

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ ТА ПРАВА «КРОК»
Навчально-науковий інститут психології**

Кафедра психології

Потапенко Людмила Володимирівна

Кваліфікаційна робота

«Особливості формування образу Я у осіб з хронічними захворюваннями»

053 «Психологія»

«Психологія»

Подається на здобуття освітнього ступеня магістр

Кваліфікаційна робота містить результати власних доробок. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело Л.В. Потапенко

Науковий керівник (консультант) Петрунько Ольга Володимирівна,
доктор психол. наук, ст. наук. співр.,
професор кафедри психології

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ Я У ОСІБ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	8
1.1. Поняття образу Я: визначення та сутність.....	8
1.2. Теоретичний аналіз підходів до вивчення впливу хронічних захворювань на психіку людини.....	22
Висновки до розділу 1	51
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ Я У ОСІБ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	54
2.1. Організація та методичне забезпечення дослідження образу Я у осіб із хронічними захворюваннями	54
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження образу Я у осіб із хронічними захворюваннями.....	59
Висновки до розділу 2.....	68
РОЗДІЛ 3. СТРАТЕГІЇ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ФОРМУВАННЯ КОНСТРУКТИВНОГО ОБРАЗУ Я У ОСІБ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ.....	71
3.1. Психологічні стратегії підтримки та розвитку позитивного образу Я у осіб з хронічними захворюваннями.....	71
3.2. Психокорекційна програма формування конструктивного образу Я у осіб з хронічними захворюваннями.....	74
3.3. Рекомендації щодо застосування психотерапії в процесі підтримки соматично хворих осіб	80
Висновки до розділу 3.....	83
ВИСНОВКИ.....	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	91
ДОДАТКИ.....	101

ВСТУП

Актуальність дослідження. Хронічні захворювання є однією з актуальних проблем сучасного суспільства, оскільки вони мають тривалий характер і суттєво впливають на всі сфери життєдіяльності людини. Тривала хвороба змінює звичний спосіб життя особистості, обмежує її можливості, потребує постійної адаптації та може супроводжуватися значними психологічними труднощами. У цьому контексті особливої ваги набуває проблема образу Я, який відображає уявлення людини про себе, свої можливості, цінність та місце у світі, зокрема в умовах захворювання.

У вітчизняній психології проблема образу Я, самосвідомості та особистісного розвитку ґрунтовно розглядалася у працях С. Д. Максименка, який досліджував структуру та розвиток самосвідомості особистості; Т. М. Титаренко, яка аналізувала особистісні зміни та переосмислення Я в умовах життєвих криз і складних життєвих обставин; В. О. Моляка та О. В. Кокуна, які звертали увагу на адаптаційні можливості особистості та психологічні ресурси подолання складних життєвих ситуацій. У межах клінічної та медичної психології вітчизняні дослідження також торкаються психологічних наслідків соматичних захворювань, проте проблема образу Я осіб із хронічними захворюваннями переважно розглядається опосередковано, без цілісного аналізу його структури та змін.

У зарубіжній психології психологічні аспекти переживання хронічних захворювань вивчалися у працях Г. Левенталя, який розробив концепцію уявлень про хворобу та механізми саморегуляції; А. Мооса, що досліджував процеси психологічної адаптації та копінг-стратегії осіб із хронічними захворюваннями; С. Тейлор, яка аналізувала когнітивні та емоційні механізми подолання хвороби; К. Чармаз, яка у своїх роботах розкривала проблему трансформації ідентичності та самосприйняття особистості в умовах тривалої хвороби. У цих дослідженнях підкреслюється, що хронічне

захворювання може істотно впливати на уявлення людини про себе та власне життя.

Водночас, незважаючи на наявність значної кількості теоретичних і емпіричних досліджень, проблема образу Я осіб із хронічними захворюваннями залишається недостатньо систематизованою, зокрема щодо особливостей його змін, психологічних чинників формування та зв'язку з адаптацією до хвороби. Це й зумовило вибір теми даного дослідження та визначає її актуальність у сучасній психологічній науці.

Згідно з офіційними даними Державної служби статистики України за 2021 рік, понад 15,1 мільйона осіб в Україні мають хронічні захворювання чи постійні проблеми зі здоров'ям, що істотно може впливати на їхню життєву активність та психоемоційний стан. Це додатково підкреслює соціальну значущість проблеми та обґрунтовує актуальність дослідження.

Мета дослідження полягає в аналізі особливостей формування образу Я у осіб з хронічними захворюваннями та виявленні чинників, що впливають на цей процес.

Відповідно до мети визначено наступні **завдання** дослідження:

1. Проаналізувати основні теоретичні підходи до вивчення образу Я особистості у психології.
2. Проаналізувати теоретичні підходи щодо проблеми психологічної адаптації особистості до хронічного захворювання.
3. Емпірично дослідити індивідуально-психологічні особливості формування образу Я у осіб із хронічними захворюваннями.
4. Розробити програму психологічного супроводу осіб із хронічними захворюваннями з урахуванням особливостей формування їхнього образу Я.
5. Розробити практичні рекомендації щодо застосування психотерапевтичних методів у процесі психологічної підтримки осіб із хронічними захворюваннями з урахуванням особливостей їхнього образу Я.

Об'єктом дослідження є процес формування образу «Я» у осіб із хронічними захворюваннями.

Предметом дослідження є психологічні особливості формування образу «Я» у осіб із хронічними захворюваннями.

Методи дослідження.

Було застосовано 3 психодіагностичні методики та авторський опитувальник.

А саме, для вивчення особистісних рис було використано «Особистісний опитувальник Г. Айзенка» (Eysenck Personality Inventory, EPI). (1)

Для комплексної оцінки трьох основних компонентів емоційної напруги: депресії, тривожності та стресу, було застосовано Опитувальник DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales), він є скороченою версією діагностичного інструменту DASS-42, створеного австралійськими дослідниками Р. та С. Ловібондами. (2)

Для діагностики рівня тривожності застосовувалася «Особистісна шкала прояву тривожності Дж. Тейлора» в адаптації Т. А. Немчинова та В. Г. Норакідзе (Manifest Anxiety Scale, MAS). (3)

Для уточнення образу Я, що стосуються емоційного сприйняття, когнітивних установок та поведінкових реакцій у контексті хронічного захворювання мною було створено авторську Анкету «Я і моя хвороба»: дослідження особливостей формування образу Я у осіб з хронічними захворюваннями. (4)

Обробка емпіричних даних здійснювалася з використанням методу математичної статистики. Зокрема, застосовувався метод порівняльної статистики, який дозволив побачити відмінності між групою хворих та групою здорових досліджуваних. Отримані результати подано у вигляді таблиць та їх подальшого якісного аналізу. Статистичне опрацювання даних здійснювалося за допомогою пакету Microsoft Excel.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

- уточнено сутність і специфіку формування образу «Я» в осіб, які мають хронічні захворювання, з урахуванням впливу соматичного стану на самоусвідомлення та самоствавлення;
- *розширено уявлення* про психологічні механізми трансформації образу «Я» у процесі тривалого переживання хвороби та її наслідків;
- *науково обґрунтовано значення* врахування особливостей образу «Я» у психологічній допомозі та реабілітації осіб із хронічними захворюваннями, що відкриває перспективи для розробки спеціалізованих психокорекційних програм;
- *акцентовано на необхідності підготовки психологів* до роботи саме з проблематикою змін образу Я у хронічно хворих, оскільки традиційна освіта обмежено висвітлює цей напрям.

Практичне значення проведеного дослідження полягає у можливості використання його результатів у психодіагностичній, консультативній та реабілітаційній роботі з особами, які мають хронічні захворювання. Отримані дані розширюють уявлення про специфіку формування образу Я у цієї категорії респондентів та дають змогу визначити ключові емоційні, когнітивні та поведінкові чинники, що впливають на зниження самооцінки, втрату контролю над життям та дезадаптивні стратегії реагування на хворобу.

Розроблена авторська анкета «Я і моя хвороба» може бути використана як додатковий інструмент первинної діагностики при роботі з пацієнтами, що переживають тривалий медичний та психологічний стрес. Вона дозволяє оперативно виявити особливості самосприйняття, актуальні внутрішні конфлікти та механізми психологічного захисту, що не фіксуються стандартними тестовими методиками.

Результати дослідження можуть слугувати підґрунтям для: побудови індивідуальних програм психологічної допомоги, спрямованих на відновлення позитивного образу Я, розвиток навичок самопідтримки та підвищення якості життя; розробки психоосвітніх та реабілітаційних

комплексів, орієнтованих на формування активної життєвої позиції та профілактику психоемоційного виснаження; подальших наукових досліджень, спрямованих на удосконалення моделей впливу тривалої соматичної хвороби на структуру особистості.

Таким чином, результати кваліфікаційної роботи не лише доповнюють наявні теоретичні уявлення про феномен образу Я при хронічних захворюваннях, але й мають прикладну значущість, оскільки можуть бути безпосередньо впроваджені у практику психологічної допомоги, реабілітації та психотерапії.

Апробація результатів кваліфікаційної роботи полягала у написанні тез на тему «Психологічні стратегії підтримки позитивного образу Я при хронічних захворюваннях». *Держава, регіони, підприємство: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку тези доп. VII Міжнар. конф. (м. Київ, 4 грудня 2025 року), Київ 2025, URL <https://conf.krok.edu.ua/SRE/SRE-2025/paper/view/3135>*

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, висновків, списку використаних джерел (95 позиції), 4 додатки та містить 4 таблиці і 1 діаграму. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи 114 сторінок. Основний текст дослідження викладено на 94 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ Я У ОСІБ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

1.1. Поняття образу Я: визначення та сутність

Образ Я є ключовим концептом у психології, що відображає, як індивід сприймає себе, свої риси, здібності та своє місце в соціумі. Ця тема не тільки важлива для академічних досліджень, але й має пряме відношення до реальної практики в психології та психотерапії. Вивчення образу Я допомагає зрозуміти, які фактори можуть впливати на психологічне благополуччя, успішність у соціальних взаємодіях, а також адаптивність особистості в умовах постійних змін, з якими стикається сучасний світ. Автори Велитченко Л. К., Варій М. Й., Палагута В. І., Столяренко О. Б., Шахова, О. Г. описують цю тему [11; 12; 71; 72; 73; 76; 86].

Цей розділ присвячений теоретичному аналізу образу Я, включаючи його окремі складові, вплив зовнішнього середовища на його формування, а також динаміку змін, які можуть відбуватись у процесі життєдіяльності особи.

У психологічній науці існують різні підходи до співвідношення понять «Я-концепція» та «образ Я». У межах першого підходу образ Я розглядається як ширше психічне утворення, яке включає когнітивні, емоційні та поведінкові уявлення особистості про себе, тоді як Я-концепція трактується як відносно стабільна, усвідомлена система знань про власну особистість.

Водночас у межах іншого підходу Я-концепція розуміється як інтегративна система, що містить множинні образи Я, зокрема реальне Я, ідеальне Я, тілесне Я, соціальне Я та інші. Саме цей підхід покладено в основу даного дослідження, оскільки він дозволяє розглядати образ Я як динамічний компонент самосвідомості, що зазнає змін під впливом життєвого досвіду, зокрема хронічного захворювання.

У контексті даної роботи образ Я трактується як сукупність уявлень, емоційних переживань та оцінок особистості щодо себе, власного тіла, можливостей і життєвих перспектив, які можуть трансформуватися в умовах тривалого перебігу соматичного захворювання, не руйнуючи при цьому цілісності Я-концепції.

У сучасній психології образ Я розглядається не як статичне утворення, а як динамічний, багаторівневий процес, що формується протягом усього життя особистості під впливом внутрішнього досвіду та соціального контексту. Формування образу Я відбувається в процесі взаємодії когнітивних, емоційних і поведінкових компонентів самосвідомості та зазнає особливої трансформації в умовах життєвих криз і тривалих стресових чинників, до яких належить хронічне захворювання.

З позицій гуманістичної психології (К. Роджерс) образ Я формується в процесі соціалізації через переживання прийняття або неприйняття з боку значущих інших. У цьому контексті формування образу Я передбачає інтеграцію досвіду, що відповідає або не відповідає уявленням особи про себе. Умови безумовного прийняття сприяють формуванню цілісного та стабільного образу Я, тоді як досвід умовної цінності може призводити до внутрішніх конфліктів і викривлень самосприйняття. У ситуації хронічного захворювання ці механізми загострюються, оскільки фізичні обмеження, зміна соціальних ролей і залежність від допомоги інших можуть суперечити раніше сформованому образу Я.

Формування образу Я в умовах хронічного захворювання відбувається через поступову перебудову уявлень про себе, власне тіло, можливості й майбутнє. Згідно з моделлю саморегуляції хвороби Г. Левенталя, людина активно інтерпретує свій стан, формуючи когнітивні уявлення про хворобу, її причини, тривалість і наслідки. Ці уявлення безпосередньо впливають на образ Я, оскільки включають оцінку власної здатності контролювати ситуацію та справлятися з труднощами. Таким чином, формування образу Я

у соматично хворих осіб тісно пов'язане з процесом осмислення хвороби та адаптації до нових життєвих умов.

У межах теорії психологічної адаптації А. Муса формування образу Я розглядається як частина ширшого процесу пристосування особистості до хронічного захворювання. На різних етапах адаптації змінюється емоційне ставлення до себе, рівень самооцінки та уявлення про власну ефективність. Початкові етапи захворювання часто супроводжуються дезорганізацією образу Я, зростанням тривожності та почуттям втрати колишньої ідентичності. Надалі, за умови достатніх внутрішніх і зовнішніх ресурсів, можливе формування більш інтегрованого образу Я, який включає досвід хвороби без зниження загальної самоцінності особистості.

Соціальний контекст відіграє ключову роль у формуванні образу Я осіб з хронічними захворюваннями. Стигматизація, зміна ставлення з боку оточення, обмеження професійної чи соціальної активності можуть сприяти формуванню негативного образу Я та закріпленню ідентичності «хворого». У цьому аспекті значущими є ідеї К. Чармаз, яка зазначає, що хронічна хвороба може призводити до переживання «втрати колишнього Я» та поступового переосмислення власної ідентичності. Формування нового образу Я передбачає інтеграцію досвіду втрат із пошуком нових смислів і можливостей самореалізації.

Водночас формування образу Я не зводиться лише до пасивного прийняття обмежень. Згідно з концепцією когнітивної адаптації С. Тейлор, особистість активно шукає способи відновлення внутрішнього контролю, підтримки позитивної самооцінки та створення значущих життєвих перспектив. У цьому процесі образ Я може трансформуватися у напрямі зростання психологічної стійкості, усвідомлення власних ресурсів і розвитку нових життєвих стратегій.

Згідно з теорією К. Роджерса, образ Я розвивається в контексті соціалізації, протягом якого особа отримує зворотний зв'язок від оточення – як позитивний, так і негативний. Цей зворотний зв'язок може походити від

різних значущих інших, таких як батьки, друзі, вчителі, колеги та навіть суспільство в цілому. У процесі формування образу Я важливими є моменти, коли особа отримує визнання, підтримку та схвалення від тих, хто є важливим у її житті. Позитивний зворотний зв'язок, який проявляється у формі похвали, визнання досягнень або емоційної підтримки, сприяє розвитку здорової самооцінки. Це, в свою чергу, зміцнює позитивний образ Я, що може відобразитися у впевненості, здатності до самовираження та активній участі у соціальних взаємодіях [20].

Однак негативний зворотний зв'язок може мати протилежний ефект. Критика, відторгнення або ігнорування з боку значущих інших можуть призвести до формування спотвореного або негативного образу Я. Це може проявлятися у відчутті неповноцінності, низької самооцінки та соціальної тривожності. Особа, яка часто піддається негативному зворотному зв'язку, може почати сумніватися в своїх здібностях та оцінювати свої досягнення як недостатні. Такі переживання можуть не лише впливати на емоційний стан, але й відобразитися на поведінці – індивід може ставати більш замкнутим, уникаючи соціальних взаємодій та нових викликів.

Крім того, образ Я формується під впливом культурних та соціальних факторів. Наприклад, у сучасному суспільстві, яке активно використовує соціальні мережі, простежується тенденція до порівняння себе з іншими. Це може сприяти як позитивним, так і негативним змінам в образі Я. У випадку, коли особа бачить успіхи інших людей, це може справляти негативний вплив на її самооцінку, викликаючи почуття заздрості чи невдоволення власним життям [12].

Таким чином, образ Я є результатом складної взаємодії між внутрішніми переживаннями особи та зовнішніми впливами. Він постійно еволюціонує, підлягаючи змінам в залежності від досвіду, який отримує індивід у соціальному середовищі, що свідчить про важливість підтримки та позитивного зворотного зв'язку для формування здорового образу Я.

Образ Я складається з кількох важливих компонентів, які взаємодіють один з одним і формують цілісне сприйняття особи про себе. Основні компоненти образу Я включають в себе самосприйняття, самооцінку, соціальне порівняння та ідентичність. Самосприйняття є першим з цих компонентів і визначається як уявлення про себе, що стосується фізичних, розумових і емоційних характеристик. Воно охоплює не тільки зовнішні аспекти, такі як зовнішність та фізичні здібності, але також внутрішні, що стосуються інтелектуальних здібностей, емоційної стійкості та особистісних якостей.

Цей компонент може включати як усвідомлені, так і неусвідомлені елементи, формуючи образ, який може бути як позитивним, так і негативним. Наприклад, людина може успішно усвідомлювати свої сильні сторони, в той час як інші риси, які вона може вважати слабкостями, можуть бути проігноровані чи подавлені. Це може призвести до спотвореного сприйняття себе, де особа зосереджується лише на негативних якостях або недоліках [60; 34].

Далі, самооцінка є ще одним критично важливим компонентом образу Я. Вона визначає, яку цінність особа надає собі у своїх власних очах. Самооцінка може варіюватися від високої до низької, в залежності від того, наскільки людина задоволена своїми характеристиками та досягненнями. Висока самооцінка зазвичай пов'язана з позитивними переживаннями та впевненістю в собі, що дозволяє людині ставити та досягати цілей, а також активно взаємодіяти з іншими людьми. Негативна самооцінка може призвести до відчуття невпевненості, тривожності та уникання соціальних ситуацій [23].

Соціальне порівняння є ще одним компонентом образу Я, через який людина оцінює свої характеристики в контексті інших. Це може бути свідоме чи підсвідоме, і часто впливає на самооцінку. Соціальне порівняння може відбуватися через різні засоби: це можуть бути друзі, колеги, родичі або широкий спектр інформації, представлений у соціальних мережах. Часті

порівняння з іншими, особливо у негативному контексті, можуть спровокувати зниження самооцінки і підвищити рівень стресу. На іншому боці, якщо особа відчуває себе успішною в порівнянні з іншими, це може привести до підвищення самооцінки [34].

Ідентичність, як ще один важливий компонент образу Я, визначає, як особа сприймає своє місце в світі та свою приналежність до певних груп, таких як національність, раса, стать, професія чи інші соціальні категорії. Ідентичність формується завдяки взаємодії особи з соціальним середовищем і може мати довготривалий вплив на самосприйняття і самооцінку. Наприклад, якщо людина відчуває, що її групова ідентичність є позитивною та підтримується оточенням, це може вплинути на розвиток здорового образу Я. В протилежному випадку, як зазначає С.Д. Максименко, якщо особа відчуває стигматизацію чи дискримінацію, це може послабити її образ Я та самосприйняття [61].

