали 9) Зв'язок, що був встановлений, можна охарактеризувати як слабше слабкого  $0,124 < 0.2$  для шкали 8, та як слабкий  $0,2 < 0,241 < 0,5$  для шкали 9. Тобто згодом іноді люди починали почувати себе краще та більш впевнено щодо свого почуття щастя та причетності до оточуючих. Наочно розподіл показано на рис 2.6.



*Рис. 2.6* Результати перевірки гіпотези про середні у групах за шкалами 8 та 9 методики «Опитувальник А.І. Сердюка», створених за фактором етапу пандемії

Гіпотезою, щодо добровільності вакцинування, було припущення, що на такий спосіб люди, окрім іншого, намагались вплинути на рівень внутрішнього напруження, пов'язаного з обмеженнями, які супроводжували соціально-економічну ситуацію, що утворилася завдяки виникненню пандемії та карантинних заходів. Тобто, добровільна вакцинація може повертати відчуття впливу на те, що відбувається, зменшувати відчуття знесилля і таким чином зменшувати рівень фрустрації. За параметром добровільності вакцинації ми проаналізували відповіді на питання щодо вдоволеності своїм статусом та соціально-економічним положенням (туди увійшли шкали з 9 по 16 включно, а також вплив незадоволення соціально-економічним положенням та своїм статусом у суспільстві). В результаті проведеного

аналізу при перевірці гіпотези про середні було встановлено, що у людей, які добровільно вакцинувалися рівень невдоволення своїм соціально-економічним положенням і занепокоєння, викликане їм, виявився нижчим, ніж у людей що не вакцинувалися добровільно (критерій Student's  $t = 2.11$ , Shapiro-Wilk  $p = 0.432$ , Leven's  $p = 0.156$ ), було виявлено слабкий ефект Cohen's  $d = 0.487$ . Наочне зображення можна побачити на рис. 2.7

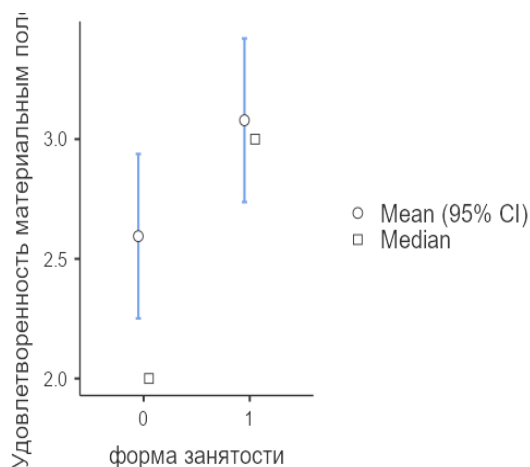


*Рис. 2.7* Результати перевірки гіпотези про середні у групах за шкалою Невдоволеності соціально-економічним положенням за методикою «РСФ 1», утворених за фактором добровільного рішення щодо вакцинації

До групи питань про відносини з рідними та близькими увійшли питання щодо відносин з дружиною (чоловіком), з батьками, з дітьми, родичами. Ми припускаємо, що під час пандемії та обмежувальних карантинних заходів та змін умов роботи та масовим переводом до онлайн формату там, де це можливо, значна кількість людей приділяє збільшену увагу відносинам в сім'ї або переймається самотністю, що також підсилює відчуття фрустрації у цій групі питань. Також важливим чинником фрустрації може бути неможливість виходу з дому, якщо хтось з членів сім'ї має позитивний результат тестування на COVID 19 та вимушене спільне перебування на обмеженій території. ми вирішили дослідити шкалу «Вдоволеність отношениями с родственниками» за

двома групами – найманими працівниками та тими, хто опікується своєю працею самостійно. В результаті проведеного аналізу при перевірці гіпотези про середні було встановлено, що наймані працівники менш задоволені своїми відносинами з родичами ніж ті, хто опікується своєю працею самостійно (критерій Mann-Whitney  $p = 0.030$ , Shapiro-Wilk  $p = 0.001$ ), було виявлено слабкий ефект rank biserial correlation 0.254.

Також мали гіпотезу, що відрізнятиметься рівень вдоволеності своїм матеріальним положенням у групах найманих та самозайнятих працівників. Проведене дослідження підтверджує гіпотезу, та наочно показує, що самозайняті працівники в умовах пандемії більш задоволені своїм матеріальним рівнем аніж наймані (критерій Student's  $t = 0.027$ , Shapiro-Wilk  $p = 0.056$ , Leven's  $p = 0.780$ ), було виявлено слабкий ефект Cohen's  $d = 0.452$ . Наочне зображення можна побачити на рис. 2.8)



*Рис. 2.8* Результати перевірки гіпотези про середні у групах за шкалою «Вдоволеність матеріальним становищем» методики «РСФ 1», створених за фактором форми працевлаштування

Встановлено позитивну кореляцію між показником вдоволеності своїм здоров'ям та працездатністю за методикою РСФ 1 та суб'єктивним сприйняттям міри впливу соматичного захворювання на спосіб життя хворого,

що ми вимірювали за допомогою методики «Опитувальник А.І. Сердюка». Виявлено стійкий зв'язок: Pearson's  $r$  0.331,  $p$ -value 0.002. Цей момент зацікавив і ми вирішили подивитись кореляцію більш детально за шкалами методик. Було виявлено сильний зв'язок між суб'єктивним сприйняттям міри впливу захворювання на спосіб життя («Опитувальник А.І. Сердюка») та шкалами РСФ 1 «Вдоволеність своїм психоемоційним станом» Spearman  $\rho$   $r$  0.363,  $p$ -value  $<0.001$ . Менший, але статистично значущий зв'язок з «Вдоволеність своїм фізическим состоянием» Spearman  $\rho$   $r$  0.259,  $p$ -value 0.012 та «Вдоволеність своїм образом жизни в целом» Spearman  $\rho$   $r$  0.264,  $p$ -value 0.011.