Таким чином, образ Я є багатограним і динамічним поняттям, яке включає самосприйняття, самооцінку, соціальне порівняння та ідентичність. Кожен із цих компонентів впливає на інші і допомагає формувати цілісне уявлення особи про себе, що, в свою чергу, має великий вплив на її поведінку, стосунки з іншими та загальне психічне благополуччя. Розуміння цих компонентів є важливим для психологічних досліджень, оскільки воно може допомогти в розробці методик, спрямованих на покращення образу Я і, відповідно, на підвищення якості життя особи.

Соціальне порівняння, згідно з теорією Л. Фестінгера, є важливим механізмом, який допомагає індивідам оцінювати свої здібності та досягнення в контексті інших людей. Цей процес відбувається постійно і є природним для людської поведінки, оскільки він дозволяє формувати самосприйняття та самооцінку на основі зовнішніх стандартів. Фестінгер стверджував, що люди мають потребу у підтвердженні своїх думок і оцінок через порівняння з іншими, що, у свою чергу, впливає на їхнє самосприйняття [56].

Соціальне порівняння може мати різні наслідки в залежності від контексту і тих, з ким відбувається порівняння. Наприклад, позитивне порівняння, коли людина оцінює свої досягнення як вищі або рівні досягненням іншого, може привести до підвищення самооцінки та відчуття успіху. Це може спонукати індивіда до подальших зусиль, створюючи відчуття впевненості в собі. Такі порівняння, як правило, вважаються адаптивними, оскільки вони можуть мотивувати людину до покращення своїх показників або досягнень [78].

На протилежному боці, негативне порівняння, коли особа порівнює себе з кимось, кого вважає успішнішим чи привабливішим, може призвести до зниження самооцінки. Негативне порівняння може викликати почуття заздрості, незадоволеності собою та депресивні настрої. Наприклад, коли людина часто перебуває в соціальних мережах, де вона порівнює своє життя з життя інших, це може посилювати відчуття неповноцінності.

У сучасному світі соціальні мережі стали потужним інструментом для соціального порівняння. Завдяки платформам, як Instagram, Facebook і Twitter, люди мають легкий доступ до ідеалізованих образів життя інших. Викладені фотографії, досягнення та події в житті користувачів створюють враження ідеальності, що може негативно вплинути на самооцінку тих, хто спостерігає за цими образами. Постійна порівняльна діяльність є катализатором для формування образу Я, що залежить від зовнішніх стандартів і реалій, які, часто, є спотвореними.

Цей феномен особливо помітний у молодіжному середовищі, де користувачі активно взаємодіють із контентом, поширюючи інформацію про своє життя, досягнення, а також зовнішність. В результаті, молоді люди можуть формувати свої життєві цілі на основі тих, хто має визнання в мережі, ставлячи під загрозу власну самооцінку, якщо вони не дотягують до таких стандартів. Таким чином, соціальні мережі можуть посилювати відчуття тривоги, невпевненості та самокритики [56].

Щоб зменшити негативний вплив соціального порівняння, важливо розвивати критичне мислення і розуміння того, що більшість контенту в соціальних мережах є лише виглядом і не відображає реальності. Важливо також заохочувати взаємну підтримку та створення здорових соціальних зв'язків, зосереджуючи увагу на особистих досягненнях і зусиллях, а не на порівнянні з іншими. Урешті-решт, усвідомлення своєї унікальності та цінності може допомогти індивідам знаходити баланс у соціальному порівнянні і підтримувати позитивний образ Я, який не залежить від чужих досягнень чи ідеальних образів.

Ідентичність також є важливим елементом образу Я, оскільки вона визначає, як особа бачить себе в контексті своєї культури, національності, статі, професії та інших соціальних ролей. Коли людина формує свою ідентичність, вона не лише обирає, як вона хоче представляти себе в суспільстві, але й вивчає, як її особистість поєднується з різними соціальними групами та культурними контекстами. Наприклад, ідентичність може включати риси, пов'язані з етнічністю, такими як традиційні звичаї та мова, що впливають на те, як особа відчуває свою приналежність до певної спільноти.

Цей компонент образу Я є динамічним і може змінюватися впродовж життя. Зміни у житті, такі як переїзд у інше місто, вступ до нового навчального закладу або зміна роботи, можуть вплинути на те, як людина сприймає свою ідентичність. Наприклад, людина, яка змінила професію, може відчувати потребу адаптуватися до нових ролей і стандартів, що призведе до перегляду її власної ідентичності.

Крім того, також важливо пам'ятати, що ідентичність формується не лише у близькому колі, а й під впливом зовнішнього середовища. Соціальні процеси, такі як глобалізація, культура віртуальних комунікацій та соціальні зміни, можуть суттєво вплинути на само сприйняття індивіда. Зокрема, під впливом медіа та реклами формуються ідеали, до яких прагне молодь, що може призвести до конфліктів у сприйнятті власної ідентичності, коли особа

відчуває потребу відповідати цим ідеалам, однак при цьому може втрачати зв'язок із своєю справжньою сутністю.

У контексті статі, гендерна ідентичність також грає ключову роль у формуванні образу Я. Вона визначає, як особа розуміє та виражає свою стать, що може бути додатково ускладнене соціальними очікуваннями та стереотипами. Люди, які ідентифікують себе з нестандартними або змінними гендерними ролями, можуть стикатися з труднощами прийняття та розуміння з боку суспільства, що впливає на їхню самооцінку і самосприйняття.

Не менш важливим є й аспекти культурної ідентичності. Мовна і культурна спадщина впливають на те, як особа самоусвідомлюється та релевантно сприймає власну культурну приналежність. Це може бути важливим аспектом для тих, хто проживає у мультикультурному суспільстві або для тих, хто емігрував у пошуках кращих умов. У таких випадках конфлікт між старими та новими ідентичностями може викликати кризу самоусвідомлення.

Ідентичність – це також процес, що потребує постійної переоцінки, самопостереження та адаптації в умовах змін. Вибір особи у ставленні до своїх ідентичностей може відображати її розвиток як особистості, її цінності та цілі. Наприклад, молоді люди, які переживають кризу ідентичності, можуть пробувати різні стилі, способи самовираження, щоби знайти своє місце в соціумі. Це добре висвітлено авторами Велитченко Л. К., Варій М. Й., Палагута В. І., Столяренко О. Б., Шахова, О. Г. [11; 12; 71; 72; 73; 76; 86].

Таким чином, ідентичність є витонченим і багатограним складником образу Я, що відображає постійну взаємодію між особистими рисами, соціальними ролями, культурними нормами та умовами життя. Від того, як особа сприймає свою ідентичність, часто залежить її психологічне благополуччя, адаптація до соціального середовища та здатність до самовираження. Надаючи собі можливість експериментувати з ідентичністю, особа може краще усвідомлювати свої сильні сторони та бути відкритою до нових можливостей, тим самим зміцнюючи свій образ Я у цілому.

Образ Я виконує кілька ключових функцій. По-перше, когнітивні функції формують схеми мислення про себе та своє оточення, процеси прийняття рішень, які скорочують час на саморефлексію. По-друге, емоційні функції безпосередньо пов'язані з самоосмисленням та емоційним станом індивіда, оскільки позитивне сприйняття себе призводить до високого рівня задоволеності життям. По-третє, поведінкові функції безпосередньо впливають на мотивацію особи. Наприклад, особа з високою самооцінкою, як правило, більш активна в досягненні своїх цілей, тоді як особа з низьким образом Я може схилитися до пасивності та соціальної ізоляції.

Емоційні функції охоплюють почуття самоповаги та самоактуалізації, які впливають на загальний душевний стан особи. Анпілова говорить про дослідження, що доводять, що позитивний образ Я може призводити до підвищення рівня щастя, задоволення від життя та зниження рівня тривожності [1].

Поведенкові функції пов'язані з мотивацією: позитивний образ Я може спонукати особу до дій, спрямованих на досягнення особистісних та професійних цілей. Водночас негативний образ Я може призводити до уникнення дій, страху перед невдачею і навіть соціальної ізоляції. Наприклад, індивіди з низьким самоусвідомленням можуть уникати участі в групових заходах, що, в свою чергу, підживлює їх негативні переживання.

Соціальне оточення є важливим чинником формування образу Я. Зворотний зв'язок від родини, друзів, колег і медіа створює уявлення особи про себе. Дослідження показують, що підтримка в важкі часи з боку близьких сприяє формуванню позитивного образу Я. В умовах негативних соціальних умов, таких як дискримінація чи булінг, особа може почуватися відчуженою і неправильною. Такі обставини можуть негативно вплинути на її психічне здоров'я та самосвідомість. Використання медіа, особливо соціальних мереж, стало важливим інструментом для порівняння себе з іншими, підвищуючи рівень тривожності та депресії, коли особа не відповідає результатам порівняння.

Образ Я є динамічним явищем. Він еволюціонує протягом життя та у відповідь на зміни в соціальному та особистому контекстах. Поява нових ролей, таких як батьківство, або важливі життєві події, наприклад, зміна місця проживання чи кар'єри, можуть суттєво вплинути на самоусвідомлення особи. Через стрес або труднощі в адаптації виникають нові шляхи інтерпретації та формування образу Я (Анпілова 2016).

Методи психологічної корекції образу Я також займають важливе місце в практиці. Зокрема, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) виявилася ефективною у виправленні негативних переконань, пов'язаних із образом Я. Психотерапевтична допомога може зосереджуватися на усвідомленні та перегляді негативних думок і схем самому для формування позитивного образу Я. Клієнтська терапія Роджерса підкреслює важливість прийняття та емпатії у процесі загоєння. Взаєморозуміння та підтримка з боку терапевта здатні суттєво вплинути на розвиток здорового образу Я. Таку думку також поділяє автор Палагута В. І. [71].

Образ Я виконує кілька ключових функцій. По-перше, когнітивні функції формують схеми мислення про себе та своє оточення, процеси прийняття рішень, які скорочують час на саморефлексію. Когнітивні функції також включають механізми, які допомагають людині концептуалізувати свої цілі та пріоритети, створюючи картину майбутнього, яка стимулює особистісний розвиток. Вони дозволяють оцінювати свої сильні та слабкі сторони, що відіграє важливу роль у самоаналізі та особистому зростанні.

По-друге, емоційні функції безпосередньо пов'язані з самоосмисленням та емоційним станом індивіда, оскільки позитивне сприйняття себе призводить до високого рівня задоволеності життям. Емоційні функції також охоплюють здатність до емпатії та соціальної взаємодії. Коли особа має позитивний образ Я, ця особа зазвичай відкритіша до інших і здатна більш глибоко взаємодіяти на емоційному рівні, що сприяє зміцненню соціальних зв'язків і стосунків.

По-третє, поведінкові функції безпосередньо впливають на мотивацію особи. Наприклад, особа з високою самооцінкою, як правило, більш активна в досягненні своїх цілей, тоді як особа з низьким образом Я може схилитися до пасивності та соціальної ізоляції. Поведінкові функції також включають готовність до ризику. Люди з позитивним образом Я можуть бути більш схильними до нових викликів, експериментувати з новими соціальними ситуаціями, що в свою чергу може стимулювати їхнє особистісне зростання.

Емоційні функції охоплюють почуття самоповаги та самоактуалізації, які впливають на загальний душевний стан особи. Дослідження доводять, що позитивний образ Я може призводити до підвищення рівня щастя, задоволення від життя та зниження рівня тривожності. Особа з позитивним образом Я зазвичай здатна легше подолати труднощі і протистояти стресу, оскільки має внутрішні ресурси для підтримання психічного здоров'я.

Поведінкові функції пов'язані з мотивацією: позитивний образ Я може спонукати особу до дій, спрямованих на досягнення особистісних та професійних цілей. Водночас негативний образ Я може призводити до уникнення дій, страху перед невдачею і навіть соціальної ізоляції. Наприклад, індивіди з низьким самоусвідомленням можуть уникати участі в групових заходах, що, в свою чергу, підживлює їх негативні переживання. Це може стати циклічним процесом, коли відмова від соціальної взаємодії призводить до посилення почуттів неповноцінності та ізоляції.

Соціальне оточення є важливим чинником формування образу Я. Зворотний зв'язок від родини, друзів, колег і медіа створює уявлення особи про себе. Дослідження показують, що підтримка в важкі часи з боку близьких сприяє формуванню позитивного образу Я. В умовах негативних соціальних умов, таких як дискримінація чи булінг, особа може почуватися відчуженою і неправильною. Такі обставини можуть негативно вплинути на її психічне здоров'я та самосвідомість.

Образ Я є динамічним явищем. Він еволюціонує протягом життя та у відповідь на зміни в соціальному та особистому контекстах. Поява нових

ролей, таких як батьківство, або важливі життєві події, наприклад, зміна місця проживання чи кар'єри, можуть суттєво вплинути на самоусвідомлення особи. Через стрес або труднощі в адаптації виникають нові шляхи інтерпретації та формування образу Я. У цьому контексті важливо зазначити, що підтримка з боку соціальних мереж і групи друзів може допомогти особі адаптуватись та формувати позитивний образ Я під час змін.

Індивідуальні особливості образу Я відображають унікальність кожної особистості і варіюються в залежності від багатьох факторів, серед яких важливими є досвід, соціальне оточення, міжособистісні стосунки та індивідуальні психологічні риси. Один з ключових аспектів — це самооцінка, яка може мати великий вплив на образ Я та загальну впевненість людини у собі. Висока самооцінка часто асоціюється з позитивним сприйняттям себе, тоді як низька може спричиняти негативні емоції та проблеми в самоідентифікації, згідно з авторами Велитченко Л. К., Варій М. Й., Палагута В. І., Столяренко О. Б., Шахова, О. Г. [11; 12; 71; 72; 73; 76; 86].

Соціальні взаємодії також відіграють критичну роль у формуванні образу Я, оскільки він формується в контексті відносин із родиною, друзями та культурним середовищем. Вплив соціальних порівнянь може бути як позитивним, так і негативним, що впливає на самоусвідомлення людини. Культурні фактори, включаючи соціальні норми та стандарти, формують уявлення про себе, адаптуючи образ Я до умов конкретної культури.

Психологічні аспекти, такі як рефлексія і самоусвідомлення, сприяють більш глибокому усвідомленню власного образу Я і можуть варіюватися в інтенсивності від особи до особи. Наразі важливо зазначити, що негативні досвіди, включаючи травми, можуть також формувати образ Я, заважаючи розвитку позитивного самосприйняття.

Таким чином, вивчення індивідуальних особливостей образу Я відкриває шлях до розуміння того, як особисті переживання та соціальні взаємозв'язки впливають на самоідентифікацію особистості та її

психологічне благополуччя. Велитченко Л. К., Варій М. Й., Палагута В. І., Столяренко О. Б., Шахова, О. Г. [11; 12; 71; 72; 73; 76; 86].

Узагальнюючи, образ Я – це складний та багатовимірний феномен, що включає в себе різні елементи, такі як самосприйняття, самооцінка, соціальне порівняння та ідентичність. Ці елементи мають вагомий вплив на психічне здоров'я особи. Теоретичний аналіз вказує на те, що образ Я формується під впливом соціального оточення і зазнає змін протягом життя. Корекція образу Я в рамках психологічної терапії може суттєво поліпшити якість життя особи, впливаючи на її рівень задоволеності життям та адаптацію до соціального середовища.

Розуміння механізмів формування образу Я відкриває нові горизонти для практичної психології та особистісного розвитку. Ця тема залишається актуальною, оскільки вплив соціальних змін, технологічних нововведень та розвитку медицини ставить нові питання щодо психічного здоров'я та благополуччя в суспільстві.

Один з ключових аспектів є самооцінка, яка може мати великий вплив на образ Я та загальну впевненість людини у собі. Висока самооцінка часто асоціюється з позитивним сприйняттям себе, тоді як низька самооцінка може спричиняти негативні емоції та проблеми в самоідентифікації. Самооцінка також може варіюватися в залежності від контексту та ситуацій, у яких перебуває особа, що робить її динамічною характеристикою.

Соціальні взаємодії також відіграють критичну роль у формуванні образу Я. Відносини з родиною, друзями та культурним середовищем впливають на те, як особа бачить себе і своє місце в світі. Вплив соціальних порівнянь може бути як позитивним, так і негативним, що впливає на самоусвідомлення людини. Наприклад, позитивне порівняння себе з людьми, які досягли успіху, може мотивувати до досягнення нових цілей, тоді як негативне порівняння формується при відчутті недостатності порівняно з іншими.

Психологічні аспекти, такі як рефлексія і самоусвідомлення, сприяють більш глибокому усвідомленню власного образу Я і можуть варіюватися в інтенсивності від особи до особи. Важливо зауважити, що регулярна практика саморефлексії може допомогти особі краще розуміти свої внутрішні мотивації, потреби і переживання, що, в свою чергу, веде до більш цілісного образу Я.

Наразі варто також підкреслити, що негативні досвіди, включаючи травми, можуть формувати образ Я, заважаючи розвитку позитивного самосприйняття. Такі травматичні переживання можуть тривати на протязі життя, якщо особа не отримує необхідної підтримки для їх подолання [33].

Кожен індивід є унікальним у сприйнятті своїх можливостей і обмежень, що формує різноманітні шляхи для самовираження та самоактуалізації. Важливо враховувати інтервенції, які можуть бути адаптовані для різних груп населення, враховуючи їхні культурні особливості та специфіку психологічних потреб. Сучасні виклики, такі як стреси, викликані пандемією або швидкими змінами в технологіях, підкреслюють необхідність дослідження образу Я у нових умовах і контекстах, щоб знайти ефективні стратегії для покращення загального психічного здоров'я.

1.2. Теоретичний аналіз підходів до вивчення впливу хронічних захворювань на психіку людини

Образ Я як психологічне явище вивчається з різних методологічних підходів. Образ Я є одним з основних концептів у психології, що визначає, як особистість сприймає саму себе, укладаючи враження про свої якості, здібності та місце в соціальному середовищі. Цю думку поділяє автор Бех І. Д. [6]. Питання про те, як формується, змінюється і вплине на поведінку особистості, стає основним у багатьох теоретичних парадигмах авторів Велитченко Л. К., Варій М. Й., Палагута В. І., Столяренко О. Б., Шахова О. Г. [11; 12; 71; 72; 73; 76; 86].

Образ Я є важливою психологічною категорією, що має значення як для теоретичних досліджень, так і для практичної психології. Він являє собою сукупність уявлень людини про саму себе, включаючи фізичний вигляд, особисті характеристики, соціальну ідентичність, а також уявлення про свої здібності та роль у суспільстві. Розуміння образу Я є важливим для розв'язання багатьох психологічних проблем, зокрема для дослідження самооцінки, ідентичності, самопрезентації та психологічної адаптації людини в різних соціальних умовах (Бакаленко 2017).

Образ Я розглядається в межах різних психологічних теорій, які пропонують різні підходи до його аналізу та розуміння. Основні теоретичні підходи до вивчення образу Я можна умовно поділити на кілька категорій: психоаналітичний, гуманістичний, когнітивний і соціально-психологічний. Кожен з цих підходів дає свій погляд на природу образу Я, а також на фактори, що впливають на його формування та зміни протягом життя. Розглянемо основні теоретичні підходи до вивчення образу Я, що дозволяють краще зрозуміти його сутність і функції.