Наші припущення відносно виявлених закономірностей полягають в тому, що, можливо, таким чином проявляє себе так званий депресивний ковідний хвіст або ж астеничний стан, що згадують у деяких дослідженнях та статтях. Це питання може бути задачею наступного розгорнутого дослідження.

## **Висновки до розділу II**

В ході аналізу даних, які ми отримали в ході дослідження, вдалося встановити, що середній рівень загальної фрустрації по нашій виборці становить 2,65, тобто, згідно методичних вказівок до методики більшість респондентів суб'єктивно відмічає несуттєвий рівень соціальної фрустрації, пов'язанної з захворюванням COVID 19. Середній показник оцінки впливу хвороби на життя дорівнює 1,6, що свідчить про суб'єктивну оцінку хвороби як незначного чинника змін в соціальному житті респондентів. Однак, потрібно зазначити, що у виборці були респонденти, які отримали за цією шкалою 4,5 балів, що є максимум по нашій виборці, тобто оцінюють вплив хвороби на життя як значущий та негативний.

За методикою «РСФ» було встановлено, що 2.6% опитуваних мають високу соціальну фрустрованість. Цей рівень може вказувати на наявність значущих стресогенних факторів в житті респондентів, у випадку

діагностики такого рівня соціальної фрустрованості рекомендована консультація спеціаліста. 5.3% респондентів відмічають - визначену повну відсутність соціальної фрустрованості. Згідно з авторами методики це може означати роботу такого захисного механізму психіки, як заперечення та бути непрямомою ознакою астеничного або навіть депресивного стану, такий показник рівня соціальної фрустрованості говорить, що респондент потребує уваги спеціаліста. 25.3% виразно не декларують наявності соціальної фрустрованості, 33.3% знаходяться в зоні невизначеної оцінки своєї наявної соціальної фрустрованості. І лише 14.6 відсотків респондентів відзначають чіткий помірний рівень. Саме цей рівень свідчить про здатність адекватно реагувати на виклик навколишнього середовища та творчо пристосовуватись до змін. Тобто, можна зазначити, що хоча респонденти здебільшого не стурбовані своїм станом, однак пандемічна та карантинна ситуація може мати відкладені наслідки в деяких несприятливих умовах навіть до випадків ПТСР або загострення психосоматичних та соматопсихічних хвороб, що поки що перебувають на тлі.

Найбільш важливою та помітною є Невдоволеність щодо відносин з дружиною/чоловіком, адміністрацією по роботі, с дітьми, з батьками, та завершує п'ятірку найвпливовішої невдоволеності ставлення до свого положення в суспільстві.

Ми відстежили позитивну кореляцію між показником вдоволеності своїм здоров'ям та працездатністю за методикою «РСФ 1» та оцінкою впливу хвороби на життя респондентів за методикою «Опитувальник А.І. Сердюка». Також вдалось дослідити статистично значущу, хоча й слабку різницю між тими хто хворів в першу хвилину та тими, хто переніс хворобу під час другої хвилі за школою «Моя болезнь мешает мне общаться с окружающими, чувствую, что отдаляюсь от людей». Це дає нам змогу припускати, що суб'єктивна оцінка впливу хвороби за цим показником за рік зменшилася.

Щодо соціально значущих рішень, то нам вдалось дослідити інсуючи відмінності між тими, хто вакцинувався добровільно, та тими, хто не приймав

добровільного рішення про вакцинацію за рівнем впливу невдоволеності своїм соціально-економічним положенням. Ті, хто вакцинувався добровільно відмічали менший рівень невдоволеності ніж ті, хто не приймав добровільного рішення про вакцинацію. Тут можна припустити вплив обмежувальних карантинних заходів та соціальної програми, що посилювала, на нашу думку стигматизацію невакцинованого населення.

Відповіді респондентів, що виявилися найманими працівниками щодо рівня вдоволеності матеріальним положенням відображають меншу вдоволеність порівняно з тими, хто є самозайнятими особами.

Також зацікавленість викликає статистично значущий потужний зв'язок між показниками за шкалою «Удовлетворение своим психоэмоциональным состоянием» за методикою «РСФ 1» та оцінкою впливу хвороби на життя за методикою «Опитувальник А.І. Сердюка». На нашу думку така зацікавленість з боку дослідників може бути основою для майбутніх експериментів.

## **РОЗДІЛ III. Психокорекція рівня соціальної фрустрованості**

### **3.1 Підходи до роботи психолога з фрустрованістю в контексті соціальних взаємодій**

Потрібно зазначити, що дуже мало можливості, що клієнт прийде саме з таким запитом. Грунтуючись на проведеному дослідженні, можна сміливо казати, що більшість людей не пов'язує соматичні зміни свого стану з COVID 19. Не зважаючи на це, вплив карантинних обмежень, соціального тиску, стигми щодо людей з ознаками захворювання, тривоги за здоров'я себе та близьких та різку зміни формату робочих відносин не пройдуть непомітно. Заперечення, ігнорування та легковажне ставлення до того що відбувається може призвести до більш глибоких наслідків. Міжнародні фонди розробляють просвітницькі програми та тренінги для психологів та спеціалістів інших допомагаючих професій, де можна навчитись працювати з віддаленими наслідками травми (в контексті значних різких неочікуваних змін, бідності, спричиненої скороченням робочих місць, втрат близьких людей та значного погіршення стану здоров'я), стигми та соціальної фрустрації.

У кожній окремій сім'ї як складній динамічній системі, унікальним чином відбувається регулювання кількості комунікацій та рівень близькості/дистанції між її членами. З цього погляду введені вимоги дотримання режиму обов'язкової самоізоляції є зовнішнім порушником звичного способу організації взаємодій між членами родини: більша частина сімей опинилася в ситуації вимушеного підвищення частоти комунікацій та ступеня близькості один з одним, перебуваючи тривалий час на обмеженій території. Сім'ї, у яких є діти, які відвідують освітні установи, змушені також пристосовуватися до змін та по-новому організувати їх освіту та дозвілля. Усі ці раптові, незаплановані зміни можуть посилювати дії стресу, пов'язаного з загрозою розповсюдження та зараження COVID-19, змінювати

внутрішньосімейні відносини, «оголювати» у них приховані труднощі та проблеми.

За даними United Nations Ukraine, спираючись на інформацію, що представлена в «Плані заходів щодо реагування на кризу та посткризового відновлення»[49] Україна посідає сьоме місце у світі за рівнем самогубств, особливо серед чоловічого населення. Як наслідок, збереження послуг у сфері психічного здоров'я і, можливо, розширення доступу до психосоціальної підтримки, зокрема підтримки рівних рівними, матимуть фундаментальне значення для психічного здоров'я та добробуту під час кризи й у період відновлення, з огляду на масштабну втрату доходів, брак гарантій зайнятості та генералізований тривожний розлад, спричинений пандемією.

Значущості набирають підтримуючі групи що організовані в рамках різних психотерапевтичних підходів. Вже навіть просто маючи змогу не залишатись наодинці зі своїми почуттями та пересвідчившись в тому, що те, що відбувається має якесь пояснення, спостерігається у різних людей по всьому світі, досліджується і вивчається, дарує людині значне полегшення а також більше розуміння і прийняття свого стану. А в перспективі й можливість більш ефективно адаптуватись до змін, що відбулися.

Нажаль, зважаючи на результати дослідження можна очікувати збільшення запитів щодо труднощів в сімейних стосунках, випадків побутового насильства. В ООН проблему "домашнього насильництва" визнали загальносвітовою. "У останні тижні через посилення економічного і соціального тиску і страху ми стаємо свідками жахливого глобального спалаху насильства в сім'ї", - заявив 5 квітня Генсек ООН Антониу Гутерреш Міжнародна організація призвала уряди усіх країн включити в національні плани боротьби з коронавірусом положення про відвертання насильства відносно жінок і відшкодування збитку, заподіяного в результаті такого насильництва. То не є дивно, якщо ми пригадаємо теорію Дж. Доларда згідно якої, чим більший рівень фрустрації, тим більш агресивною буде реакція людини.

Вплив стресу на людину багато в чому обумовлюється почуттями, що пов'язані зі станом організму зсередини, та емоційними реакціями, що викликані ситуацією ззовні. Страх та тривога в неконтрольованій ситуації стають переважаючими у емоційному тлі людини. Супроводжувані біохімічними процесами в організмі, вони можуть підкріплюватися потоком інформації, що збільшується. Страх бути переляканим ще більше може грати навіть більш патологічну роль, ніж тривога, що настала одразу після отримання первинної інформації. Людині без допомоги спеціаліста не завжди вдається відокремити власне початкове почуття від придбаних чи нав'язаних емоцій, підкріплених неконтрольованим шквалом інформації ззовні. На цьому тлі дуже значущою є ситуація недовіри медичним організаціям, громадському інформуванню, офіційним джерелам інформації. Бо ситуація необізнаності, сумнівів, та тотальної недовіри створює травматичну ситуацію розрізненості та самозахисту в суспільстві. Це, схоже, буде мати найбільші наслідки, які тільки будуть ширитись у часі. Велика кількість непогодженої, хаотичної інформації з усіх засобів масової інформації про вірусну інфекцію, що не відноситься до особливо небезпечних, чинить вкрай негативний вплив на функціонування симпатoadреналової системи, приводячи індивідуума до тривожного, неспокійного стану, близького до панічного, а також посиленню хаотичних, непослідовних дій і нелогічних вчинків що призводять до нагнітання несприятливої обстановки в соціумі. Для зменшення, при можливих повторних спалахах інфекційних захворювань, масового негативного впливу на індивідуума в соціумі, на сімейні пари і сім'ї - потрібна послідовна, методична інформаційна робота з роз'ясненнями від уповноважених державних структур про необхідність виконання певних дій, що дозволить уникнути віддалених вкрай негативних наслідків на функціонування як індивідуума, так і сім'ї в цілому.

Загальною метою є стабілізація та поліпшення психоемоційного стану людей, які зазнали негативного впливу стресу. Більш конкретною метою є відновлення або підтримка певних, найбільш вразливих психологічних

функцій або якостей, наприклад: психологічного балансу (спокою), цікавості до життя, категорії сенсу життя (часто можна визначити як почуття «потрібності» іншим, комусь або чомусь ). В практичному плані найважливіші завдання, які стоять перед фахівцями задля досягнення поставлених вище цілей, можна сформулювати в такий спосіб. По-перше, розуміння цільової групи та способів її визначення (причому, чим точніше буде визначено цільову групу, наприклад, вік, місце проживання, інтереси тощо, тим легше буде увійти в контакт із конкретними представниками певної групи). По-друге, визначити потреби цільової групи, щоб ясно уявляти в якому напрямку необхідно діяти чи, простіше кажучи, у чому полягають головні «потреби» цільової групи. Тут йдеться про те, що комусь буде достатньо спілкування у форматі груп самопомоги або індивідуального спілкування з волонтером, а комусь буде потрібна тривала психотерапевтична допомога. По-третє, безпосередня, багаторівнева профілактика та подолання негативних наслідків розгубленості, невпевненості, страху та психологічної напруги (роздратування). І тому існує чимало методик. Іноді потрібно лише в деяких випадках змінити формат (наприклад, груповий формат зустрічей на індивідуальний). По-четверте, психологічна реабілітація є необхідною для: – відновлення втрачених навичок; - Входу в колишній трудовий ритм; – налагодження відносин (наприклад у сім'ї, у колективі); - Відновлення здоров'я; – профілактики рецидивів негативних психологічних станів (наприклад страху перед повторенням подій, що травмують); - Відновлення інтересу до життя і т.д