1. Психоаналітичний підхід до образу Я

Психоаналітичний підхід до вивчення образу Я, насамперед, пов'язаний з ідеями Зигмунда Фрейда, котрий розглядав психіку людини через три основні структури: Ід (несвідоме), Его (Я) та Супер-Я (внутрішній моральний контроль). У фрейдистській теорії его (Я) виконувало роль посередника між примітивними бажаннями Ід та моральними вимогами Супер-Я, а також між реальним світом. Психоаналіз вважав, що образ Я розвивається через взаємодію цих трьох структур психіки, і виникнення конфліктів між ними може призвести до порушень самосприйняття та психологічних проблем.

Психоаналітична теорія, заснована Зигмундом Фройдом, акцентує увагу на несвідомих процесах, що впливають на образ Я. Відповідно до фрейдистського підходу, образ Я формується в результаті конфлікту між свідомим і несвідомим, а також між статевими та агресивними імпульсами і

соціальними нормами. Образ Я, з точки зору цієї теорії, є результатом внутрішнього життя особистості, яке формується під впливом дитячих переживань і травм.

Також важливою є концепція Я (Ego), яка виконує роль медіатора між ід (Id) – примітивною частиною психіки, що відповідає за базові інстинкти, і суперего (Superego) – моральними уявленнями особистості. Психоеаналіз також вказує на роль захисних механізмів, які допомагають особі підтримувати позитивний образ Я, маскуючи або спотворюючи дискомфортні емоції та переживання.

Фрейд підкреслював важливість раннього дитячого досвіду для формування образу Я. За його думкою, перші взаємини з батьками та доглядальниками визначають, наскільки гармонійним або конфліктним буде образ Я в дорослому віці. Так, якщо дитина не отримує достатньо любові і турботи, її образ Я може сформуватися спотворено, що в подальшому може призвести до низької самооцінки або відчуття неповноцінності.

Крім того, концепція "об'єктних відносин" (розвинута такими теоретиками, як Мелані Кляйн і Дональд Вінікот) передбачає, що образ Я формується також завдяки взаємодії з певними "об'єктами" (людьми або значущими постатями). Створення здорового образу Я вимагає стабільних і безпечних емоційних зв'язків у дитинстві, що є важливою умовою для психічного благополуччя в дорослому віці.

2. Гуманістичний підхід до образу Я

Гуманістичний підхід, представлений К. Роджерсом і А. Маслоу, підкреслює значення індивідуальної самореалізації та цілісності образу Я. У цьому контексті образ Я розглядається як динамічна структура, що підлягає постійній еволюції через досвід і самопізнання. К. Роджерс вважає, що позитивна самооцінка є необхідною умовою для розвитку здорового образу Я. Гуманістичний підхід підкреслює важливість самореалізації та особистісного зростання. К. Роджерс запропонував концепцію «реального Я» і «ідеального Я», що уособлює різницю між тим, ким особистість є насправді,

і ким вона хоче бути. Згідно з його теорією, позитивна самооцінка і конструктивний образ Я є результатом підтримки та безумовного прийняття з боку інших. Цю думку поділяє автор Бех І. Д. [6].

Гуманістична психологія акцентує увагу на суб'єктивному досвіді особистості і її потребі в самовираженні. Вона відзначає, що особи з позитивним образом Я мають схильність до кращої адаптації в соціальній сфері та вищого рівня психічного благополуччя.

Карл Роджерс у своїй теорії самосприйняття розрізняв два ключових компоненти образу Я: реальний Я та ідеальний Я. Реальний Я – це те, яким людина є насправді, у той час як ідеальний Я – це уявлення про те, ким людина хоче бути. Важливою рисою психічного здоров'я є гармонія між цими двома компонентами. Коли реальний Я значно відрізняється від ідеального Я, це може призвести до внутрішнього конфлікту, тривоги і депресії.

У концепції Роджерса важливе значення має таке явище, як конгруентність – це стан, коли людина є автентичною, а її внутрішні переживання і зовнішнє поведіння збігаються. Роджерс вважав, що для досягнення психологічного благополуччя людина повинна бути вільною від зовнішнього тиску та приймати себе такою, якою вона є.

Абрагам Маслоу, у свою чергу, акцентував на важливості процесу самоактуалізації – прагнення людини реалізувати свій потенціал і стати тим, ким вона має бути. Самоактуалізація є вищою потребою в його піраміді потреб і тісно пов'язана з образами Я. Маслоу підкреслював, що кожна людина має потенціал досягти повної самореалізації, і для цього необхідно формувати здоровий і позитивний образ Я.

3. Когнітивний підхід до образу Я

Когнітивна психологія розглядає образ Я як результат когнітивних процесів, що включають сприйняття, пам'ять, увагу та інтерпретацію досвіду. Основними теоретиками цього напрямку є Джордж Келлі і Альберт Бандура.

Когнітивний підхід, представлений Робертом Беном та Еллен Пейн, фокусується на внутрішніх процесах, що впливають на формування образу Я, включаючи когнітивні структури, системи переконань та самоідеали. В цьому контексті образ Я є результатом взаємодії аспектів самосприйняття, самооцінки і когнітивних упереджень. Когнітивний підхід до образу Я зосереджується на процесах, які сприяють формуванню і підтримці самоусвідомлення. У рамках цього підходу головну роль відіграють уявлення, переконання і думки особистості про себе. Когнітивісти вважають, що образ Я формується на основі інформації, яка надходить з оточення та власного досвіду. Основним з них є теорія когнітивного дисонансу, розроблена Леоном Фестінгером, яка стверджує, що люди прагнуть до гармонії між своїми переконаннями та вчинками. Виникнення дисонансу може призвести до зміни образу Я або поведінки.

Когнітивні процеси, такі як селективне сприйняття та пам'ять, також впливають на формування і збереження образу Я. Наприклад, позитивний чи негативний досвід можуть по-різному впливати на самооцінку, формуючи в результаті як позитивний, так і негативний образ Я. У цьому контексті важливим є вивчення когнітивних схем, що лежать в основі сприйняття себе.

Джордж Келлі у своїй теорії персональних конструкцій акцентував увагу на тому, що людина створює свій образ Я через систему конструкцій, які вона використовує для тлумачення світу. Відповідно до цієї теорії, особистісні конструкції допомагають людині орієнтуватися в реальності та адаптуватися до нових ситуацій. Келлі вважав, що кожен індивід буде власний образ Я на основі спостереження за своїм життям і аналізу того, як він реагує на навколишнє середовище.

Альберт Бандура, розвиваючи теорію соціального навчання, запропонував концепцію самовизначення, зокрема самовпевненості та самомотивації. За Бандурою, важливу роль у формуванні образу Я відіграє самооцінка і здатність особистості ставити перед собою цілі та досягати їх. Людина, що має позитивний образ Я і віру в свої сили, здатна реалізувати

свої можливості, тоді як низька самооцінка може призвести до невдач і відчуття безсилля. Бандура вводить поняття самоефективності, яке відображає віру особистості в свої можливості досягати певних цілей. Рівень самоефективності суттєво впливає на мотивацію і дії, формуючи позитивний або негативний образ Я. Висока самоефективність сприяє формуванню активної позиції у житті та підвищує ймовірність успішних результатів. Соціально-когнітивний підхід, представлений Альбертом Бандурою, зосереджується на впливі соціального оточення на формування образу Я. У цій теорії ключову роль відіграє концепція спостережуваного навчання, що свідчить, що особистість формує образ Я через спостереження за іншим. Цю думку поділяє автор Бех І. Д. [6]. Такі фактори, як рольові моделі, соціальні норми і культурні цінності, відіграють важливу роль у формуванні самооцінки та ідентичності.

4. Соціально-психологічний підхід до образу Я

Соціально-психологічний підхід до вивчення образу Я підкреслює важливість соціального контексту та взаємодії з іншими людьми в формуванні самосприйняття. В цьому контексті важливими є концепції, запропоновані такими дослідниками, як Джордж Герберт Мід і Ервін Гоффман.

Джордж Герберт Мід вважав, що образ Я формується через соціальні взаємодії, зокрема через те, як людина сприймає себе з позиції інших людей. Відповідно до його концепції, Я є результатом соціальної взаємодії та обміну ролями, що людина грає у різних соціальних контекстах. Важливим є те, що особистість розвивається в процесі соціалізації, а самосприйняття формується через рольову поведінку та сприйняття себе в контексті взаємодії з іншими. Цю думку поділяє автор Бех І. Д. [6].

Ервін Гоффман у своїй теорії театральної постановки також підкреслював роль соціальних взаємодій у формуванні образу Я. Він стверджував, що людина грає різні ролі залежно від того, в якому соціальному контексті вона знаходиться. Образ Я в цьому випадку є не

стільки стійкою сутністю, скільки змінною роллю, яку людина приймає залежно від ситуації та очікувань інших.

5. Екзистенціальний підхід до образу Я.

Він розглядає образ Я, як реакцію на абсурдність життя і волю до свободи. Основні представники цього підходу, такі як Віктор Франкл, акцентують увагу на пошуку сенсу життя як важливої складової формування образу Я. За Франклом, образ Я є активним процесом, який реалізується через вибір і особисту відповідальність.

Екзистенціалізм також розглядає концепцію автентичності, що стосується усвідомлення своїх істинних бажань і цінностей. Цей підхід заохочує індивідів до саморефлексії та відкриття своїх справжніх потреб, що, в свою чергу, веде до формування справжнього образу Я [74].

6. Сучасні підходи до вивчення образу Я

Сучасні підходи до вивчення образу Я інтегрують різні теоретичні напрями та використовують новітні методи дослідження, такі як нейропсихологія та дослідження в галузі психотерапії. На сьогодні важливим аспектом є розуміння того, як соціокультурні фактори, такі як масова культура, медіа та інші соціальні інститути, формують образ Я в сучасному світі.

Психологія сьогодні також активно вивчає вплив технологій, зокрема соціальних мереж, на самосприйняття людини. В умовах глобалізації та цифровізації суспільства, образ Я стає більш мобільним і змінюється в залежності від зовнішніх впливів, що є новим аспектом для психологічних досліджень.

Таким чином, образ Я є важливим компонентом психічного здоров'я і розвитку особистості. Різні психологічні школи пропонують свої підходи до вивчення цього феномену, що дає змогу комплексно розглядати фактори, які впливають на формування самосприйняття, соціальної ідентичності та внутрішньої гармонії. Образ Я є складним і багатограним соціально-психологічним феноменом, який можна аналізувати з різних теоретичних

підходів, таких як когнітивний, психоаналітичний, соціально-когнітивний, гуманістичний та екзистенціалізм. Згідно з авторами Велитченко Л. К., Варій М. Й., Палагута В. І., Столяренко О. Б., Шахова, О. Г. [11; 12; 71; 72; 73; 76; 86]. Кожен з цих підходів пропонує унікальний погляд на процеси, що формують образ Я, і сприяє глибшому розумінню його функцій у житті особистості. Вивчення образу Я в різних контекстах дозволяє знаходити нові шляхи для психологічної підтримки індивідів, допомагаючи їм краще усвідомлювати свою ідентичність і соціальну роль.

Серед нових напрямів дослідження варто відзначити вплив соціальних мереж, які змінили спосіб самовираження і самооцінки індивідів. Дослідження показують, що активне використання соціальних платформ може призвести до підвищення соціальної порівняльності, що, в свою чергу, може впливати на самооцінку і загальний образ Я. Відомі психологи, такі як Джонатан Годдард та Лорен Джонсон, підкреслюють, що платформи, такі як Instagram та Facebook, створюють новий контекст для соціальної взаємодії, який може як позитивно, так і негативно впливати на самооцінку індивіда. Користувачі часто порівнюють себе з іншими, базуючи своє самоусвідомлення на зовнішності, популярності постів чи лайків. Водночас, позитивні соціальні відгуки можуть підвищити самооцінку і створити більш конструктивний образ Я.

Однак значна частина досліджень вказує на те, що надмірна залежність від соціальних мереж може призводити до формування негативного образу Я та психічних розладів. Наприклад, у дослідженні, проведеному Келлі Віт ба та Джекобом Гріном, виявлено, що частота використання соціальних мереж корелює з підвищеним рівнем тривожності та депресії. Задля вирішення цих проблем у психології з'явилася нова область, яка досліджує механізми цифрового самоусвідомлення.

Нещодавні дослідження також звертають увагу на те, як персональні та культурні чинники впливають на формування образу Я. Як показали роботи Віктора Шлосберга і Ольги Науменко, культурні контексти, в яких існує

особистість, формують її уявлення про себе. У рамках культурної психології досліджують, як колективістські та індивідуалістські культури сприймають концепцію образу Я. У колективістських культурах образ Я часто визначається через соціальні ролі і відносини, тоді як в індивідуалістських культурах акцент робиться на особистих досягненнях та самовираженні. Цю думку поділяє автор Бех І. Д. [6].

Дослідження Діани Грінберг пропонують нові підходи до розуміння образу Я у різних культурних контекстах, підкреслюючи важливість врахування культурної ідентичності як складової самоусвідомлення. Ці результати вказують на необхідність розробки нових методів оцінки образу Я, які б враховували культурні особливості.

Сучасні дослідження все більше акцентують увагу на психологічних аспектах образу Я, зокрема на впливі емоційної інтелігентності та самоусвідомлення на формування позитивного образу Я. Вчені, такі як Джон Д. Мейер та Пітер Саловеї, вказують на те, що високий рівень емоційної інтелігентності позитивно корелює з конструктивним образом Я і самосприйняттям. Це переконання підтверджується результатами досліджень, які доводять, що підвищена емоційна усвідомленість допомагає індивідам ефективніше справлятися зі стресом і покращувати свої соціальні відносини.

Спостереження за взаємозв'язком між емоційною інтелігентністю і образом Я демонструє, що особи, які здатні виявляти і розуміти свої емоції, можуть створити більш позитивний образ Я, що, в свою чергу, сприяє кращій адаптації в соціальному середовищі. Дослідження показують, що програми, які сприяють розвитку емоційної інтелігентності, можуть позитивно впливати на формування образу Я як у дітей, так і у дорослих.

Значний прогрес у вдосконаленні методів вимірювання образу Я став важливим аспектом сучасних досліджень. Традиційні методи, зокрема анкетування, часто піддаються критиці за їх обмеження в контексті самосвідомості та суб'єктивності відповідей. Тому новітні дослідження

пропонують використовувати комбінацію якісних та кількісних методів, таких як інтерв'ювання, спостереження та біометричні методи для оцінки образу Я [48].

Ці інновації дозволяють отримати більш достовірні дані щодо самооцінки і образу Я. Наприклад, методики візуалізації для вимірювання емоційних реакцій на різні стимули демонструють, як різні чинники формують образ Я в реальному часі. Хоча ці методи ще знаходяться на стадії розвитку, вони пообіцяли значні перспективи для подальшого дослідження.

Все більш активним у сучасних дослідженнях образу Я є міждисциплінарний підхід, який об'єднує знання з психології, соціології, антропології та культурології. Наприклад, дослідження, проведені Еллісою М. Кокс, ілюструють, як соціальні атрибути, такі як раса, стать та клас, формують унікальні образи Я в різних соціальних контекстах [89].

Міждисциплінарний підхід відкриває нові можливості для вивчення образу Я, дозволяючи охопити більше аспектів та нюансів проблеми. Проте це також створює нові виклики, такі як інтеграція даних з різних галузей і необхідність у нових теоретичних рамах, які включають різноманітні підходи.

Сучасні дослідження образу Я виявляють його складність і багатогранність, демонструючи важливість соціальних, психологічних і культурних факторів. Аналіз літератури показує, що подальше дослідження образу Я вимагає інтеграції нових підходів і методів, а також врахування змін у суспільстві, які впливають на самоусвідомлення особистості. Незважаючи на значний прогрес у розумінні образу Я, ще залишаються численні питання, які потребують глибшого вивчення, особливо в умовах сучасних соціальних змін. Комбінація кількісних та якісних методів, міждисциплінарний підхід і акцент на емоційну інтелігентність надають нові перспективи для майбутніх досліджень, сприяючи глибшому розумінню того, як особистість формує своє власне «я» у сучасному світі. Цю думку поділяє автор Бех І. Д. [6].

Дослідження образу Я вимагає використання різноманітних методів, що дозволяють зібрати як кількісні, так і якісні дані про цей феномен. Методи дослідження образу Я можуть бути умовно поділені на кілька груп: опитувальники та анкети, проектні методи, спостереження, а також експериментальні і психофізіологічні методи.

При проведенні дослідження образу Я важливо правильно визначити методологічний підхід. Вибір методів дослідження залежить від мети дослідження та специфіки об'єкта. Кількісні методи, такі як опитування, анкети та статистичний аналіз, можуть бути використані для виявлення кореляцій і основних тенденцій, тоді як якісні методи, включаючи глибокі інтерв'ю та контент-аналіз, дозволяють зібрати більш детальну інформацію про переживання та ставлення індивідів до свого образу Я.

Образ Я – це складна структура уявлень, що охоплює самосвідомість, самооцінку та ідентичність особистості. Його вивчення є важливим аспектом психології, соціології та культурології, оскільки воно відображає, як людина сприймає себе у соціальному контексті. Методологічні аспекти дослідження образу Я охоплюють визначення поняття, теоретичні основи, різні методологічні підходи, етичні питання та перспективи подальших досліджень. Цей підрозділ розгляне ці аспекти більш детально посилаючись на авторів Велитченко Л. К., Варій М. Й., Палагута В. І., Столяренко О. Б., Шахова, О. Г. [11; 12; 71; 72; 73; 76; 86].

Вибору конкретних методів має передувати ретельний огляд літератури, який дозволить виявити найефективніші підходи та вказати на прогалини в знаннях. Аналіз методів, які використовувалися у попередніх дослідженнях, допоможе оптимізувати проведення власного дослідження.

Крім того, важливо враховувати етичні аспекти, які пов'язані з дослідженням образу Я, оскільки це може торкатися особистісних і чутливих тем. Дослідники повинні дотримуватися принципів добросовісності та конфіденційності, щоб забезпечити чесність і етичність у своїй роботі [56].

Методологічно дослідження образу Я можуть бути поділені на кількісні та якісні підходи. Кількісні методи включають статистично обґрунтовані дослідження, що дозволяють виявити закономірності і кореляції між змінними. Це анкетування: основним методом є використання стандартизованих анкет, що вимірюють рівень самооцінки, соціальної ідентичності та емоційного сприйняття. Також, стандартизовані тестування: такі, як тест самооцінки Розенберга, допомагають виявити рівень здорової самооцінки та ідентичності. Також, статистичний аналіз: застосування статистичних моделей для виявлення взаємозв'язків між образом Я і іншими психологічними змінними.

Якісний підхід дозволяє глибше розглянути досвід особистостей, їх думки та почуття. Це глибинні інтерв'ю: цікавлять особисті наративи, що дозволяють глибше зрозуміти механізми формування образу Я. Фокус-групи: залучення учасників до обговорення своїх уявлень про образ Я, що дозволяє виявити соціальні та культурні аспекти самосприйняття. Контент-аналіз: аналіз текстів, візуальних матеріалів, блогів або постів у соціальних мережах для виявлення основних тем і патернів.

У дослідженнях образу Я важливо дотримуватись етичних норм, щоб захистити учасників. Це конфіденційність: забезпечення захисту особистих даних учасників. Інформована згода: учасники повинні знавати мету дослідження, його зміст і можливі ризики. Терапевтичний простір: оскільки дослідження може викликати стрес, важливо забезпечити підтримку для учасників.

Дослідження образу Я продовжує розвиватися, а отже, є кілька перспективних напрямків для подальшого вивчення. Це вплив цифрових технологій: Актуальним є вивчення того, як соціальні мережі та інші цифрові платформи впливають на образ Я, самооцінку та міжособистісні відносини. Крос-культурні дослідження: Вивчення образу Я в різних культурах дозволить зрозуміти, як культурні відмінності впливають на самоусвідомлення. Міждисциплінарні дослідження: Поєднання апробованих

підходів з психології, соціології та антропології до створення комплексної моделі образу Я [61].

Одним з найпоширеніших методів дослідження образу Я є використання стандартних опитувальників та анкет. Ці інструменти дають змогу отримати кількісні дані про різні аспекти самосприйняття та самооцінки. Наприклад, шкала самооцінки Розенберга є популярним інструментом для вимірювання загального рівня самооцінки. Водночас, для більш глибокого аналізу образу Я використовуються різноманітні анкети, що вивчають специфічні його аспекти, такі як уявлення про себе в різних соціальних ролях, відносини з іншими людьми та переживання внутрішнього конфлікту між реальним і ідеальним Я.

Проектні методи, зокрема методи, що базуються на вільному асоціюванні або інтерпретації малюнків, дозволяють досліджувати несвідомі та приховані аспекти образу Я. Одним з таких методів є тест "Роршаха", що дозволяє вивчати, як людина інтерпретує неструктуровані стимули, що може дати уявлення про її внутрішній образ Я. Також існують проєктивні методи, які включають використання малюнків, таких як "Тест малюнку людини", що дозволяє оцінити, як індивід сприймає себе в контексті фізичних і психологічних характеристик [55].

Методи спостереження і інтерв'ю також є важливими інструментами дослідження образу Я. Вони дають змогу досліднику отримати детальні дані про поведінкові прояви, що відображають образ Я. Спостереження дозволяє оцінити, як людина поводить себе в різних соціальних ситуаціях, і які соціальні ролі вона приймає. Інтерв'ю дає змогу отримати більш глибоке розуміння того, як індивід самостійно оцінює себе, як він бачить свої слабкі і сильні сторони, а також які соціальні фактори впливають на його уявлення про себе.

Експериментальні методи є важливим інструментом для дослідження образу Я в умовах контрольованого середовища. Наприклад, у дослідженнях самооцінки використовуються експерименти, в яких маніпулюють умовами, що можуть змінити образ Я, наприклад, зміна соціального контексту або

зміна ставлення оточуючих. Це дозволяє дослідникам вивчати, як змінюється образ Я під впливом різних факторів, таких як групова підтримка або соціальні очікування.

Психофізіологічні методи дослідження, такі як вимірювання серцевого ритму, шкірно-гальванічної реакції або нейровізуалізація, дають змогу вивчати фізіологічні реакції, що супроводжують переживання, пов'язані з образом Я. Ці методи допомагають зрозуміти, як зміни в образі Я можуть бути відображені на фізіологічному рівні і як вони взаємодіють з психічними процесами.

Існує кілька концептуальних схем, які дозволяють структурувати знання про цей феномен. Однією з основних моделей є модель тридементарного образу Я, яка передбачає взаємозв'язок між уявленням про себе, самооцінкою та соціальними зв'язками.

Ця модель підкреслює, що образ Я формується на основі самоусвідомлення особи, наскільки вона цінує свої якості та як сприймає себе у контексті соціальних взаємодій. Важливим елементом є також те, як особа сприймає думки інших про себе, що може посилювати або зменшувати її самооцінку.

Інша модель, що заслуговує уваги, пов'язана з концепцією ідентичності. Ця модель акцентує на багатомірності образу Я, вказуючи на те, що індивід може мати кілька ідентичностей, які проявляються в різних соціальних ситуаціях. Це означає, що образ Я є контекстуально залежним і може варіюватися в залежності від ролей і очікувань, які покладаються на особу.

Загалом, концептуальні схеми та моделі образу Я допомагають структурувати інформацію про дану тему та забезпечують базу для подальшого дослідження з метою глибшого уясування механізмів формування та змінення образу Я у різних соціальних контекстах [76].

Фізичний стан людини значно залежить від рівня тривожності. Коли інформації недостатньо, це може спричинити почуття тривоги і страху, які в

свою чергу викликають стрес у тілі. Якщо тривожний стан триває коротко, наприклад, 15 хвилин, це не є серйозною проблемою. Проте, якщо такі відчуття тривають протягом дня, місяця або навіть року, це може призвести до дистресу, який негативно впливає на організм. Багато захворювань виникають саме через цей дистрес. Підвищення рівнів кортизолу, адреналіну та глюкози, а також постійний відтік крові від внутрішніх органів до м'язів рук, ніг та мозку стають причинами підвищеного артеріального тиску, прискореного серцебиття та дихання. Це поступово веде до таких хвороб, як діабет, гіпертонія, синдром подразненого кишківника та гастрит. Зменшення кровопостачання внутрішніх органів може викликати цистит, простатит, а в подальшому – дисбактеріоз і навіть онкологічні захворювання. Багато недуг, якими ми страждаємо та які скорочують тривалість нашого життя, є наслідком дистресу – стану напруженості і невизначеності, що заважає прийняти рішення.

Окрім фізичних наслідків, хронічна тривога може призводити до психосоматичних захворювань, що свідчить про тісний зв'язок між психічним і фізичним станом. Важливо виявляти ознаки стресу та розуміти, що кращі методи управління тривожністю включають фізичні вправи, техніки релаксації та психологічну підтримку. Соціальна підтримка, розуміння з боку близьких і регулярні медичні огляди можуть значно покращити загальний стан здоров'я.

Наукові дослідження підтверджують, що хронічний стрес є причиною розвитку багатьох серйозних захворювань. Тому варто звернути увагу на управління стресом і вживати заходи для профілактики його негативного впливу на організм.

Багато людей – і не лише літніх – живуть із хронічними захворюваннями. Багатьом доводиться роками пристосовуватися до життя з хворобою: змінювати свої цілі, способи їх досягнення, враховуючи обмеження, які накладає стан здоров'я. До цих змін вимушено адаптуються і їхні близькі. І зазвичай це непросто – і для самого хворого, і для родини.

Часто цей процес супроводжується внутрішньою боротьбою, душевним болем і втратою. Адже хвороба здатна руйнувати не тільки тіло, а й психологічний стан людини.

Хоча випадки, коли людина, попри тяжке захворювання, не лише не здається, а навпаки – розвивається, росте як особистість і досягає значущих результатів, трапляються нечасто, вони надихають. Цю думку поділяє автор Бех І. Д. [6]. Один із найвідоміших прикладів – Стівен Хокінг. Попри діагноз «бічний аміотрофічний склероз», який поступово позбавив його можливості керувати тілом, він зберіг ясність розуму, продовжив наукову діяльність, виховав трьох дітей і забезпечував родину. Його приклад – це не лише про силу волі, а й про здатність переосмислити обмеження як виклик, а не вирок.

Інші приклади також доводять, що внутрішня робота над собою іноді змінює хід життя. Так, американська художниця Фріда Кало, яка з дитинства мала проблеми зі здоров'ям і пережила важку аварію, змогла трансформувати свій біль у яскраву художню мову, яка вразила світ. Або Нік Вуйчич – людина, народжена без рук і ніг, який став відомим мотиваційним спікером, автором і батьком чотирьох дітей. Усі ці приклади демонструють, що навіть у складних фізичних умовах можливий глибокий особистісний і творчий розвиток – за умови внутрішнього прийняття, підтримки і сенсу, на думку автора Палагута В. І. [71].

Почувши діагноз, незалежно від причин виникнення хвороби, людині важливо усвідомити обмеження, які вона отримує разом із хворобою, а також можливі наслідки. У цей момент люди реагують по-різному: хтось пасивно піддається перебігу хвороби, а хтось намагається зберегти активну життєву позицію, контролюючи свою поведінку. Це підводить нас до питання – що саме допомагає людині активізувати внутрішнє бажання протистояти хворобі й реалізовувати свої здібності в нових, обмежених умовах?

Часткову відповідь на це запитання дає аналіз психологічного стану хворої людини. Щоб описати її стан на будь-якому етапі життя в контексті

даної проблеми, можна опиратися на два взаємопов'язані поняття: внутрішню картину здоров'я та внутрішню картину хвороби.

Внутрішня картина здоров'я – це поняття, яке запропонувала Некрасова Ю. М. для опису ментальних уявлень, що сприяють зміцненню психологічної стійкості людини та знижують імовірність виникнення хвороб

Внутрішня картина хвороби – термін, запроваджений А. Р. Лурією, що описує, як людина уявляє свою хворобу: якою вона її бачить, чи вважає її виліковною і якими способами. Це своєрідна ментальна модель, яка включає внутрішній набір відчуттів, сприйнять, емоцій, суперечливих уявлень і травматичних переживань.

Ця картина складається з чотирьох основних рівнів:

Перцептивний – пов'язаний із фізичними симптомами та тілесними відчуттями. Емоційний – охоплює емоційні реакції на хворобу та ті обмеження, які вона спричиняє. Інтелектуальний – стосується знань людини про хворобу, її причини та можливі наслідки. Мотиваційний – відображає ставлення до хвороби та внутрішні спонукання: чи хоче людина щось змінити, чи, навпаки, приймає ситуацію як незмінну.

Цю внутрішню картину формує сам пацієнт, і вона може значно відрізнятись від того, як лікарі або фахівці бачать цю ж хворобу.

Зміщення у структурі захворюваності в бік хронічних хвороб у всьому світі стало можливим завдяки появі антибактеріальних препаратів, які значно знизили смертність від інфекційних хвороб.

Хронічне захворювання – це стан, що триває довго, не має природної тенденції до одужання і не передбачає повного вилікування.

Деякі захворювання (наприклад, після хірургічного втручання) різко змінюють умови життя та праці людини. Інші - розвиваються поступово, не відразу позбавляючи людину життєвих сил. Через це адаптація до хронічної хвороби зазвичай відбувається поетапно і охоплює різні сфери життя, впливаючи як на фізичне, так і на психоемоційне функціонування [39].

Процес пристосування дуже індивідуальний і значною мірою залежить від когнітивного розвитку особистості – її здатності усвідомлювати, розуміти і переосмислювати свій стан.

Серед основних критеріїв успішної адаптації до хронічної хвороби виділяють. Покращення у виконанні завдань, які раніше здавалися недосяжними на початковому етапі хвороби. Стабільний психологічний стан без помітного погіршення впродовж тривалого часу. Збереження активності у кількох сферах життя (наприклад, професійній, соціальній, сімейній). Відсутність психологічних розладів. Низький рівень негативних емоцій, наявність життєвих цілей та здатність підтримувати позитивний емоційний фон.

Адаптація до хронічного захворювання відображає загальний стан особистості, охоплюючи міжособистісну взаємодію, когнітивні процеси, емоційний стан, фізичне самопочуття та поведінкові реакції. У всіх дослідженнях підкреслюється тісний зв'язок між цими компонентами.

Зокрема, депресія – як прояв емоційного рівня сприйняття хвороби – часто виникає на фоні втрати звичних функцій після початку захворювання. Це може знизити здатність людини самостійно справлятися з болем і дискомфортом, що, своєю чергою, веде до зростання потреби у медикаментозному лікуванні [57].

Кожна людина з хронічною хворобою стикається з низкою ключових завдань, які треба вирішити для успішної адаптації. Емоційне прийняття хвороби – навчитися жити з діагнозом, дати собі час на переживання та поступово прийняти зміни у своєму житті. Побудова нового уявлення про себе – не зводити себе лише до ролі «хворої людини», а бачити свою цінність і можливість в нових умовах. Пошук внутрішніх сил і підтримки – знаходити те, що дає сили жити далі: сенс, цілі, віру, рідних, творчість або щось інше, що надихає. Пристосування до зміненого способу життя – змінити розпорядок дня, ритм роботи, навантаження, щоб враховувати потреби свого організму. Збереження або відновлення щоденних функцій – робити те, що

можливо: доглядати за собою, працювати, спілкуватися, рухатися. Фінансова стабільність – мати можливість забезпечити лікування, ліки та реабілітацію (або знайти підтримку для цього). Навчитися самостійно справлятися з хворобою – знати, як доглядати за собою, приймати ліки, розпізнавати симптоми, звертатися по допомогу. Підтримувати зв'язки з близькими – не замикатися в собі, бути в контакті з тими, хто може підтримати, вислухати, бути поруч. Переглянути свої потреби і плани – змінити очікування від себе та життя відповідно до нових умов, не знецінюючи себе через це.

Згодом до основних завдань адаптації були додані ще кілька важливих напрямів: Підвищення самооцінки – навчитися знову цінувати себе, незважаючи на зміни у здоров'ї та житті. Пошук нового сенсу життя – або збереження старого, але в оновленому вигляді, з урахуванням нових умов. Це відповідає когнітивній теорії адаптації, яка підкреслює важливість внутрішнього переосмислення ситуації.

У випадку фізичних обмежень або втрати рухливості, додаються ще й практичні завдання: Навчитися справлятися з болем та посиленням симптомів – щоб зберігати контроль над своїм станом і не почуватися безпорадним. Знайти людей, які допомагатимуть у повсякденному житті – з пересуванням, доглядом за тілом, підтримкою в побуті. Підтримувати зв'язок із лікарями та медичними працівниками – мати стабільний контакт, щоб отримувати допомогу та поради. Не відмовлятися від сексуального життя, якщо це можливо, і воно залишається важливою частиною самовираження та близькості.

Особистісне зростання попри хворобу – знаходити нові можливості для розвитку, духовного чи емоційного росту. Виконання цих завдань дозволяє людині перейти на мотиваційний рівень адаптації, коли з'являється бажання не просто жити, а знову розвиватися, планувати і діяти.

Життя з хронічним захворюванням не означає, що людина більше не відчуває негативу чи розпачу. І хороші, і погані емоції – це просто різні

способи, як людина взаємодіє зі світом. Вони виникають з різних причин і по-різному впливають на стан людини.

Звісно, позитивні емоції можуть бути своєрідним захистом, що допомагає зменшити вплив негативних переживань. Наприклад, дослідження показують, що у людей з ревматоїдним артритом позитивні емоції зменшують зв'язок між болем і поганим настроєм.

Але, попри це, тільки емоційної реакції недостатньо для того, щоб повноцінно пристосуватись до хвороби.

Але якщо лікар чи близькі люди будуть постійно вимагати від хворого, щоб він не відчував негативних емоцій – мовляв, це може викликати повернення симптомів – це може тільки зашкодити. Людина почне думати, що з нею щось не так, якщо вона іноді сумує або відчуває слабкість. Вона відчуватиме, що не справляється, бо не може постійно бути в хорошому настрої.

Таке очікування стає додатковим стресом і, навпаки, може погіршити стан. Це тільки посилить відчуття безпорадності – ніби людина не здатна впливати на свій стан.

Насправді жодна здорова людина не може постійно бути в ресурсі й на позитиві. А від хворого тим більше не можна цього вимагати. Якщо лікар наполягає на тому, що хворий має завжди контролювати свій настрій і уникати будь-яких негативних емоцій, він може створити ілюзію, що тільки позитивне мислення рятує. Але така установка може зробити людину заручником постійної внутрішньої напруги і страху перед власними емоціями [67].

Зрозуміло, що будь-яке пристосування, зокрема й до життя з хронічним захворюванням, – це динамічний процес. Адаптація до хвороби не відбувається рівно чи передбачувано – це гнучкий шлях, на якому можуть змінюватися настрій людини та емоційна атмосфера серед тих, хто її підтримує. Ці зміни можуть бути як пов'язані з фізичним станом –

наприклад, з поверненням симптомів чи посиленням болю, – так і виникати незалежно від них.

Проте таких досліджень, що вивчають, як саме відбувається це пристосування в динаміці, поки що недостатньо. Багато в чому ця динаміка залежить від самого діагнозу: він визначає, наскільки прогноз сприятливий, чи зможе людина зберегти звичний спосіб життя, реалізовуватись особисто та професійно, і як швидко буде змінюватися її стан здоров'я.

Є дані, що при ревматоїдному артриті симптоми депресії та загальна якість життя зазвичай залишаються більш-менш стабільними з часом. Натомість у випадках інших захворювань, особливо після хірургічного втручання, пацієнти можуть раптово зіштовхнутися з неочікуваним болем. Такий біль викликає сильне занепокоєння й страх, що, своєю чергою, підсилює стрес і може ускладнити перебіг хвороби.

У будь-якому випадку, найбільше емоційне потрясіння зазвичай виникає в той момент, коли людина вперше чує свій діагноз – це точка, де починається внутрішня перебудова і реакція на нову реальність.

Існує багато досліджень, які вказують на зв'язок між хронічними захворюваннями та перенесеним раніше стресом. Звичайно, кожне хронічне захворювання має свої особливості, але ми зосередились на виявленні спільних закономірностей, які залежать не лише від діагнозу, а й від загальної реакції організму.

Науковці досі не можуть однозначно сказати, що з'являється першим – стрес чи хвороба. З одного боку, тривалий стрес може стати поштовхом до розвитку захворювання. З іншого – саме захворювання може змінити чутливість організму до стресу, зробивши людину вразливішою. Коли ж людина усвідомлює, що хвора, це усвідомлення може ще більше підсилити цикл: хвороба викликає стрес, а стрес погіршує стан.

Обидві гіпотези мають наукове підтвердження. Найбільш переконливими вважаються результати проспективних досліджень – таких,

де спочатку фіксують психоемоційний стан людини, а вже згодом простежують, чи виникає хвороба.

В одному з таких досліджень вивчали дані 48 892 жінок. Протягом 4 років у 759 з них діагностували рак молочної залози. І що цікаво: ще до того, як жінки дізнались про хворобу, вони вже повідомляли про біль, втому, зниження активності та життєстійкості. Тобто ще до постановки діагнозу були помітні зміни у фізичному та психоемоційному стані, на відміну від тих, кому згодом діагноз не підтвердився [46].

Це підкреслює важливість того, як саме людина переживає момент дізнання про хворобу – він стає не тільки психологічною, а й фізичною точкою перелому як для самого хворого, так і для його близьких.

У дослідженні, де оцінювався стан 8 000 осіб, які вийшли на пенсію у віці 51–61 року, на момент обстеження не було виявлено значних симптомів депресії. Однак протягом наступних двох років частині з них поставили діагноз «рак», і саме в цій групі депресивні симптоми зустрічались у 3,5 раза частіше, ніж у тих, кому діагноз не був встановлений. Більше того, протягом наступних шести років ці симптоми продовжували наростати.

Схожа динаміка була помічена і в учасників, яким діагностували серцево-судинні захворювання. Це знову ускладнює відповідь на запитання: що виникає першим – стрес чи хвороба? Найімовірніше, вони взаємно підсилюють одне одного, формуючи замкнене коло.