Наступним важливим етапом у справі подолання наслідків глобальних стресових ситуацій є визначення індикаторів оцінки результатів проведеної психотерапевтичної роботи. Власне, це не лише оцінка вже зроблених зусиль, але також аналіз та прогноз подальшого комплексу заходів. На наш погляд, можна запропонувати такі індикатори оцінки проведеної роботи, які можна розділити на індивідуальні чи конкретні та загальні чи глобальні. Почнемо з індивідуальних чи конкретних. Це можуть бути такі показники: -

Індивідуальна оцінка власного психологічного стану кожного учасника психопрофілактичних або терапевтичних заходів за принципом «до» і «після»;

- Оцінка психолога або психотерапевта, у тому числі за допомогою обоими тестів;
- Об'єктивна оцінка соматичного стану з боку лікарів;
- Оцінка з боку близького оточення (наприклад, родичі, друзі, колеги);

До загальних або глобальних індикаторів можуть віднести такі показники: – статистичні показники рівня звернень до медичних закладів на різних етапах епідемії до профільних фахівців (психотерапевтів, психіатрів), терапевтів та інших фахівців із психосоматичною симптоматикою та супутніми проблемами; – статистичні показники зафіксованих правопорушень, на різних етапах епідемії, пов'язаних з агресією та різними видами девіантної поведінки; – результати опитувань населення у регіонах, де проводились системні психопрофілактичні та психотерапевтичні заходи; – систематизована оцінка ситуації за принципом «до» та «після» фахівців, які беруть участь у психопрофілактичних та психотерапевтичних заходах.

З урахуванням перелічених вище факторів, профілактика негативних наслідків дістресу та робота з постстресовими станами повинна будуватися з урахуванням «людяності», тобто сутності, властивої індивіду, як представнику *homo sapiens*. Сучасна людина має ті ж психофізіологічні якості, якими був наділений її предок багато поколінь тому «Будівельний матеріал» людського тіла не змінився, а значить природні речовини, які входять до складу всіх живих організмів, такі як білки, вода, жири продовжують виконувати в нашому організмі ті самі функції, які виконували завжди і за різних умов життя. Організм людини, якщо розглядати його з погляду тілесних якостей, реагує на зовнішнє середовище певним способом, тобто з урахуванням «елементів», «закладених» в його основу.

Важливим фактором у розробці стратегій у зазначеному напрямку, є робота, що враховує індивідуальні риси, такі як темперамент, характер, особливості сприйняття та ін. Хоча реакції організму на стрес мають неспецифічний характер, але особливості виходу зі стресових станів, копінг-

стратегії та певні задачі, які вирішуються спеціалістом у роботі з конкретними людьми, спираються на індивідуальні особливості. Різноманітність типів темпераментів та характерів досить велика, однак, існують певні, близькі один до одного типи, які можна класифікувати. Існують цікаві приклади таких класифікацій, що спираються на дані попередніх дослідників, але додають свою специфіку до опису різних типів характерів. Це дає значущий матеріал для розробки та майбутньої побудови стратегії роботи з клієнтом. Велику роль у розробці програми консультування та терапії відіграє диференціальна психологія та галузі наук, що описують індивідуальні особливості людини. Для організації якісної роботи слід зібрати значну кількість даних. Значення має вік індивіда, стать, освіта, соціально-економічний статус (СЕС), стиль конверсації та ін. Різні вікові групи мають різний ступінь вразливості внаслідок впливу стрес факторів. Наприклад, люди середнього віку та люди похилого віку, що пережили гострі економічні та політичні кризи, можуть слабше відчувати дістрес, пов'язаний з карантинном та певними обмеженнями. Для фахівця важливе суб'єктивне сприйняття пацієнтом травмуючої ситуації. У людей з низьким показником СЕС та нестабільними доходами, на емоційному рівні, може бути присутнім збільшене почуття тривоги, яке посилить дію стресу на організм. Молоді люди, які навчаються у вищих навчальних закладах, ведуть активне соціальне життя, що беруть участь у волонтерських рухах мають деякий «запас міцності», що підвищує стійкість до стресори. Велике значення має доступність інформації, а також вміння обирати джерела цієї інформації та критично осмислювати її, що вочевидь залежить від освіти індивіда та навичок користування сучасними інформаційними носіями. СЕС впливає на вміння впоратися зі стресом, він пов'язаний з рівнем стану здоров'я індивіда та є прямим чинником вибору копінг-стратегій. Сюди ж можна включити вміння бачити та використовувати різні види капіталу, в тому числі, соціальний та культурний, накопичені безпосередньо самим індивідом та успадковані від попередніх поколінь.

Якщо індивідуальні відмінності багато в чому спираються на теорії темпераменту та характеру, то відмінності, пов'язані зі стилем життя, що вказують на соціальну групу, до якої належить людина, предмет інтересу соціальної та групової психології. З погляду теорії систем, велика і мала соціальні групи схильні до певної логіки існування. Сюди входять такі визначення: 1) Ціле у системі не є просто сумою частин. 2) Існуючі підсистеми спілкуються між собою за певними правилами Як динамічна система група проходить певні стадії розвитку, що характеризують зміни, внутрішньогрупові процеси. Детермінантами змін є як події, що відбуваються всередині самої групи, так що впливають на неї ззовні. Це може бути збільшення або зменшення кількості членів групи, хвороби, комунікація з іншими системами, економічні, політичні та/або природні зміни тощо. Соціум, громада, малі групи, до яких належить людина, впливають на її думки, почуття та поведінку. Спілкування чи комунікація є обов'язковою складовою життєдіяльності будь-якої громади, групи, об'єднання, організації та ін. Обмін інформацією, враженнями, переконаннями, досягнення взаємопорозуміння – це відбувається у груповому комунікаційному процесі, елементи якого перебувають у вербальної і невербальній сферах і складаються з безлічі елементів, що піддаються аналізу та синтезу. Враховуючи все це, можна створювати досить докладний опис мішеней психологічної інтервенції та робити точне опис цільової групи, її вразливих місць та потреб (про що йшлося вище). Така робота повинна проводитися протягом усього курсу психотерапії в рамках моніторингу її ефективності для конкретного клієнта та групи (якщо йдеться про групові форми психотерапії).

### **3.2 План роботи терапевтичної групи, із фрустрацією як чинником імпульсивної агресивної поведінки в сімейних стосунках в осіб, що перенесли інфекційне захворювання**

Згідно з тим, що в нашому дослідженні в першій п'ятірці гостріших тем для респондентів опинилось аж три, пов'язані з родинними стосунками

(партнери, батьки та діти), найпоспідовнішим буде запропонувати програму роботи на протязі з фрустрацією і спричиненою нею агресією в колі найближчих людей, тобто сім'ї. Для роботи з наслідками коронавірусної інфекції та карантинних обмежень ми пропонуємо розглянути психотерапевтичні інтервенції під кутом «фрустрація як чинник імпульсивної агресивної поведінки в сімейних стосунках». Важливо зазначити, що групова терапія потенційно більш перспективна в цьому напрямку так як дає змогу зустрітись в достатньо безпечному просторі з різноманітними реакціями учасників процесу, що сприяє більш ефективному напрацюванню нових, ефективніших форм реагування. Ми розглядаємо сетінг на 10 зустрічей по три години раз на два тижні. Група орієнтовно включає до 10 осіб, чоловіків та жінок.

Стратегією психотерапевтичної роботи може бути послідовна актуалізація та легітимізація станів, що проживають люди. Тут можна використовувати як міжнародну статистичну інформацію так і залучати учасників групи ділитись своїми історіями. Буде добре, якщо історії з напруженням в сім'ї складатимуться з різних точок зору (батько, мати, можливо, діти або друзі сім'ї). Для того, щоб такі відверті розмови стали можливими, група має пройти етап знайомства. Важливо на перших зустрічах підтримувати процес знайомства, що виключає швидке поринання в дуже значущі теми. Можуть бути доречними вправи на знайомство, наприклад, в парах в нас є з тобою спільне щось, коли за 5 хвилин люди знаходять якісь приємні схожі речі, досвід (ці пошуки можуть починатись з діалогу в формі я дуже люблю...). Після індивідуальної праці в парах, в межах групи обговорити як було шукати спільне, які відчуття викликало, коли спільні приємні речі/досвід вийшло знайти. Також до цього періоду знайомства та становлення безпеки в групі (перші 2 зустрічі) можуть відноситись тілесні вправи на заземлення та пошук свого центру. Наприклад, відчуття в тілі свій «центр», суб'єктивне сприйняття тілесного знаходження Я, покласти туди руки, та зустрічаючись з іншими учасниками групи формувати такий діалог «-

я тут – добре, що ти тут, мені приємно бачити тебе таким, як ти є» в дві сторони. Таким чином в повільному темпі мають змогу всі учасники групи поконтрактувати один з одним. Коли буде доречно, варто включати в перебіг групи маленькі дидактичні матеріали щодо таких захисних механізмів як заперечення, уникнення, раціоналізація. Але треба враховувати, що фрустраційні моменти не повинні займати більше 20% робочого часу групи, а на початку роботи ще менше.

Наступною метою може бути обговорення, опрацювання нових форм, копінг стратегій та підтримка групи, якщо хтось із учасників стикається з невдачею. То є час для тілесних вправ на знайомство з існуванням та актуалізацію особистих меж. Тут можуть бути доречними вправи в парах на поступове наближення, коли між людьми на старті завдання є відстань близько 2.5 метрів, один стоїть і має змогу тільки тілом, без слів, регулювати наближення й можливість контакту з іншим учасником пари. Тут можна досліджувати швидкість, інтенсивність та тілесну реакцію на партнера. Робимо в обидві сторони, то займає десь 7 хвилин. Потім важливо в загальному колі обговорити емоції та стани, що виникали, існуючі способи наближатись та уникати наближення. Важливою є саморефлексія учасників щодо вибраних ними стратегій. Ще однією вправою для цього періоду може бути вправа на утримання меж та зіткнення ними. Утворюючи руками коло перед собою в парах людям запропоновано поперекичуватись друг навколо друга не втрачаючи зони дотику. Тут також може бути корисним вступити в контакт з якнайбільшою кількістю учасників групи, звертаючи увагу на свої тілесні реакції на дотик різних людей, на різні способи спілкуватися, на те, чи відрізняється почуття дотику руками, боком чи спинами, чи вдається утримувати руками наявні тілесні й просторові межі. Потім також потрібно обговорити отриманий досвід, поділитися переживаннями, що виникали впродовж вправи. Варто зазначити, що на 4-6 зустрічі можуть більш виразно підійматись агресивні емоції і стани. Важливо фасилітувати процес. Також в просвітницькій частині можна додавати інформацію стосовно того, що агресія

має не тільки активні прояви, але й може проявляти себе в уникненні, завмиранні, жорстокому гуморі, ігноруванні домовленостей, саботажі. Потрібно заохочувати учасників до процесу обговорення та провокувати їх висловлювати власну думку та ділитись досвідом. Важливо зазначити такі агресивні форми як спізнення, ігнорування домовленостей та говорити про опорні функції меж та законів. Тут варто дати змогу учасникам проговорити своє ставлення до обмежувальних заходів, ціну, яку довелося сплачувати за соціальну безпеку й відношення до тих, хто ігнорував карантинні заходи. Ці процеси можуть стати ключовими в роботі групи. Важливо чітко дотримуватись рамок часу і нагадувати про конфіденційність і правила, що формують безпеку в групі. Терапевтичним моментом може бути досвід, що в ясних та чітких межах можуть відбуватися більш глибокі, інтегруючі, катарсичні процеси.