Цікаві результати отримано і при довгостроковому спостереженні за жінками, яким поставили діагноз рак молочної залози. Протягом 55 місяців після діагнозу вдалося виділити кілька психологічних траєкторій: 43% жінок демонстрували стабільно високий рівень психологічної якості життя, 18% спочатку відчували незначне погіршення, але згодом спостерігалось покращення, 26% після короткочасного спаду одразу почали відновлюватися й довго утримували покращений стан, 12% мали стійке погіршення психологічного стану протягом усього періоду спостереження.

Подібні патерни простежувались і серед пацієнтів, яким проводили трансплантацію серця. Дослідники виділили такі групи пацієнти з постійно високим рівнем позитивних емоцій, ті, хто весь час залишався в емоційному спаді, пацієнти, в яких спочатку переважали негативні емоції, але з часом стан покращувався, і ті, в кого настрій коливався протягом тривалого часу.

Навіть після успішних медичних втручань, наприклад коронарного шунтування, близько 30% пацієнтів переживають поступове погіршення емоційного стану, попри фізичне полегшення. Це свідчить про те, що психоемоційний стан може серйозно впливати на хід одужання і навіть нівелювати позитивний ефект від лікування.

Сам момент, коли людині ставлять діагноз, часто стає переломним: вона починає сприймати свій стан більше через емоції, ніж раціонально. З'являється цілий спектр переживань – страх, тривога, сум, злість – які пов'язані як із самою хворобою, так і з обмеженнями, які вона накладає на життя. Емоційний стан у цей період може як підтримати одужання, так і серйозно йому завадити.

Один з ключових показників, який часто вивчають у таких ситуаціях, – це рівень оптимізму. Поки що складно сказати напевно: чи то оптимізм допомагає легше проходити через хворобу, чи навпаки – легший перебіг хвороби формує більш оптимістичне ставлення [37]. Проте дослідження показують: чим вищий рівень оптимізму при виписці з лікарні, тим кращий стан здоров'я у людини через рік, і тим вища ймовірність прожити наступні 10 років після серйозного діагнозу, наприклад, у кардіологічних пацієнтів. У жінок після операції з приводу раку молочної залози високий оптимізм допомагає краще адаптуватися протягом першого року.

Більшість дослідників погоджується, що рівень оптимізму значною мірою залежить від того, яку стратегію подолання стресу (копінг-стратегію) використовує людина. Є дані, що ті, хто обирає активне вирішення проблем і звертається за підтримкою до інших, сприймають рак як менш небезпечне

захворювання. Натомість люди, які намагаються уникати теми хвороби або витісняють її, частіше бачать її як загрозову і неконтрольовану.

Також відомо, що негативні емоції та стрес здатні впливати на імунну систему, а вона, своєю чергою, – на перебіг захворювання. Хоча й тут існує зворотна залежність: саме хвороба може змінювати емоційний фон і викликати стресову реакцію.

Стан тривоги, депресії, ворожості, ізоляції, конфліктності або хронічного стресу пов'язують з розвитком серцево-судинних захворювань і навіть з підвищеною смертністю.

При цьому на реакцію людини на хворобу впливають також зовнішні чинники: рівень доходу, соціальне оточення, культура, вік на момент початку захворювання, стать і особистісні особливості. Усе це формує унікальний спосіб, яким людина справляється зі змінами у своєму житті.

Підхід, що враховує контекст життя людини, підкреслює: те, як людина справляється з хронічною хворобою, значною мірою залежить від її життєвих обставин і економічного становища. Соціально-економічний статус впливає на рівень освіти, а освіта, у свою чергу, визначає професійні можливості, доступ до якісної медицини, інформацію про здоровий спосіб життя і наявність соціального страхування.

Коли людина має низький рівень освіти і не може отримати належну медичну допомогу через брак коштів, це часто веде до бідності, низького соціального статусу, поганого настрою, тривожності та депресії. У таких умовах виникає відчуття безпорадності, яке може посилювати перебіг хвороби. Саме це відчуття часто пояснює зв'язок між низьким освітнім рівнем і підвищеним ризиком ранньої смертності [36].

У жінок хронічні захворювання частіше супроводжуються депресією та відчуттям безсилля, ніж у чоловіків. Але, водночас, саме жінки зазвичай отримують більше соціальної підтримки, що позитивно впливає на їхнє самопочуття та якість життя. Після повернення з лікарні вони, як правило, швидше беруть на себе повсякденні обов'язки, на відміну від чоловіків.

Підтримка з боку партнера відіграє важливу роль для обох – і для жінок, і для чоловіків. Якщо один із подружжя вірить у те, що хворобу можна подолати, це додає сили і хворому партнеру. Така впевненість має прямий позитивний вплив на стан здоров'я. І навпаки – коли хворий не відчуває підтримки з боку свого партнера, це може посилювати біль, викликати тривожність і погіршувати загальний стан.

Кожна людина, яка стикається з хронічною хворобою, формує свою уяву про її причини, способи лікування та наслідки. Від того, як саме вона осмислює свій стан, значною мірою залежить її здатність адаптуватися до нового способу життя.

Згідно з концепцією Р. С. Лазаруса, саме когнітивна оцінка захворювання – тобто те, як людина інтерпретує хворобу – стає основою для вибору копінг-стратегій (способів подолання труднощів). Ця оцінка має два рівні первинна оцінка – як сильно хвороба загрожує життю, планам, мріям і контролю над ситуацією, вторинна оцінка – чи є можливість впливати на ситуацію, керувати перебігом хвороби. Залежно від цієї оцінки, людина вибирає копінг-стратегії, які можуть бути умовно поділені на два полюси – активні стратегії, спрямовані на вирішення проблеми. Це пошук достовірної інформації про захворювання, спроби вирішити проблеми, пов'язані з лікуванням, звернення по підтримку до інших, аналіз власного досвіду для пошуку нових рішень, емоційна відвертість, вміння проживати й виражати почуття.

Стратегії уникання, які можуть шкодити адаптації досить поширені. Це заперечення хвороби або знецінення її значущості, придушення емоцій, відмова від участі в лікуванні чи реабілітації.

Варто також згадати духовний копінг – звернення до віри, сенсів або внутрішніх цінностей. Він може бути як підтримуючим ресурсом (наприклад, допомагати знайти сенс у випробуваннях), так і способом уникання (наприклад, повне перекидання відповідальності на вищі сили).

Таким чином, адаптація до хвороби – це не лише питання медичних процедур, а глибоко особистісний і ментальний процес. Від того, як людина осмислює свій стан, які стратегії обирає і як реагує її психіка, залежить якість життя й перебіг захворювання.

Пізніше Р. С. Лазарус доповнив свою концепцію первинної оцінки, звернувши увагу на те, яке значення для людини мають її цілі ще до хвороби. Він вважав важливим, наскільки хвороба порушує або, навпаки, відповідає цим цілям. У теорії саморегуляції також підкреслюється, що зміни в житті, спричинені хворобою, можуть або заважати людині реалізовувати її плани, або відкривати нові смисли та можливості.

Людина, оцінюючи, наскільки хвороба загрожує її життю та яку шкоду може завдати, формує відповідний рівень тривожності, страху, болю чи втоми.

Згідно з теорією "Я-системи", хвороба сприймається як загроза внутрішньому "Я", адже вона може зруйнувати відчуття контролю над життям.

Дослідження підтверджують, що сприйняття хвороби впливає на емоційний стан: люди, які бачать рак як хронічне або повторюване захворювання, відчувають більше негативних емоцій, ніж ті, хто сприймає його як тимчасову і контрольовану проблему [22].

Для людей з хронічними хворобами дуже важливо відчувати, що вони мають контроль над перебігом захворювання і можуть впливати на результат. Це почуття впевненості у власній здатності діяти, тобто самоефективність, багато разів показувало свою користь. Наприклад, пацієнти, які вірять, що можуть контролювати розвиток раку, мають менше стресу перед пересадкою кісткового мозку, під час променевої терапії й навіть через рік після лікування.

Цікаво, що це відчуття контролю може бути ілюзією, але навіть тоді воно допомагає людині почуватись краще. І навпаки – коли людина відчуває безпорадність, це часто супроводжується депресією, гіршим фізичним

самопочуттям і навіть загостренням запалення, незалежно від того, наскільки важка сама хвороба [21].

Проте хронічні захворювання мають одну складність: навіть якщо людина серйозно ставиться до лікування й дотримується всіх рекомендацій, це не гарантує повного одужання. Вона може контролювати симптоми чи наслідки, але не сам результат. І все ж, навіть контроль над симптомами вже допомагає людині почуватися краще.

Деякі дослідники вважають, що відчуття контролю корисне лише тоді, коли є надія на позитивний результат. Інакше воно може мати зворотній ефект. Наприклад, у дослідженні С. Карвера з колегами з'ясувалося, що жінки з раком молочної залози, які сподівались на лікування, почувалися краще через рік після операції. Тоді як у тих, хто просто намагався контролювати хворобу, не чекаючи швидкого одужання, такого покращення не було.

Сьогодні багато уваги приділяється поняттю усвідомленості (mindfulness). Йдеться про здатність людини уважно й свідомо спостерігати за своїм досвідом, бути «тут і зараз». Це поняття прийшло зі східної традиції, яка пов'язана з медитацією. Вважається, що практика усвідомленості може позитивно впливати на самопочуття людини, зокрема хворої.

Багато людей із хронічними хворобами намагаються знайти сенс того, що з ними сталося. Тут важливо розрізнити два рівні значення хвороби. Фізіологічний – коли людина розуміє причини захворювання з точки зору медицини. Життєвий сенс – коли хвороба сприймається як шанс для переосмислення цінностей і змін у житті.

Таке глибоке осмислення хвороби допомагає людям краще адаптуватися до неї, іноді навіть відчувати особистісне зростання. Вони частіше бачать користь у своєму досвіді, краще справляються з фізичними труднощами та менше страждають від болю, який заважає їм бути активними.

Однак не всі дослідники одностайні. Деякі з них не знаходять чітких доказів того, що пошук сенсу завжди допомагає ефективніше пережити хронічну хворобу [23].

Хронічне захворювання може супроводжувати людину на різних етапах її життя, тому процес адаптації до нього залежить не лише від віку чи тривалості хвороби, а й від того, наскільки вона впливає на життєві плани людини та її здатність до психологічної стійкості.

Особливий інтерес становить вивчення ставлення до хвороби не тільки у тих, хто давно живе з діагнозом, але й у тих, хто вперше стикається з ознаками патології. Незважаючи на обізнаність багатьох людей про здоровий спосіб життя, велика їх частина не реалізує ці знання на практиці. Це може бути пов'язано з тим, що здорові люди часто мають своєрідний психологічний «захисний механізм», який дозволяє уникати глибокого осмислення можливих хвороб у майбутньому.

Згідно з теорією планованої поведінки, зміни у способі життя можна передбачити, аналізуючи наміри людини. Наміри, у свою чергу, формуються під впливом. Змінюється ставлення до поведінки, яку потрібно змінити, соціального оточення (суб'єктивних норм), очікуваної легкості або складності змін (контроль поведінки).

Однак ця теорія не враховує готовність людини до змін, яка є критично важливою в процесі адаптації до хвороби. Тому сьогодні активно застосовується транстеоретична модель, яка розглядає зміну поведінки як процес, що проходить кілька послідовних стадій.

Попри різні варіанти цієї моделі, у всіх виділяють щонайменше три основні стадії, відповідно до яких можна виокремити три групи людей. Перша це ті, хто ще не готовий до змін. Друга – це ті, хто ухвалив рішення змінити поведінку, але ще не почав діяти. І третя – ті, хто вже намагається змінити поведінку, але стикається з труднощами [46].

Таким чином, для ефективної підтримки людини на шляху адаптації до хронічного захворювання важливо враховувати, на якій стадії змін вона перебуває, і застосовувати відповідні стратегії впливу.

Однією з найвідоміших моделей, що описують процес змін у поведінці людини, є транстеоретична модель. Вона базується на стадійному підході й включає п'ять основних етапів, які відображають рівень готовності до змін. Стадія неусвідомлення (precontemplation) – людина не планує змінювати свою поведінку в найближчі 6 місяців. Стадія роздумів (contemplation) – людина замислюється над зміною поведінки протягом наступних 6 місяців. Стадія підготовки (preparation) – відбувається активне збирання інформації, аналіз можливостей і планування дій. Стадія дії (action) – фактичне впровадження змін, що триває до 6 місяців. Стадія підтримки (maintenance) – збереження досягнутих змін, уникнення повернення до попередньої поведінки.

На кожному з цих етапів змінюються як поведінкові установки, так і внутрішні уявлення людини. Ключовим чинником успіху є готовність до змін.

Дослідження, яке порівнювало три групи. Практично здорових людей, осіб з початковими симптомами хронічного захворювання, та людей, які вже тривалий час живуть із хворобою, виявило цікаві закономірності. Здорові учасники та пацієнти з тривалим перебігом захворювання мали подібні психологічні характеристики. У них переважали гармонійний, ергопатичний і анозогнозичний типи ставлення до хвороби, що дозволяло зберігати адекватний рівень психічної та соціальної адаптації.

Натомість у людей, які вперше зіткнулися з проявами хронічної патології, частіше спостерігалися тривожний, іпохондричний або дисфоричний тип реагування. Вони мали нижчу життєстійкість та гірше самопочуття.

Ці дані підтверджують важливість використання стадійного підходу в оцінці психологічної адаптації до хронічного захворювання. На ранніх

етапах, коли з'являються перші симптоми, люди схильні шукати нову інформацію, змінювати поведінку та переосмислювати плани, які стають недоступними через обмеження, пов'язані з хворобою.

Хоча теорія планованої поведінки дозволяє оцінити наміри щодо змін, вона не враховує рівень життєстійкості, що є критично важливим у процесі тривалої адаптації. Саме тому транстеоретичний підхід є більш гнучким і придатним для аналізу поведінкових змін у людей з хронічними захворюваннями [37].

Мотивація є ключовим елементом у формуванні внутрішнього бачення свого здоров'я чи хвороби. Саме вона визначає відмінності між людьми з різних груп. Можна припустити, що ця модель, яка враховує стадії зміни поведінки, здатна пояснити особливості адаптації людей до хронічних захворювань на різних етапах життя та розвитку недуги. Люди з хронічними хворобами зазвичай налаштовані змінювати свою поведінку, щоб долати проблеми, які виникають. Найнижчий рівень життєстійкості в осіб другої групи можна пояснити тим, що вони не мають досвіду подолання важких захворювань.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було досліджено основні теоретичні підходи до вивчення образу Я, а також проаналізовано сучасні дослідження та концептуальні моделі цього психологічного феномена. Образ Я, як ключовий елемент самосвідомості, визначає, як особистість сприймає саму себе у різних соціальних контекстах, і може зазнавати змін під впливом як внутрішніх, так і зовнішніх чинників. Цю думку поділяє автор Бех І. Д. [6].

В результаті теоретичного аналізу встановлено, що формування образу Я у осіб з хронічними захворюваннями є динамічним і поетапним процесом, який відбувається в умовах постійної взаємодії тілесного досвіду, емоційних переживань, когнітивного осмислення хвороби та соціального зворотного зв'язку. Хронічне захворювання виступає значущим життєвим чинником, що

ініціює переосмислення уявлень про себе, власні можливості та межі, що може призводити як до дезінтеграції образу Я, так і до його подальшої реконструкції. Формування образу Я в цій групі осіб пов'язане з адаптаційними механізмами, пошуком внутрішніх ресурсів, інтеграцією досвіду хвороби в структуру ідентичності та залежить від рівня психологічної підтримки й особистісної активності. Таким чином, образ Я постає не фіксованою характеристикою, а результатом тривалого психологічного процесу, що визначає особливості адаптації та психологічного благополуччя осіб з хронічними захворюваннями.

Сучасні дослідження демонструють, що соціальні мережі здатні істотно змінювати спосіб формування образу Я. Вони впливають на самооцінку та самосприйняття, через механізми соціального порівняння і емоційної реакції на зворотний зв'язок з боку інших. Це підкреслює необхідність комплексного підходу до вивчення образу Я, враховуючи як культурні, так і технологічні аспекти.

Концептуальні моделі образу Я, зокрема тридементарна модель, розкривають багатовимірність цього феномена, вказуючи на важливість самоусвідомлення, соціальних зв'язків та особистісної ідентичності. Знання про різні підходи до вивчення образу Я можуть стати основою для подальших досліджень, сприяючи глибшому розумінню механізмів формування самоусвідомлення і самовідчуття особистості в сучасному світі.

Аналіз наукових джерел таких авторів, як Велитченко Л. К., Варій М. Й., Палагута В. І., Столяренко О. Б., Шахова, О. Г. [11; 12; 71; 72; 73; 76; 86] дозволяє уточнити, що під поняттям хронічного захворювання розуміють патологічний стан, який триває впродовж значного періоду часу, не має підстав для спонтанного зникнення та не передбачає перспективи повного одужання.

Встановлено, що внутрішня картина хвороби є багаторівневим психологічним утворенням, яке включає: перцептивний рівень – сукупність тілесних та фізіологічних відчуттів, зумовлених перебігом хвороби,

емоційний рівень – спектр переживань, що виникають унаслідок діагностування захворювання, його розвитку та обмежень, які воно накладає на життєдіяльність особистості. інтелектуальний рівень – система знань про хворобу, її етіологію, патогенез, прогноз та можливі наслідки, мотиваційний рівень – сформоване ставлення до власного стану, а також сукупність мотивів і настанов, спрямованих на зміну ситуації або збереження її поточного стану.

Виявлено, що для ефективного психологічного функціонування людина з хронічним соматичним захворюванням має вирішувати низку сутнісних завдань: адаптацію до провідних життєвих процесів із урахуванням впливу хвороби та регуляцію власної реакції на стресові фактори; підтримання та зміцнення зв'язків із найближчим соціальним оточенням, що виконує функцію емоційної та практичної підтримки; відновлення втрачених функцій у межах можливостей, обумовлених станом здоров'я; гармонізацію особистісних потреб із реальними соціальними можливостями за умов погіршення фізичного стану; підвищення та стабілізацію рівня самооцінки; збереження або переосмислення сенсу життя відповідно до нових обставин; ефективне управління больовим синдромом і прогресуючими симптомами.

Установлено, що хронічне соматичне захворювання призводить не лише до обмежень фізичних можливостей, але й до зниження рівня психічної активності в різних видах діяльності, скорочення соціальних контактів, зміни соціального статусу та, відповідно, внутрішньої позиції особистості щодо себе та життєвих обставин. Включаючись у соціальну ситуацію розвитку, хвороба трансформує умови здійснення повсякденних і професійних видів діяльності, що зумовлює появу специфічних психологічних наслідків. Ці наслідки здатні суттєво впливати на перебіг життєвих криз та процес особистісного становлення, формуючи нові умови адаптації та розвитку особистості в контексті хронічної патології.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФОРМУВАННЯ ОБРАЗУ Я У ОСІБ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

2.1. Організація та методичне забезпечення дослідження образу Я у осіб із хронічними захворюваннями

Емпіричне дослідження формування образу Я у осіб з хронічними захворюваннями мало психодіагностичний характер і було спрямоване на вивчення психологічних особливостей образу Я у соматично хворих осіб у порівнянні з здоровими респондентами. У даному підрозділі представлено організацію дослідження, характеристику вибірки, етапи його проведення та методичне забезпечення.