Наступним етапом може бути асиміляція, підведення підсумків та актуалізація цінності зв'язків, що утворились в під час суспільної роботи. Дуже важливим є приділити увагу завершальному процесу. Тут можна звертати увагу на те, з якими важкими почуттями можна стикатися, коли щось закінчується, щось потрібно перервати або завершити. Для того етапу може підійти більш глибока тілесна парна робота. Учасники можуть розподілитися по парах та «активний» тримає долоні трішки нижче вилиць на грудній клітині та вище лопаток на спині, намагаючись таким чином відчувати дихання свого партнера, його швидкість інтенсивність, глибину. «Пасивний» учасник слідкує за своїми емоційними станами, відчуває, як йому в таких межах взаємодії, помічає, які думки стають актуальними. Саме він регулює інтенсивність контакту. При неможливості доторкнутися він може контролювати руки «активного», підтримуючого. Вправа займає 10 хвилин в одну сторону. Під час цього можуть виникати доволі сильні почуття в обох, потрібно дати місце тому що відбувалося та емоційному досвіду в загальному колі групи.

Зазначимо, що тілесні вправи, що тут описані направлені на різноманітне відчуття меж свого тіла та взаємодій в цих межах з іншими. Також на пошук внутрішніх ресурсів щоб залишатись в контакті та мати змогу запрошувати ближче або ж обмежувати партнера. Під час напруження в групі можна також давати завдання на те, щоб поштовхати одне одного, вимірюючи «хто кого». То є класна вправа на пошук внутрішніх опор й така, що створює досвід конкуренції та проживання агресії за допомогою гри, що може бути також дуже терапевтично в рамках заявленої теми групи.

### **Висновки до розділу III**

Спираючись на результати проведеного дослідження, заяви представників різноманітних міжнародних організацій та наукові статті, присвячені наслідкам впливу COVID 19 на соціальному фронті ми розглянули, як розвивається соціальна фрустрація, переживання та усвідомлення якої було уникнено. Багато джерел звертають увагу на підвищений рівень тривоги, імпульсивних вчинків та зростання рівня сімейного насильства. В той же час, схоже, жінкам притаманні більш пасивні способи проживання тиску соціальної фрустрації, що стає причиною розвитку депресивних станів.

Психологічні програми подолання наслідків карантинних обмежень та пандемії COVID 19 мають розроблятися на всіх рівнях і мають починатись з ясного і чіткого інформування про наявну ситуацію. Мають бути спрямовані на відновлення довіри та розробку зрозумілих та очевидних інструкцій як щодо плану дій в разі настання екстремної ситуації так і щодо психогієни та способів саморегулювання під час тривожних, агресивних або депресивних станів.

Нами запропоновано програму на 10 зустрічей підтримуючої терапевтичної групи, спрямованої на роботу з неконтрольованими проявами агресії та тривожних станів. В ній зроблено акцент на тілесні вправи, що будують досвід відчуття заземлення, центрування, який допомагає в майбутньому регулювати себе в станах, що мають тенденцію до загострення.

Також в тій програмі в формі гри та тілесного експерименту запропоновані вправи на дослідження явища особистих меж, на існуючі способи їх пред'явлення та можливі покращення цих способів. Завдяки можливості в тілесному форматі поєднувати роботу одразу декількох відділів мозку (когнітивний, емоційний та чуттєвий план), в результаті такої роботи скоріше відбувається інтеграція досвіду, що уникається. Таким чином вдається працювати не тільки з когнітивною частиною набуття нових навичок та копінг стратегій, а ще й з прийняттям та інтеграцією станів тривоги, агресії як бажання наблизитись і агресії як бажання зупинити контакт. Що є, на наш погляд надважливими навичками в ситуації ігнорування фрустрації в цілому і зокрема її соціальної форми.

## ВИСНОВКИ

Підсумовуючи вищесказане, пандемія COVID 19 разом із запровадженими в величезному, практично всесвітньому масштабі, карантинними мірами є унікальним досвідом сьогодення. Потрібно визнати, що поки що майже неможливо оцінити вплив цієї події на особистість та міжособистісні стосунки. Величезний зсув майже у всіх сферах особистісного життя відбувся неочікувано і швидко, способи соціального і громадського пристосування до нових умов не завжди відповідали мірам безпеки, особливо психологічної, для громадян. Недостатній об'єм експертної інформації щодо причин, протікання та наслідків захворювання, методів запобігання з одного боку. Недостатність скоординованих програм медичної та психологічної допомоги. Величезна кількість неперевіреної, емоційно переповненої, некваліфікованої інформації з майже усіх джерел медіа та інтернету стали додатковим обтяжуючим чинником для суспільства. Зіткнення із втратами близьких, неможливістю своєчасно отримати медичну допомогу для важко або хронічно хворих. Нові формати взаємодії з оточенням, з одного боку неможливість підтримувати звичний об'єм соціального спілкування в середньому та дальньому колах водночас з неможливістю усамітнитись від близьких родичів та сусідів, що перебувають на карантині поруч. Відсутність розуміння строків дискомфорту та його імовірного рівня. Все це є значущими стресорами. Умовно, можна виділити п'ять напрямків діяльності та відносин людини, що ми вирішили дослідити, щоб більш зрозуміти найбільш ефективніший напрямок психотерапевтичної роботи з наслідками соціальної фрустрації, що її набули українці під час пандемії. Ми, за допомогою методики Л.І. Вассермана «УФС» розглядали відносини з рідними, найближчим соціальним оточенням, соціальний статус, поточне соціально-економічне становище і, на сам кінець, самопочуття, працездатність та стан організму. В ході дослідження вдалось встановити що тільки невелика частка опитаних (14.6%) демонструють помірний рівень соціальної фрустрованості, що є