У дослідженні взяли участь 50 осіб, які були поділені на дві групи. До однієї групи увійшли 30 осіб із хронічними захворюваннями. Другу групу склали 20 умовно здорових осіб, які не мали діагностованих хронічних соматичних захворювань. Такий розподіл вибірки дозволив здійснити порівняльний аналіз психологічних особливостей формування образу Я залежно від наявності або відсутності хронічного захворювання.

Дослідження проводилося у декілька етапів. На першому, підготовчому етапі було визначено мету і завдання емпіричного дослідження, здійснено підбір психодіагностичних методик відповідно до предмета дослідження, а також розроблено авторську анкету «Я і моя хвороба». На другому, основному етапі здійснювалося безпосереднє проведення психодіагностичного обстеження респондентів із використанням обраного комплексу методик. Третій етап передбачав обробку, систематизацію та аналіз отриманих емпіричних даних.

Для реалізації поставлених завдань у дослідженні було використано комплекс стандартизованих психодіагностичних методик та авторський інструментарій. Зокрема, застосовувалися опитувальник Г. Айзенка, шкала

тривожності Дж. Тейлора, шкала депресії, тривожності та стресу DASS-21, а також авторська анкета «Я і моя хвороба».

Опитувальник Г. Айзенка використовувався з метою дослідження індивідуально-психологічних особливостей особистості, зокрема рівня нейротизму та екстраверсії–інтроверсії, які мають значення для формування образу Я та особливостей реагування на хронічне захворювання. Особистісний опитувальник Г. Айзенка було вперше опубліковано у 1963 році. Він складається з 57 питань, серед яких: 24 питання спрямовані на діагностику показника екстраверсії–інтроверсії; 24 питання – на виявлення емоційної стабільності–нестабільності (нейротизму); 9 питань входять до контрольної шкали, призначеної для оцінки щирості та настанов респондента щодо обстеження, а також достовірності результатів.

На основі аналізу матеріалів обстеження військовослужбовців із діагностованими невротичними розладами, Г. Айзенк дійшов висновку, що всі індивідуально-типологічні риси особистості можуть бути представлені через дві фундаментальні характеристики: екстраверсія–інтроверсія та нейротизм. Г. Айзенк запропонував структуру особистості, яка формується з трьох базових елементів: темперамент, інтелектуальні здібності та соціальні установки, що взаємодіють у процесі життєдіяльності та визначають поведінкові прояви людини.

Шкала тривожності Дж.Тейлора була застосована для оцінки рівня особистісної тривожності респондентів. Визначення інтенсивності тривожності є важливим у контексті дослідження образу Я, оскільки підвищений рівень тривожності може впливати на самосприйняття, самооцінку та ставлення до власного стану здоров'я. Виокремлюють п'ять ключових компонентів цієї методики: схильність до постійного занепокоєння; підвищена фізіологічна збудливість; проблеми зі сном, зумовлені внутрішньою напругою; відчуття власної неповноцінності; моторна напруга. Використання методики показало, що обстежувані можуть

проявляти різний рівень тривожності саме у цих сферах. Це дозволяє точніше визначати, на який аспект слід звернути особливу увагу.

Шкала DASS-21 використовувалася для виявлення рівнів депресії, тривожності та стресу. Дана методика дозволила комплексно оцінити емоційний стан досліджуваних, що є суттєвим компонентом образу Я, особливо в умовах тривалого перебігу хронічного захворювання. Методика була розроблена для комплексної оцінки трьох основних компонентів емоційної напруги: депресії, тривожності та стресу. Шкала DASS-21 містить 21 твердження, згруповані у три шкали по 7 пунктів, що дозволяє швидко та інформативно оцінити психоемоційний стан респондента. Респондент оцінює частоту переживань за останній тиждень за чотирибальною шкалою від 0 («не відчував зовсім») до 3 («відчував дуже часто»). Методика є зручною для використання у групових та індивідуальних обстеженнях, зокрема в онлайн-форматі, що робить її універсальною в сучасних дослідницьких умовах.

Шкала DASS-21 ґрунтується на уявленні про те, що депресія, тривожність і стрес є взаємопов'язаними, але все ж окремими емоційними процесами, що мають різні психофізіологічні механізми та відмінні поведінкові прояви. Це дозволяє методиці давати диференційовану та точну оцінку емоційних станів різної вираженості – від легких до інтенсивних.

З метою більш глибокого вивчення суб'єктивного ставлення респондентів до власного захворювання та його впливу на образ Я була розроблена і застосована авторська анкета «Я і моя хвороба». Анкета спрямована на дослідження особливостей самоусвідомлення, ставлення до власного тіла, сприйняття змін у житті, а також суб'єктивної оцінки впливу хронічного захворювання на уявлення про себе. Необхідність створення даного інструменту зумовлена тим, що стандартні психодіагностичні методики, використані в рамках дослідження (Особистісний опитувальник Айзенка, шкала тривожності Дж. Тейлора, шкала депресії, тривоги та стресу DASS-21), не містять питань, спрямованих на безпосередній аналіз когнітивно-емоційних і поведінкових компонентів образу Я саме у контексті

переживання хронічної хвороби. Таким чином, авторська анкета виступає інструментом уточнення даних, і дозволяє комплексно оцінити суб'єктивне ставлення респондента до себе як до особи, яка живе з тривалим захворюванням.

Анкета складається з 5 тверджень, що відображають три базові компоненти структури образу Я: емоційний (переживання та самооцінні переживання, пов'язані із хронічним станом), когнітивний (уявлення про власні можливості та життєві перспективи), поведінковий (соціальна активність, стиль саморегуляції, стратегія взаємодії із середовищем).

Кожне твердження оцінюється за п'ятибальною шкалою Лайкерта (від 1 – «зовсім не згоден(на)» до 5 – «повністю згоден(на)»), що забезпечує можливість інтегрального та факторного аналізу відповідей. Перевагою такої форми є відсутність тиску на респондента, можливість точного вираження індивідуальної позиції та уникнення ситуацій вимушених дихотомічних відповідей.

Анкета дозволяє: оцінити ступінь прийняття власного стану та емоційне ставлення до себе у ситуації хронічного захворювання; виявити когнітивні уявлення щодо особистих можливостей та життєвої реалізації; простежити зміни у соціальній поведінці та особистісній активності під впливом хвороби; визначити наявні внутрішні ресурси особистості, що забезпечують адаптацію та стресостійкість.

Отримані в ході дослідження емпіричні дані були піддані кількісній обробці та аналізу з метою виявлення психологічних особливостей формування образу Я у осіб з хронічними захворюваннями та їх порівняння з показниками умовно здорових респондентів.

Під час проведення емпіричного дослідження було дотримано основних етичних принципів психологічного дослідження. Участь респондентів була добровільною, усі досліджувані були поінформовані про мету та загальні умови проведення дослідження. Забезпечувалася

конфіденційність отриманих даних, а результати використовувалися виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей.

Добір психодіагностичних методик здійснювався з урахуванням багатовимірної структури образу Я. Використання опитувальника Г. Айзенка дозволило оцінити стабільні індивідуально-психологічні характеристики особистості, тоді як шкала тривожності Дж. Тейлора та шкала DASS-21 дали змогу дослідити емоційні компоненти образу Я. Авторська анкета «Я і моя хвороба» доповнила стандартизовані методики та забезпечила вивчення суб'єктивного досвіду переживання хронічного захворювання у контексті самосприйняття.

Включення до вибірки контрольної групи умовно здорових осіб зумовлено необхідністю здійснення порівняльного аналізу психологічних показників. Такий підхід дозволяє більш чітко виявити специфічні особливості формування образу Я, притаманні особам із хронічними захворюваннями, та відокремити їх від загальних особистісних характеристик, не пов'язаних із соматичним станом.

Процедура дослідження передбачала послідовне заповнення респондентами психодіагностичних методик відповідно до інструкцій. Дослідження проводилося в однакових умовах для всіх учасників. Респондентам надавалися стандартні інструкції, що забезпечувало єдність умов проведення та підвищувало надійність отриманих результатів.

Слід зазначити, що результати дослідження мають певні обмеження, пов'язані з обсягом вибірки. Водночас отримані дані дозволяють окреслити загальні тенденції формування образу Я у осіб із хронічними захворюваннями та можуть слугувати основою для подальших поглиблених досліджень у цьому напрямі.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів дослідження образу Я у осіб із хронічними захворюваннями

На даному етапі дослідження здійснено аналіз та інтерпретацію емпіричних даних, отриманих у ході психодіагностичного обстеження респондентів. Аналіз результатів проводився відповідно до мети та завдань дослідження і був спрямований на виявлення особливостей формування образу Я у осіб із хронічними захворюваннями у порівнянні з умовно здоровими респондентами.

Обробка емпіричних даних здійснювалася з використанням методів математичної статистики. Зокрема, застосовувалися метод порівняльної статистики, який дозволив побачити відмінності між групою хворих осіб та групою здорових досліджуваних осіб. Отримані результати подано у вигляді таблиць та їх подальшого якісного аналізу.

Аналіз результатів здійснювався послідовно за кожною з використаних психодіагностичних методик, що дозволило комплексно охарактеризувати особливості образу Я досліджуваних осіб, а також виявити специфічні тенденції, пов'язані з наявністю хронічного захворювання.

Аналіз результатів за опитувальником Г. Айзенка (EPI)

Опитувальник Г. Айзенка (EPI) застосовувався для оцінки індивідуально-психологічних особливостей особистості респондентів, зокрема рівнів екстраверсії–інтроверсії та нейротизму. Аналіз результатів дозволив охарактеризувати особистісні тенденції у досліджуваних осіб та порівняти групу осіб з хронічними захворюваннями і групу здорових осіб.

Отримані дані представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Розподіл показників за опитувальником Айзенка у здорових осіб та осіб з хронічними захворюваннями

Варіанти спрямованості особистості	Здорові респонденти	Особи з хронічними хворобами
	20 осіб	30 осіб
Інтроверт	13	11
Екстрроверт	7	9
Нейротизм	12	16
Шкала відвертості	7	8

Всього 50, група здорові 20, група хворі 30

Аналіз таблиці показує, що у групі осіб з хронічними хворобами спостерігається тенденція до вищого рівня нейротизму, що відображає підвищену емоційну лабільність та чутливість до стресових ситуацій. Водночас рівні екстраверсії у групі з хворими особами є трохи нижчими, ніж у групі здорових осіб, що може свідчити про обмеженість соціальної активності або схильність до замкнутості під впливом хронічного захворювання. Показники лайєра в обох групах знаходяться у межах допустимих норм, що свідчить про відповідальне та правдиве заповнення опитувальника респондентами.

Порівняльний аналіз групи осіб з хронічними захворюваннями та групи здорових осіб дозволяє відзначити, що особи з хронічними захворюваннями відрізняються підвищеним рівнем емоційної нестабільності та дещо нижчим рівнем соціальної активності порівняно з умовно здоровими респондентами. Ці відмінності можуть впливати на сприйняття себе, формування образу Я та адаптацію до власного стану здоров'я.

Отримані результати відображають тенденції, які будуть враховані при комплексному аналізі даних за всіма використаними методиками, що дозволяє скласти більш повну картину психологічних особливостей формування образу Я у осіб з хронічними захворюваннями.

Аналіз результатів за шкалою тривожності Дж. Тейлора

Шкала тривожності Дж. Тейлора застосовувалася з метою вивчення рівня особистісної тривожності досліджуваних осіб, що є важливим показником емоційної стабільності та психологічного благополуччя. Високий рівень тривожності може суттєво впливати на процес адаптації до життєвих труднощів, зокрема до наявності хронічного захворювання, а також на формування образу Я та самооцінку особистості.

У дослідженні було проведено порівняльний аналіз рівнів тривожності у групі здорових осіб та у групі осіб з хронічними захворюваннями. Отримані результати представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Рівні тривожності за шкалою Дж. Тейлора у здорових осіб та осіб з хронічними захворюваннями

Рівень тривожності	Здорові респонденти	Особи з хронічними хворобами
	20 осіб	30 осіб
Низький	7	4
Середній	9	10
Високий	4	16
Шкала відвертості	6	7

Аналіз представлених даних свідчить про суттєві відмінності у рівнях тривожності між групою здорових осіб та групою осіб з хронічними захворюваннями. Так, у групі здорових респондентів переважають низький та середній рівні тривожності, що загалом свідчить про відносну емоційну стабільність і здатність адекватно реагувати на повсякденні стресові ситуації.

Натомість у групі осіб з хронічними захворюваннями спостерігається виразне зростання кількості респондентів із високим рівнем тривожності. Більше половини цієї групи демонструє підвищену тривожність, що може бути пов'язано з постійною напруженістю, переживанням за власний стан

здоров'я, страхом ускладнень або загострень хвороби, а також із відчуттям втрати контролю над власним життям.

Високий рівень тривожності у осіб з хронічними захворюваннями може призводити до зосередженості на негативних аспектах власного стану, посилення самокритики та формування нестійкого, вразливого образу Я. У таких осіб частіше виникають сумніви у власних можливостях, знижується впевненість у собі та формується схильність до катастрофізації майбутнього, що ускладнює процес психологічної адаптації.

Середній рівень тривожності, зафіксований у частини респондентів обох груп, можна розглядати як відносно адаптивний, оскільки він відображає здатність особистості зберігати емоційну чутливість до труднощів без надмірного напруження. Водночас у групі осіб з хронічними захворюваннями навіть середній рівень тривожності часто має тенденцію до зростання у періоди погіршення фізичного стану, що також впливає на сприйняття себе та власної життєвої перспективи.

Таким чином, отримані результати за шкалою тривожності Дж. Тейлора підтверджують, що тривожність є значущим психологічним чинником у структурі емоційного стану осіб з хронічними захворюваннями. Підвищений рівень тривожності створює несприятливі умови для формування стабільного та позитивного образу Я, посилюючи внутрішню напруженість, емоційну вразливість і труднощі адаптації до хронічного захворювання. Ці результати підкреслюють доцільність включення методів зниження тривожності та розвитку внутрішньої опори у програму психологічного супроводу осіб з хронічними захворюваннями.

Аналіз результатів за опитувальником DASS-21

(Depression Anxiety Stress Scales)

Опитувальник DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales) є скороченою версією діагностичного інструменту DASS-42, розробленого австралійськими дослідниками Р. Ловібондом та С. Ловібонд. Методика призначена для оцінки трьох ключових негативних емоційних станів:

депресії, тривожності та стресу. Використання DASS-21 у даному дослідженні дозволило комплексно оцінити емоційний стан респондентів і визначити його роль у процесі формування образу Я у осіб з хронічними захворюваннями.

У межах дослідження було проведено порівняльний аналіз показників депресії, тривожності та стресу у групі здорових осіб та групі осіб з хронічними захворюваннями. Отримані результати узагальнено та подано у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3

Розподіл рівнів депресії, тривожності та стресу за опитувальником DASS-21 у здорових осіб та осіб з хронічними захворюваннями

Шкала депресії Рівень	Здорові особи (20)	Особі з хронічними захворюваннями (30)
Норма / низький	11	6
Помірний	7	10
Високий	2	14

Шкала тривоги Рівень	Здорові особи (20)	Особі з хронічними захворюваннями (30)
Норма / низький	10	5
Помірний	6	9
Високий	4	16

Шкала стресу Рівень	Здорові особи (20)	Особі з хронічними захворюваннями (30)
Норма / низький	12	7
Помірний	6	11
Високий	2	12

Аналіз результатів за опитувальником DASS-21 свідчить про суттєві відмінності в емоційному стані між здоровими особами та особами з хронічними захворюваннями. У групі здорових респондентів переважають низькі або нормативні показники за всіма трьома шкалами, що вказує на загалом стабільний емоційний фон та задовільні адаптаційні можливості.

У групі осіб з хронічними захворюваннями зафіксовано значно вищі показники депресії, тривожності та стресу. Особливо виразними є показники депресивних станів: майже половина респондентів цієї групи демонструє високий рівень депресії, що може проявлятися зниженням життєвої активності, почуттям безнадії, зменшенням мотивації та негативним сприйняттям себе.

Підвищені показники тривожності у осіб з хронічними захворюваннями (а саме 16 осіб узгоджуються з даними, отриманими за шкалою тривожності Дж. Тейлора, і свідчать про стійку тенденцію до емоційної напруженості, очікування негативних подій та підвищеної зосередженості на тілесних відчуттях і симптомах захворювання.

Рівень стресу у даній групі також є вищим порівняно зі здоровими респондентами. Це може бути пов'язано з постійною необхідністю адаптації до фізичних обмежень, медичних процедур, змін у способі життя та соціальних ролях. Тривалий стрес створює додаткове емоційне навантаження, що ускладнює формування стабільного та позитивного образу Я.

У сукупності підвищені показники депресії, тривожності та стресу негативно впливають на процес самосприйняття осіб з хронічними захворюваннями, сприяючи формуванню фрагментованого, вразливого образу Я, який характеризується зниженням самоцінності, впевненості у власних можливостях і відчуття контролю над власним життям.

Таким чином, результати, отримані за опитувальником DASS-21, підтверджують наявність значущих емоційних труднощів у осіб з хронічними захворюваннями та підкреслюють важливість цілеспрямованого психологічного супроводу, спрямованого на зниження емоційної напруженості й підтримку процесу формування більш цілісного та приймаючого образу Я.

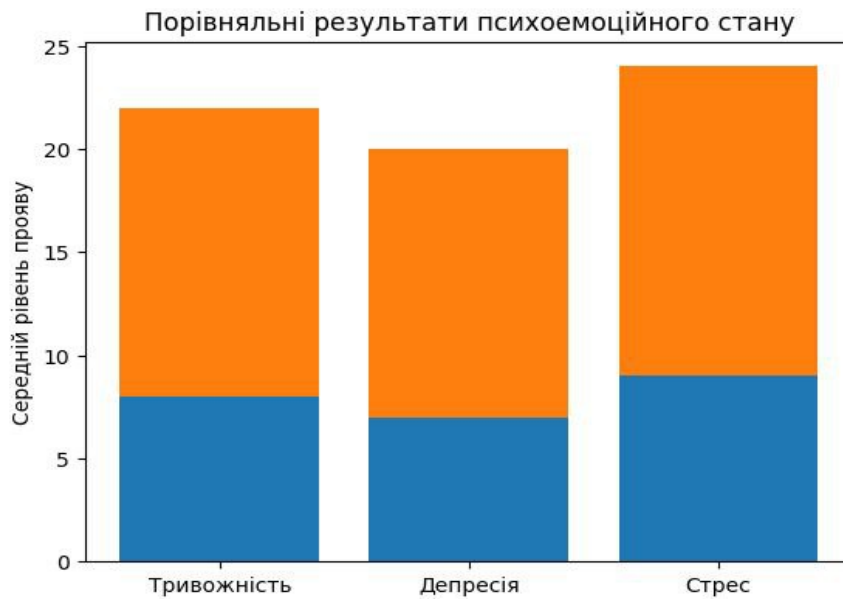


Рис. 2.1. Діаграма: Порівняльні результати психоемоційного стану

На діаграмі представлено узагальнене порівняння психоемоційного стану умовно здорових осіб та осіб із хронічними захворюваннями за трьома ключовими показниками – тривожністю, депресією та стресом (на основі результатів методик Дж. Тейлора та DASS-21). Як видно, у групі осіб із хронічними захворюваннями всі показники є вищими, що свідчить про підвищене емоційне напруження та несприятливе тло для формування образу Я. Таким чином, діаграма відображає не просто емоційний стан, а ті психологічні умови, в яких формується образ Я у осіб із хронічними захворюваннями.