показником можливості своєчасно, помірно, доречно реагувати на зміни оточуючої ситуації. Майже 30% респондентів демонструють знижений рівень соціальної фрустрації, що може свідчити про астеничні та депресивні стани, недостатньо активне реагування на зміни, що відбуваються ззовні і всередині організму. 2.6% респондентів ясно показують високий рівень соціальної фрустрованості, спричиненої захворюванням. Ці останні два пункти свідчать про необхідність організації психологічної допомоги, інформування людей щодо віддалених наслідків пандемії та карантинних заходів та наслідків соціальної стигматизації захворюваних та їх найближчого оточення. Тут ми можемо виділити щонайменше два рівня організації роботи – державний, та навіть міжнародний з одного боку (організація просвітницької діяльності, організація навчального процесу спеціалістів, розробка відповідних програм, робота по організації служб підтримки та допомоги на державному рівні, можливо, силами соціальних працівників), а з іншого боку розробка стратегій і тактик роботи більш індивідуальної, роботи психологів та психотерапевтів, що працюють особистісно або в групах. Все це потребує тісної співпраці товариства, актуальної правдивої експертної інформації

Зазначимо, що найбільший рівень невдоволення респонденти нашого дослідження відмічають стосовно відносин з родинами, на другому місці стурбованість робочими процесами та незадоволення що виникає в цій сфері. Ці дані підтверджуються й різноманітними міжнародними науковими дослідженнями щодо зростання побутового насильства та злочинів, скоєних в межах родин. Це, на наш погляд, є важливим та своєчасним напрямком психологічної роботи та соціального інформування. Важливо зазначити, що в психологічній науковій літературі розроблені та широко представлені особливості та стратегії особистісних реакцій на фрустрацію відповідно до типів характеру, особливостей нервової системи та ін. Тобто, ми маємо потужне підґрунтя для розробки реабілітаційних програм, тренінгів, груп підтримки, парної та особистої терапії. Розроблено багато тестів та методик, що дають змогу більш чітко виділити основні стратегії роботи з тою чи іншою

людиною в контексті перенесеної внаслідок COVID 19 фрустрації та запропонувати ефективну програму відновлення здорового особистісного стану. В результаті дослідження вдалося, на нашу думку, розкрити питання пандемії COVID 19 як чинника соціальної фрустрації осіб та запропонувати наш погляд на можливі стратегії та тактики роботи допомагаючого фахівця з соціальною та психологічною ситуацією, що склалася. Тема роботи з наслідками пандемії та карантинних обмежень здається нам перспективною для подальшої розробки з точки зору психологічних досліджень.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ

1. Влас Е.А. Анатомия стресса. Ганс Селье и его последователи - Киев: Медкнига, 2016. 128 с.
2. Бочелюк В.Й., Панов М.С. Психологічні наслідки пандемії для сучасного українського суспільства як соціально-психологічна проблема – Габітус, №21, 2021
3. В.П.Степаненко Пандемія COVID-19 в Україні: соціальні наслідки - Київ: ТОВ НВП «Інтерсервіс», 2021. 406 с.
4. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). - М., 1984.
5. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., Дубинина Е.А., Беребин М.А., Михайлов В.А., Никифорова Е.А., Чугунов Д.Н. Социальная фрустрированность как фактор психогенеза расстройств психической адаптации. Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева.2021;55:3:8-18.
6. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // СПЖ. 2008. №27
7. Головин С. Ю .Словарь практического психолога – М. 1998
8. Голубева Н.В., Иванов Д.В., Троицкий М.С. Панические расстройства во внутрисемейных отношениях, как последствия воздействия коронавирусной инфекции (обзор литературы) // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2020. №2. Публикация 1-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2020-2/1-5.pdf> (дата обращения: 24.04.2020).
9. Гуляровський В. А. Про взаємовідношення соматичного і психічного в медицині // Лікувальна справа, 47, №8.

10. Гутова Т.С. Психологическое исследование особенностей отношения к болезни у мужчин и женщин, больных сахарным диабетом I типа
11. Ениколопов С.Н., Мешкова Н.В. Направления исследования предубежденности в западной психологии межгрупповых отношений // Вопросы психологии.-2007.-№1.- С. 148-158.
12. Ермолаева Л. И. Автореферат диссертации по теме "Фрустрация как социально-психологический феномен" – М., 1993.
13. Карвасарский, Б. Д. и др. Клиническая психология: Учебник для вузов / Б.Д. Карвасарский — Питер, 2004. — 960 с.
14. Китаев-Смык, Л.А. Психология стресса / Л.А. Китаев-Смык - М.,2001
15. Клиническая психология. Словарь / под ред. Н.Д.Твороговой. М.: Пер Сэ, 2007
16. Ковалев В. В. Личность и её нарушения при соматической Болезни// Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. - М., 1972.
17. Конечный Р. М., Боухан М. В. Психологія в медицині - Авценум.: Медичне видання Прага, 1983.
18. Коростелева И.С. Психологические предпосылки переживания фрустрации в норме и при психосоматических заболеваниях: Автореферат дисс. на соиск. степ. канд. психол. наук. - М., 1991.
19. Куфтяк Е.В. Семейная устойчивость как психологический феномен // Сибирский психологический журнал. 2010. № 38. URL :<https://cyberleninka.ru/article/n/semeynaya-ustoychivostkak-psihologicheskiiy-fenomen> (дата обращения 23.06.2020)
20. Л.И.Вассерман, Б.В.Иовлев, М.А.Беребин Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и

ее практическое применение. Методические рекомендации, Санкт-Петербург 2004

21. Левитов Н.Д. Фрустрация как один из видов психического состояния // Вопросы психологии. - 1967. - №6.

22. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл, 2005

23. Лурия А. Р. Психологическая наука и ее место в клинической медицине// Вести: Акад. Наук. СРСР, 70, №1

24. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания - М.: Медицина, 1977. - 112 с.

25. М.М. Слюсаревський Л.А. Найдьонова, О.Л. Вознесенська Досвід переживання пандемії covid-19: дистанційні психологічні дослідження, дистанційна психологічна підтримка: матеріали онлайн-семінарів 23 квітня 2020 року «Досвід карантину: дистанційна психологічна допомога і підтримка» та 15 травня 2020 року «Дистанційні психологічні дослідження в умовах пандемії covid-19 і карантину». – К. ІСПП НАПН України, 2020. – [електронне видання]. – 121 с

26. Майер, Н. Фрустрация: поведение без цели / Н. Майер - М., 2005.

27. Манассеин В.А.«О значении психических влияний» - СПб., 1877

28. Мигунова Ю. М. Автореферат диссертации по теме «Внутренняя картина болезни при хронических головных болях разного генеза» - М. 2019

29. Никифоров Г. С. Здоровье как системное понятие // Психология здоровья / Под ред. Г. С. Никифорова. - СПб., 2000.

30. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование. - М: Изд-во МГУ, 1987. - 166 с.

31. Николаева В.В. Динамика ВКБ как показатель кризиса развития личности в условиях болезни / В.В. Николаева // Психосоматика:

телесность и культура: Учеб. пособие для вузов / Под ред. В.В. Николаевой. — М.: Академический Проект, 2009. — С. 96-129

32. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания. – Дис. док. Мед. наук. – М., 1992. – 400 с.

33. Одарущенко О.И., Кузюкова А.А., Еремушкина С.М. «Сравнительный анализ уровня ситуативной и личностной тревожности медицинских работников и других групп населения в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции – covid-19» Вестник восстановительной медицины № 3 (97) 2020

34. Опекина Т.П., Шипова Н.С. Семья в период самоизоляции: стрессы, риски и возможности совладания // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2020. Т. 26, № 3. С. 121-128.

35. Рассказова Е. И. Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения // Теоретическая и экспериментальная психология., 2014. — Т. 7, № 1.

36. Решетников М.М. О неочевидных психологических факторах периода пандемии. Психологическая газета <https://psy.su/feed/8795/> (дата звернения: 08.01.2021).

37. Рид Лоусон. Фрустрация. Развитие научной концепции / Рид Лоусон – М., 2000.

38. Смирнов В.М., Резникова Т.Н. Основные принципы и методы психологического исследования внутренней картины болезни. // Методы психологической диагностики и коррекция в клинике. / Под редакцией М.М. Кабанова, А.Е. Личко, В.М. Смирнова. – Л: Издательство «Медицина», 1983. – С. 38-61

39. Сокольская М.В., Туркулец С.Е., Гареева И.А. Стигматизация как социально-психологическое явление современного общества // Перспективы науки.-2019.-№11 (122).-С. 138-144

40. Станишевская Ж., Станишевский М. «Перспективы и значение психопрофилактики и терапии последствий глобальных стрессовых ситуаций в связи с пандемией covid-19» *Studia Humanitatis*. 2020. № 3. [www.st-hum.ru](http://www.st-hum.ru)
41. Туркулец С.Е., Туркулец А.В., Листопадова Е.В., Сокольская М.В. — Социальная стигматизация в период пандемии//Социодинамика. – 2020. – № 5
42. Тхостов А.Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / А.Ш.Тхостов, Г.А.Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 1990. С. 32-38.
43. Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Дан М.В., Никитина Д.А. Переживание неопределенности, тревоги, беспокойства в условиях COVID-19. URL: [http://ipras.ru/cntnt/rus/institut\\_p/covid-19/kommentariieksp/har1.html?Fbclid=IwAR3LKNuqYkAeIvGr5JlQaptP7wSz8k6E7ZaJQXdqn6q5-9JtGF16-ujlcHs](http://ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentariieksp/har1.html?Fbclid=IwAR3LKNuqYkAeIvGr5JlQaptP7wSz8k6E7ZaJQXdqn6q5-9JtGF16-ujlcHs) (дата обращения: 30.04.2020).
44. Хасан Б.И. Психотехника конфликта. - Красноярск, 1995.
45. Цветкова И. В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья. Психологические исследования, 2012, No. 1(21)
46. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів). *Нейро News*. 2020. № 3. С. 26–36.
47. Brooks S., Webster R., Smith L., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 2020, 395 (10227), 912-920.
48. Link B. G., Phelan J. C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 2001, 27, 363–385

49. United Nations Ukraine. COVID-19 Response. Оцінка соціально-економічного впливу COVID-19 на Україну. План заходів щодо реагування на кризу та післякризового відновлення. Переглянутий проект 07.2020 [https://ukraine.un.org/sites/default/files/2021-06/SEIA\\_UKR.pdf](https://ukraine.un.org/sites/default/files/2021-06/SEIA_UKR.pdf)