Аналіз результатів за авторською анкетною «Я і моя хвороба»

Результати дослідження за авторською анкетною «Я і моя хвороба» відображають особливості емоційного, когнітивного та соціально-поведінкового компонентів формування образу Я в умовах хронічного захворювання. Узагальнені показники за окремими твердженнями подано у таблиці 6.

**Середні показники за авторською анкетою «Я і моя хвороба»
залежно від тривалості захворювання**

Показники з анкети	Хвороба до 6 місяців	Хвороба від 6 місяців – 2 роки	Понад 2 роки
1. Труднощі самоприйняття	4,2	3,9	3,8
2. Обмеження уявлень про власні можливості	4,1	3,8	3,7
3. Уникання соціальної активності	3,9	3,7	3,6
4. Відчуття власної цінності	2,9	3,1	3,0
5. Внутрішні ресурси та саморегуляція	3,0	3,2	3,1
Шкала оцінювання: 1–5 балів.			

Узагальнений аналіз результатів за авторською анкетою свідчить, що в цілому образ Я осіб з хронічними захворюваннями суттєво відхиляється від психологічної норми, характерної для умовно здорової особистості. У межах гуманістичного та особистісно-орієнтованого підходів психологічна норма передбачає базове самоприйняття, відчуття власної цінності, збереження уявлення про життєві перспективи та активну соціальну залученість навіть за наявності труднощів. Натомість отримані показники демонструють підвищені значення труднощів самоприйняття (3,8–4,2), обмеження уявлень про власні можливості (3,7–4,1) та тенденцію до уникання соціальної активності (3,6–3,9) на фоні зниженої самоцінності (близько 3 балів). Це свідчить про те, що в досліджуваних осіб хвороба суттєво впливає на структуру образу Я, порушуючи його цілісність і стабільність.

Аналіз результатів залежно від тривалості захворювання дозволяє простежити неоднозначний процес формування образу Я, який не має чітко лінійного характеру. У групі осіб з тривалістю захворювання до пів року

зафіксовано найвищі показники труднощів самоприйняття (4,2) та обмеження уявлень про власні можливості (4,1), що відображає кризовий етап формування образу Я після виявлення хронічної хвороби. На цьому етапі хвороба часто стає центральною характеристикою ідентичності, витісняючи інші аспекти Я та спричиняючи відчуття втрати контролю над життям.

У групі з тривалістю захворювання від пів року до двох років середні показники демонструють незначне зниження труднощів самоприйняття (3,9) та уникання соціальної активності (3,7), а також помірне зростання показників самоцінності (3,1) та внутрішніх ресурсів (3,2). Водночас аналіз індивідуальних відповідей показав суттєву варіативність: поряд із респондентами, які починають поступово адаптуватися та вибудовувати нові уявлення про себе, виявлено осіб, у яких тривале перебування у стані невизначеності та напруження призводить до виснаження і зниження віри у власні сили. Саме ця різноспрямованість пояснює відсутність різких змін у середніх показниках.

У групі осіб з тривалістю захворювання понад два роки загальні середні показники залишаються близькими до попередньої групи (труднощі самоприйняття 3,8; внутрішні ресурси 3,1), однак якісний аналіз відповідей засвідчує наявність двох протилежних тенденцій формування образу Я. Частина респондентів демонструє ознаки відносної адаптації: у них зростає здатність приймати власні обмеження, зберігається відчуття цінності та з'являється досвід ефективного саморегулювання. Водночас у окремих випадках тривале життя з хронічною хворобою супроводжується зниженням мотивації, емоційним виснаженням і відчуттям «здавання», що відображається у низьких індивідуальних показниках самоцінності та ресурсності.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що формування образу Я у осіб з хронічними захворюваннями є складним, нелінійним процесом, який залежить не лише від тривалості хвороби, а й від індивідуальних

ресурсів, умов підтримки та здатності особистості до психологічної адаптації. Виявлена неоднорідність показників підтверджує необхідність психологічного супроводу, спрямованого не лише на зменшення симптомів дистресу, а й на підтримку цілісності та розвитку образу Я в умовах тривалого захворювання.

Висновки до розділу 2

У цьому розділі кваліфікаційної роботи представлено результати емпіричного дослідження особливостей формування образу Я у осіб з хронічними захворюваннями, проведеного з дотриманням послідовної організації, науково обґрунтованих методичних підходів та етичних принципів психологічного дослідження. Дослідження мало психодіагностичний характер і було спрямоване на комплексне вивчення особистісних, емоційних та суб'єктивних аспектів образу Я у соматично хворих осіб у порівнянні з умовно здоровими респондентами.

Організація дослідження передбачала кілька взаємопов'язаних етапів. На підготовчому етапі було визначено мету, завдання та логіку емпіричного дослідження, здійснено добір психодіагностичних методик відповідно до багатовимірної структури образу Я, а також розроблено авторську анкету «Я і моя хвороба» для вивчення специфіки суб'єктивного переживання хронічного захворювання. Основний етап включав безпосереднє проведення психодіагностичного обстеження респондентів за стандартизованою процедурою в однакових умовах. Заключний етап був спрямований на кількісну обробку, систематизацію, аналіз та інтерпретацію отриманих емпіричних даних.

Використання комплексу психодіагностичних методик (опитувальник Г. Айзенка, шкала тривожності Дж. Тейлора, шкала депресії, тривожності та стресу DASS-21) у поєднанні з авторською анкетою «Я і моя хвороба» дозволило охопити як стабільні індивідуально-психологічні характеристики особистості, так і емоційно-динамічні та суб'єктивно-сміслові компоненти

образу Я. Залучення контрольної групи умовно здорових осіб забезпечило можливість здійснення порівняльного аналізу та більш чіткого виявлення специфічних особливостей, зумовлених саме наявністю хронічного захворювання.

Результати дослідження свідчать, що на етапі тривалого перебігу захворювання у частини досліджуваних спостерігається звуження образу Я, коли самосприйняття надмірно фокусується на симптомах, фізичних обмеженнях і ролі «хворої людини». У таких випадках формування образу Я відбувається за дезадаптивним типом, що проявляється у зниженні самоцінності, підвищеній самокритиці та емоційній напрузі. Водночас в іншій частині вибірки виявляється більш багатомірне уявлення про себе, у якому досвід захворювання інтегрується без домінування над іншими аспектами ідентичності, що свідчить про конструктивний характер формування образу Я.

Емпіричні дані також демонструють, що особливості формування образу Я тісно пов'язані з рівнем психологічної адаптації до захворювання. Особи з більш сформованим позитивним образом Я характеризуються вищим рівнем прийняття себе, більшою гнучкістю у ставленні до власних обмежень та здатністю спиратися на внутрішні ресурси. Натомість при несформованому або фрагментованому образі Я домінують переживання безпорадності, тривожності та зниження суб'єктивного відчуття контролю над життям.

Аналіз результатів емпіричного дослідження показав, що у осіб з хронічними захворюваннями спостерігається підвищений рівень емоційної нестабільності, тривожності, психоемоційного напруження та схильності до дистресу. Дані, отримані за шкалами DASS-21 та тривожності Дж. Тейлора, свідчать про більш виражені депресивні, тривожні та стресові прояви, які безпосередньо впливають на самосприйняття, самооцінку та загальну цілісність образу Я. Результати за опитувальником Г. Айзенка підтвердили тенденцію до підвищеного нейротизму та зниження емоційної стабільності у

осіб із хронічними захворюваннями, що може ускладнювати процес психологічної адаптації.

Матеріали, отримані за допомогою авторської анкети «Я і моя хвороба», дозволили простежити динамічний характер формування образу Я у контексті тривалого захворювання. Було встановлено, що хронічна хвороба впливає на емоційне прийняття себе, когнітивні уявлення про власні можливості, соціальну активність та відчуття самоцінності. Водночас виявлено, що формування образу Я не є однорідним процесом: у частини осіб із часом з'являються ознаки часткової адаптації та розвитку внутрішніх ресурсів, тоді як в інших спостерігається збереження або поглиблення дезадаптивних установок і негативного самоприйняття.

Отримані емпіричні результати підтверджують теоретичні положення про багатокомпонентну структуру та процесуальний характер формування образу Я в умовах хронічного захворювання. Вони також обґрунтовують необхідність психологічного супроводу осіб із хронічними хворобами, спрямованого на підтримку самоприйняття, збереження почуття самоцінності та розвиток адаптивних стратегій самоприйняття. Таким чином, результати емпіричного дослідження стали основою для розробки програми психологічного супроводу та практичних рекомендацій, поданих у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 3

СТРАТЕГІЇ ТА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСОБИ ФОРМУВАННЯ КОНСТРУКТИВНОГО ОБРАЗУ Я У ОСІБ З ХРОНІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

3.1. Психологічні стратегії підтримки та розвитку позитивного образу Я у осіб з хронічними захворюваннями

Психологічний супровід осіб із хронічними захворюваннями набуває особливої значущості у зв'язку з тим, що тривалий перебіг соматичної хвороби впливає не лише на фізичний стан людини, а й глибоко трансформує її уявлення про себе, власні можливості та життєві перспективи. Результати емпіричного дослідження, представлені в попередньому розділі, свідчать про наявність у хворих осіб підвищеного рівня тривожності, депресивних переживань, емоційної нестабільності, а також тенденції до зниження самоцінності та фіксації образу Я навколо хвороби, особливо на ранніх етапах її виявлення. У зв'язку з цим ключовим завданням психологічної допомоги є не лише зниження психоемоційного напруження, а й цілеспрямоване формування конструктивного образу Я, який дозволяє особистості адаптуватися до тривалих обмежень, зберігаючи відчуття внутрішньої цілісності та особистісної цінності.

У цьому розділі запропоновано комплекс стратегій формування конструктивного образу Я у осіб з хронічними захворюваннями: когнітивне переосмислення хвороби, розвиток самоприйняття й емоційної регуляції, формування внутрішньої опори, соціальна інтеграція та смислове переосмислення життєвого досвіду.

Конструктивний образ Я у контексті хронічного захворювання передбачає усвідомлення та прийняття власного стану без повного ототожнення себе з діагнозом. Дані емпіричного дослідження показали, що на початкових етапах захворювання образ Я часто має фрагментований та негативно забарвлений характер, у якому домінують уявлення про втрату

колишніх можливостей, залежність від інших та страх перед майбутнім. Саме тому психологічна робота на цьому етапі має бути спрямована на підтримку процесів саморефлексії та усвідомлення внутрішнього досвіду. Розвиток здатності розпізнавати власні емоції, думки та реакції дозволяє людині поступово відокремити свою особистість від хвороби, побачити себе не лише як «хворого», а як цілісну особу з індивідуальною історією, ресурсами та життєвими цілями.

Важливою складовою формування позитивнішого образу Я є робота з когнітивними переконаннями, які виникають у процесі переживання хронічної хвороби. Результати дослідження засвідчили, що у багатьох респондентів із тривалим соматичним захворюванням формуються стійкі негативні уявлення про себе, власну цінність і соціальну значущість. Ці переконання часто мають ірраціональний характер і проявляються у вигляді узагальнених установок про «власну неповноцінність», «безперспективність життя» або «соціальну неприйнятність». Когнітивно-поведінковий підхід у роботі з такими особами дозволяє виявляти подібні установки, аналізувати їхній вплив на емоційний стан і поступово замінювати їх на більш реалістичні та адаптивні. Як зазначає І. Д. Бех, саме зміна внутрішніх смислових орієнтирів створює основу для формування зрілішого і стабільнішого образу Я, що ґрунтується на самоприйнятті та внутрішній відповідальності за власне життя [6].

Отримані емпіричні дані також засвідчили, що з тривалістю перебігу захворювання у частини респондентів спостерігається певна адаптація до хвороби, що супроводжується зниженням інтенсивності емоційного напруження та поступовим переосмисленням власного образу Я. У цьому контексті важливою психологічною стратегією є формування внутрішньої опори – здатності спиратися на власні ресурси, навіть за умов обмежених фізичних можливостей. Практики усвідомленості, тілесно-орієнтовані техніки, розвиток навичок самоспівчуття та прийняття сприяють зниженню рівня тривожності й підвищенню стресостійкості, що, у свою чергу,

позитивно впливає на емоційний компонент образу Я та відчуття контролю над власним життям.

Як соціально-психологічні засоби впливів, спрямованих на зміну соціального контексту самосприйняття особистості та покращення якості її міжособистісної взаємодії та формування конструктивного образу Я запропоновано соціальну підтримку з боку оточення, групові форми роботи та взаємодопомоги, психоедукацію, корекцію неадаптивних соціальних ролей і стереотипів, а також створення підтримуючого терапевтичного простору. Ці засоби спрямовані на зменшення соціальної ізоляції, стигматизації та відновлення суб'єктної позиції осіб з хронічними захворюваннями.

Важливим соціально-психологічним засобом виступає соціальна підтримка з боку найближчого оточення (родина, партнери, значущі інші). Підтримувальні взаємини сприяють зниженню тривожності, підвищенню відчуття прийняття та цінності, що безпосередньо впливає на емоційний і когнітивний компоненти образу Я. У межах дослідження це особливо значуще з огляду на виявлену схильність осіб із хронічними захворюваннями до соціального уникання та зниження самооцінки.

Ще одним суттєвим засобом є групові форми психологічної роботи та групи взаємодопомоги, які створюють простір для обміну досвідом, нормалізації переживань і подолання почуття ізольованості. Участь у таких групах дозволяє людині побачити власні труднощі не як індивідуальний «дефект», а як спільний досвід, що зменшує самостигматизацію та сприяє більш інтегрованому образу Я.

Також, до соціально-психологічних засобів віднесено психоедукацію як форму соціального впливу, спрямовану на підвищення психологічної обізнаності пацієнтів і їхнього оточення щодо особливостей переживання хронічного захворювання. Отримання знань знижує рівень страху та невизначеності, формує активну позицію щодо власного стану та змінює соціальні очікування, що пред'являються до людини з хронічною хворобою.

Важливим соціально-психологічним засобом є корекція неадаптивних соціальних ролей і очікувань, зокрема ролі «безпорадного хворого» або «об'єкта жалю». Робота з соціальними стереотипами й рольовими установками дозволяє людині відновити суб'єктність, відповідальність та активну життєву позицію, що позитивно відображається на формуванні поведінкового компонента образу Я.

Також, акцентується увага на формуванні підтримуючого терапевтичного простору, в якому взаємодія з психологом виступає моделлю безпечних, приймаючих і рівноправних соціальних стосунків. Такий досвід міжособистісної взаємодії поступово інтегрується у внутрішній образ Я та переноситься в ширший соціальний контекст.

Таким чином, психологічні стратегії та соціально-психологічні засоби формування конструктивного образу Я у осіб з хронічними захворюваннями мають інтегративний характер і спрямовані на відновлення внутрішньої опори, самоприйняття та активної життєвої позиції. Вони не усувають об'єктивні медичні обмеження, однак дозволяють людині змінити ставлення до власної хвороби й до себе, розширюючи можливості особистісного розвитку та психологічного благополуччя навіть в умовах тривалого захворювання.

3.2. Психокорекційна програма формування конструктивного образу Я у осіб з хронічними захворюваннями

З метою практичної реалізації результатів дослідження було розроблено психокорекційну програму формування конструктивного образу Я у осіб з хронічними захворюваннями.

Програма розрахована на 8 тижнів групової роботи та передбачає участь 8–10 осіб. Тривалість одного заняття становить 90 хвилин, періодичність – один раз на тиждень.

Ця програма ґрунтується на інтеграції сучасних соціально-психологічних підходів до розуміння Я-концепції, психологічної адаптації та

особливостей переживання хронічної хвороби. Програма спрямована на подолання деструктивних уявлень про себе, зумовлених тривалим перебуванням у стані хронічного захворювання, та формування більш цілісного, гнучкого й адаптивного образу Я.

Структура програми передбачає поетапну роботу, що включає корекційно-рефлексивний та інтеграційно-ресурсний етапи. Така послідовність забезпечує поступовий перехід від усвідомлення особливостей власного самосприйняття до трансформації негативних Я-уявлень і закріплення позитивних змін у повсякденному житті.

Корекційно-рефлексивний етап психокорекційної програми

У межах корекційної роботи основна увага приділяється зниженню ідентифікації особистості з хронічним захворюванням, формуванню приймаючого ставлення до себе, розвитку внутрішньої опори та актуалізації особистісних ресурсів. Використані методи та техніки сприяють розширенню уявлень про власну ідентичність, зменшенню інтенсивності самокритики та підвищенню рівня самоцінності незалежно від фізичного стану.

Очікуваними результатами реалізації психокорекційної програми є формування конструктивного образу Я, підвищення психологічної стійкості, розвиток адаптивних стратегій саморегуляції та покращення якості психологічної адаптації осіб з хронічними захворюваннями. Запропонована програма може бути використана у практиці психологічного супроводу та адаптована з урахуванням індивідуальних особливостей клієнтів і специфіки їхнього захворювання.

Мета етапу. Сприяння формуванню конструктивного, цілісного образу Я у осіб з хронічними захворюваннями шляхом усвідомлення та трансформації негативних Я-уявлень, зниження ідентифікації особистості з хворобою та розвитку внутрішніх ресурсів.

Завдання етапу

виявлення деструктивних компонентів образу Я, пов'язаних із хронічним захворюванням;

відокремлення уявлень про себе як особистість від уявлень про хворобу;

корекція негативних автоматичних думок і самооцінних суджень;

актуалізація ресурсних аспектів Я-концепції;

формування більш адаптивного та приймаючого ставлення до себе.

Зміст та методи реалізації етапу

Корекційно-рефлексивний етап реалізується переважно в індивідуальному форматі та включає застосування когнітивно-поведінкових, нарративних і елементів гуманістичного підходів.

Вправа 1. «Я і моя хвороба»

Мета:

усвідомлення ступеня ідентифікації особистості з хронічним захворюванням та диференціація образу Я і образу хвороби.

Процедура:

Клієнтові пропонується на аркуші паперу намалювати або схематично зобразити два кола: «Я» та «Моя хвороба». Розмір кіл і відстань між ними обирається довільно. Після цього клієнт описує, що для нього означає кожне коло, які характеристики, емоції та значення він туди вкладає.

У процесі обговорення психолог звертає увагу на: розміри кіл, ступінь їхнього перетину, емоційне забарвлення описів.

Очікуваний результат:

підвищення усвідомленості щодо ролі хвороби в Я-концепції, зниження злиття образу Я з образом захворювання, формування можливості сприймати хворобу як одну з життєвих обставин, а не як ядро особистості.

Вправа 2. «Ким я є, окрім хвороби»

Мета:

розширення уявлень про власну ідентичність та актуалізація особистісних ресурсів.

Процедура:

Клієнтові пропонується завершити фрази: «Я — це людина, яка...», «У моєму житті важливо...», «Я вмію / можу...», «Мене цінують за...»

Умовою є заборона згадувати хворобу або обмеження, пов'язані з нею. Після виконання вправи здійснюється рефлексія щодо відчуттів, труднощів і несподіваних відкриттів.

Очікуваний результат:

зміцнення позитивних компонентів Я-образу, підвищення самоцінності, формування більш багатовимірного уявлення про себе.

Вправа 3. «Внутрішній діалог»

Мета:

виявлення та корекція негативних самооцінних суджень і внутрішнього критика, активованих хронічним захворюванням.

Процедура:

Клієнтові пропонується описати типові думки, які з'являються щодо себе у зв'язку з хворобою (наприклад: «я слабкий», «я тягар для інших», «я не такий, як раніше»).

Після цього психолог допомагає сформуванню альтернативні, більш підтримуючі твердження, що базуються на реальному досвіді клієнта.

Робота може проводитися у формі письмового діалогу між «критичною» та «підтримуючою» частинами особистості.

Очікуваний результат: зменшення інтенсивності самокритики, розвиток більш співчутливого та приймаючого ставлення до себе, підвищення психологічної стійкості.

Підсумок етапу.

У результаті проходження корекційно-рефлексивного етапу у осіб з хронічними захворюваннями відбувається поступове формування більш конструктивного образу Я, який включає прийняття факту захворювання без його домінування над особистісною ідентичністю, а також актуалізацію внутрішніх ресурсів та адаптивних стратегій самосприйняття.

Інтеграційно-ресурсний етап психокорекційної програми

Мета етапу

Інтеграція оновленого образу Я в повсякденне життя осіб з хронічними захворюваннями, закріплення сформованих адаптивних уявлень про себе, розвиток внутрішньої опори та підвищення психологічної стійкості.

Завдання етапу

узагальнення та закріплення змін у Я-концепції, досягнутих на попередніх етапах програми; формування внутрішніх ресурсів як основи психологічної адаптації; розвиток навичок самопідтримки в умовах обмежень, пов'язаних із хронічним захворюванням; сприяння прийняттю життєвих змін без зниження відчуття власної цінності; підвищення здатності до саморегуляції та відповідального ставлення до власних психологічних меж.

Зміст та методи реалізації етапу

Інтеграційно-ресурсний етап спрямований на перенесення сформованих під час психокорекційної роботи змін у реальні життєві ситуації. У межах цього етапу використовуються методи гуманістичної психології, елементи екзистенційного та наративного підходів, а також вправи, спрямовані на розвиток ресурсного самосприйняття.

Вправа 1. «Мій оновлений образ Я»

Мета: усвідомлення та закріплення позитивних змін у сприйнятті себе.

Процедура:

Клієнтові пропонується описати себе, завершивши фрази: «Сьогодні я бачу себе як людину, яка...», «Зараз у мені більше...», «Я навчився / навчилася ставитися до себе...»

Порівнюється поточний опис Я з тим, який клієнт давав на початкових етапах роботи (за наявності відповідних даних). Особлива увага приділяється появі прийняття, гнучкості та зниженню самокритики.

Очікуваний результат: закріплення конструктивного образу Я, підвищення усвідомленості особистісних змін, зміцнення самоцінності.

Вправа 2. «Внутрішня опора»

Мета: формування стійкого внутрішнього відчуття підтримки незалежно від зовнішніх обставин.

Процедура:

Клієнтові пропонується визначити: внутрішні ресурси (особистісні якості, життєвий досвід, цінності); зовнішні ресурси (люди, діяльність, умови), які можуть підтримувати його в складних ситуаціях.

Далі клієнт формулює відповідь на запитання: «На що я можу спиратися в моменти загострення, слабкості або сумнівів у собі?»

Результати фіксуються у письмовій формі як індивідуальний «ресурсний список».

Очікуваний результат: зміцнення відчуття стабільності, підвищення психологічної стійкості, зменшення залежності самооцінки від фізичного стану.

Вправа 3. «Я у майбутньому»

Мета: формування реалістичного, але наповненого сенсом бачення майбутнього.

Процедура:

Клієнтові пропонується уявити себе через певний проміжок часу (6 місяців, 1 рік) і відповісти на запитання: «Яким я хочу бути як особистість?», «Які цінності залишаються для мене важливими?», «Як я піклуюся про себе з урахуванням свого стану?»

Наголос робиться не на фізичних досягненнях, а на якості внутрішнього стану та способі ставлення до себе.

Очікуваний результат:

зниження екзистенційної тривоги, відновлення відчуття перспективи, формування активної життєвої позиції.

Підсумок етапу

Інтеграційно-ресурсний етап забезпечує закріплення сформованого конструктивного образу Я та сприяє його включенню в повсякденну життєдіяльність осіб з хронічними захворюваннями. У результаті клієнти

набувають здатності підтримувати позитивне ставлення до себе, зберігати внутрішню опору та адаптуватися до життєвих викликів без знецінення власної особистості.

3.3. Рекомендації щодо застосування психотерапії в процесі підтримки соматично хворих осіб

В межах практичного застосування результатів емпіричного дослідження образу Я у осіб із хронічними захворюваннями було розроблено комплекс рекомендацій для психотерапевтичної підтримки пацієнтів. Враховуючи дані дослідження щодо індивідуально-психологічних особливостей образу Я та рівнів адаптації до хронічного захворювання, психотерапевтична робота спрямована на формування конструктивного самосприйняття, зміцнення позитивних компонентів Я та розвиток внутрішніх ресурсів, що забезпечують психологічну стійкість і здатність ефективно справлятися із життєвими обмеженнями.

На початковому етапі роботи важливо створити умови для усвідомлення пацієнтом власних потреб, життєвих цілей, обмежень і ресурсів. Психолог допомагає пацієнтові виявити реалістичні можливості самопідтримки та самодопомоги, а також освоїти навички щоденного догляду за собою. Залучення пацієнта до активної участі у процесі реабілітації забезпечує підвищення його автономності, усвідомлення власної відповідальності за стан і дії, що сприяє формуванню позитивного та адаптивного образу Я.

У практичній роботі застосовуються спеціально підібрані психотерапевтичні вправи. Наприклад, вправа «Внутрішній діалог» дозволяє пацієнтові виявити типові негативні самооцінні судження, пов'язані із хронічним захворюванням, та поступово замінити їх підтримуючими твердженнями. Вправа «Мій оновлений образ Я» спрямована на закріплення позитивних змін у самосприйнятті та розвитку прийняття власного стану, а вправа «Внутрішня опора» допомагає сформувати стійке відчуття

внутрішньої підтримки, спираючись на власні ресурси та зовнішні підтримуючі фактори. Вправа «Я у майбутньому» дозволяє пацієнту розробити реалістичне, але змістовне бачення майбутнього, підтримуючи активну життєву позицію та формування довгострокових цілей, що не суперечать його фізичним обмеженням.

Робота психолога спрямована на створення партнерських відносин із пацієнтом, у яких він виступає ресурсною фігурою, допомагає усвідомити власні переживання та потреби, підтримує процес визначення індивідуальних цілей і вибору шляхів їх реалізації. Такий підхід дозволяє пацієнту брати активну участь у реабілітації, що стимулює розвиток відповідальності, самостійності та усвідомленого підходу до власного здоров'я і життя загалом.

Рекомендації адаптуються залежно від індивідуального психологічного профілю, результатів психодіагностики та стадії реабілітації, що підвищує ефективність психотерапевтичного впливу. Застосування цих підходів сприяє зниженню рівня тривожності та депресивних проявів, формуванню більш гнучкого, багатовимірного образу Я, а також розвитку внутрішніх ресурсів, які забезпечують ефективну адаптацію до життєвих обмежень. В результаті пацієнти здобувають здатність приймати власні обмеження, підтримувати позитивне ставлення до себе та конструктивно адаптуватися до нових життєвих обставин, що є ключовим показником успішної психологічної підтримки осіб із хронічними захворюваннями.

Програма психологічного супроводу передбачає роботу з пацієнтами як на індивідуальних, так і на групових сесіях, з акцентом на конкретні життєві ситуації та розвиток конструктивного образу Я. Наприклад, пацієнт із артритом навчається приймати фізичні обмеження, одночасно зберігаючи активність у соціальних і професійних сферах. Такий підхід дозволяє поєднувати реалістичне усвідомлення власних можливостей із підтримкою активної життєвої позиції.

У межах сесій застосовуються короткі узагальнені кейси з практики, що демонструють типові проблемні ситуації та шляхи їх подолання. Це допомагає пацієнтам побачити, що вони не самотні у своїх переживаннях, і дає конкретні орієнтири для дій. Психотерапевтичні вправи мають чітке спрямування: вправа «Внутрішній діалог» сприяє зниженню самокритики, активує внутрішні ресурси підтримки та розвиває більш співчутливе ставлення до себе, тоді як «Я у майбутньому» допомагає формувати перспективу, підтримує внутрішню мотивацію та активну життєву позицію. Механізми впливу цих вправ полягають у корекції негативних когнітивних установок, розвитку усвідомленості власних емоцій та формуванні більш гнучкого та багатовимірного образу Я.

Програма передбачає динаміку прогресу пацієнта: на початку терапії характерними є підвищена тривожність, низька самооцінка та відчуття обмеженості. Уже після 4–6 сесій спостерігається помітне підвищення самоцінності, прийняття фізичних та соціальних обмежень, активне планування власного життя та здатність використовувати внутрішні ресурси для подолання труднощів.

Важливим аспектом програми є робота з родиною або соціальним оточенням. Рекомендації включають обговорення потреб пацієнта, шляхів підтримки, формування партнерських взаємин і стимулювання автономії. Такий соціальний вимір підтримки забезпечує більш стійкий ефект від психотерапевтичного втручання та зміцнює конструктивний образ Я у реальному житті.

Для посилення ефективності програми використовуються мультимодальні методи: арт-терапія, малюнки «Мій внутрішній ресурс», письмові вправи на вираження емоцій і власного досвіду. Ці техніки допомагають пацієнтам краще усвідомити свої внутрішні ресурси, зміцнити позитивне ставлення до себе та формувати гнучкий образ Я.

Програма також включає планування самостійної роботи між сесіями: ведення щоденника самопідтримки, складання «ресурсного списку» та

короткі щоденні вправи на рефлексію. Така практика сприяє закріпленню змін, отриманих під час психотерапевтичних сесій, формує внутрішню опору та дозволяє пацієнтові ефективно застосовувати отримані знання та навички у повсякденному житті.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було розглянуто соціально-психологічні засоби формування конструктивного образу Я у осіб із хронічними захворюваннями. Проаналізовані підходи засвідчили, що образ Я у цієї категорії осіб є не лише відображенням внутрішнього досвіду, а й результатом постійної взаємодії з соціальним середовищем, медичними обмеженнями та емоційними переживаннями, спричиненими станом здоров'я. Формування позитивного та стійкого образу Я потребує цілеспрямованої психологічної підтримки, що включає не тільки роботу з самооцінкою, переконаннями та почуттям власної компетентності, а й створення умов для прийняття власних обмежень без втрати життєвої цінності та перспектив.

У підрозділі 3.1 були окреслені основні психологічні стратегії, спрямовані на підтримку і розвиток позитивного образу Я. Вони включають розвиток навичок саморефлексії, емоційної регуляції, формування адаптивних переконань та внутрішньої опори, що дозволяє особам із хронічними захворюваннями покращувати якість свого життя та зменшувати вплив хвороби на самоідентичність, що висвітлює в своїх дослідженнях автор Палагута В. І. [71].

У підрозділі 3.2 представлено авторську психокорекційну програму, спрямовану на формування конструктивного образу Я у осіб з хронічними захворюваннями. Програма розроблена на основі теоретичного аналізу стратегій та соціально-психологічних засобів підтримки осіб з хронічними захворюваннями й орієнтована на подолання деструктивних Я-уявлень, зумовлених тривалим переживанням хвороби.

Запропонована психокорекційна програма має поетапну структуру та включає орієнтаційно-діагностичний, корекційно-рефлексивний та інтеграційно-ресурсний етапи. Така організація роботи забезпечує послідовний перехід від первинного психологічного обстеження та формування мотивації до психокорекційної діяльності до трансформації негативних компонентів образу Я та закріплення позитивних змін у повсякденному житті.

Підрозділ 3.3 був присвячений аналізу методів психосоціальної реабілітації, які сприяють інтеграції людини у соціальне середовище, підвищують її автономність та рівень контролю над власним життям. Застосування комплексних реабілітаційних програм доводить, що поєднання психологічної підтримки з соціальними ресурсами створює умови для більш повного прийняття себе, підсилення мотивації та покращення психоемоційного стану.

У межах підрозділу окреслено мету, завдання, зміст і основні методи реалізації програми, а також визначено очікувані психологічні результати її застосування. Реалізація запропонованої програми спрямована на зниження ідентифікації особистості з хронічним захворюванням, розвиток внутрішньої опори, підвищення рівня самоцінності та психологічної стійкості осіб з хронічними захворюваннями.

Отже, формувальний вплив соціально-психологічних заходів є ключовим у підтримці осіб із хронічними захворюваннями. Правильно підібрані методи супроводу дозволяють не лише зменшити психологічні наслідки хвороби, але й сприяють становленню конструктивного, цілісного та життєстійкого образу Я, що виступає важливою умовою для подальшої адаптації, розвитку та збереження внутрішніх ресурсів особистості.

ВИСНОВКИ

У ході виконання дослідження було досягнуто поставленої мети та послідовно реалізовано всі визначені завдання.

1. У ході теоретичного аналізу основних підходів до вивчення образу Я особистості у психології було встановлено, що образ Я є складним, багатовимірним психологічним утворенням, яке відображає систему уявлень людини про себе, власні якості, можливості, цінність та місце у соціальному середовищі. У працях вітчизняних і зарубіжних науковців образ Я розглядається як важлива складова самосвідомості особистості, що формується у процесі життєдіяльності та зазнає змін під впливом внутрішніх і зовнішніх чинників.

Аналіз наукових джерел показав, що в межах різних психологічних підходів образ Я інтерпретується з різних позицій. Так, у гуманістичній психології він розглядається як цілісна система уявлень про себе, пов'язана з прагненням до самореалізації та особистісного зростання; у когнітивному підході — як система переконань і когнітивних схем щодо власної особистості; у психодинамічному підході — як результат внутрішніх конфліктів, досвіду ранніх взаємин та механізмів психологічного захисту; у соціально-психологічних концепціях — як утворення, що формується у процесі міжособистісної взаємодії та соціального порівняння.

Було з'ясовано, що структура образу Я включає когнітивний, емоційно-оцінний та поведінковий компоненти, які перебувають у тісному взаємозв'язку. Когнітивний компонент відображає уявлення людини про власні характеристики та можливості, емоційно-оцінний — ставлення до себе та рівень самоцінності, а поведінковий — способи самопрезентації та реалізації Я у діяльності. Гармонійність або порушення взаємодії цих компонентів суттєво впливає на психологічне благополуччя особистості.

Особливу увагу у теоретичному аналізі було приділено динамічному характеру образу Я. Обґрунтовано, що образ Я не є статичним утворенням, а

постійно змінюється під впливом життєвого досвіду, кризових подій, соціальних умов та індивідуально-психологічних особливостей. Це дозволяє розглядати хронічне захворювання як значущий життєвий чинник, що потенційно здатний впливати на процес формування та трансформації образу Я.

Таким чином, проведений теоретичний аналіз підтвердив, що образ Я є ключовим психологічним конструктом для розуміння особистісних змін у складних життєвих умовах, зокрема в ситуації хронічного захворювання. Отримані теоретичні узагальнення створюють методологічне підґрунтя для подальшого аналізу проблеми психологічної адаптації до хронічного захворювання та емпіричного дослідження особливостей формування образу Я у осіб із хронічними захворюваннями.

2. У ході теоретичного аналізу основних підходів щодо проблеми психологічної адаптації до хронічного захворювання було встановлено, що адаптація виступає ключовим механізмом, який забезпечує збереження психічної рівноваги та життєвої активності особистості в умовах тривалого захворювання. Психологічна адаптація охоплює комплекс когнітивних, емоційних та поведінкових процесів, що дозволяють людині пристосовуватися до змін у фізичному стані, обмежень у повсякденній діяльності та нових соціальних ролей, пов'язаних із хворобою.

Аналіз наукових джерел свідчить, що процес адаптації є багаторівневим і залежить від індивідуально-психологічних особливостей особистості, соціальної підтримки, рівня самооцінки та сформованості образу Я. Зарубіжні дослідники Г. Левенталь, А. Моос, Ш. Тейлор підкреслюють, що адаптація до хронічної хвороби включає як когнітивне переосмислення власного стану та обмежень, так і емоційне прийняття хвороби, що безпосередньо впливає на підтримку або трансформацію образу Я. Вітчизняні науковці також звертають увагу на психологічні ресурси особистості, способи подолання стресу та здатність до саморегуляції як чинники ефективної адаптації.

Було з'ясовано, що ефективна адаптація не є автоматичним процесом і залежить від взаємодії внутрішніх ресурсів та зовнішніх умов. При відсутності достатньої підтримки та ресурсів можливі порушення у формуванні позитивного образу Я, зниження самооцінки, зростання тривожності та емоційного дискомфорту, що, в свою чергу, ускладнює соціальну інтеграцію та загальне психоемоційне благополуччя.

Отже, проведений теоретичний аналіз підтвердив, що психологічна адаптація до хронічного захворювання є важливою умовою збереження цілісності образу Я та стабільного психоемоційного стану особистості. Розуміння механізмів адаптації формує теоретичне підґрунтя для емпіричного дослідження індивідуально-психологічних особливостей формування образу Я у осіб із хронічними захворюваннями, а також для розробки програм психологічного супроводу та психотерапевтичних рекомендацій.

3. Емпіричне дослідження індивідуально-психологічних особливостей формування образу Я у осіб із хронічними захворюваннями проводилося на вибірці з 50 респондентів, з яких 30 осіб становили одну групу (хворі з хронічними захворюваннями), а 20 осіб – другу групу (здорові респонденти). Дослідження здійснювалося із застосуванням комплексу психодіагностичних методик: опитувальника Г. Айзенка, шкали тривожності Дж. Тейлора, шкали DASS-21 та авторської анкети «Я і моя хвороба», що дозволяло комплексно оцінити когнітивний, емоційно-оцінний та поведінковий компоненти образу Я.

Аналіз отриманих даних (підрозділ 2.2) дозволяє констатувати, що хронічне захворювання суттєво впливає на формування образу Я. У респондентів основної групи спостерігалися зміни в когнітивних уявленнях про власні можливості, зниження рівня емоційного благополуччя та певні трансформації соціальної поведінки. Водночас у контрольній групі показники були більш стабільними, що свідчить про специфічний вплив хронічного стану на психологічні особливості особистості.

Отримані результати дозволяють виділити такі закономірності, як вплив хронічної хвороби на емоційний компонент образу Я проявляється у підвищеній тривожності, зниженій самооцінці та емоційній лабільності. Когнітивний компонент характеризується переосмисленням власних можливостей та обмежень, переглядом життєвих пріоритетів і цілей. Поведінковий компонент демонструє зміни у соціальній активності, взаємодії з оточенням та стратегіях саморегуляції.

Дані свідчать, що між наявністю хронічного захворювання та особливостями формування образу Я існує помітна взаємозалежність. Порівняльний аналіз показав, що респонденти з хронічними захворюваннями демонструють відмінності у когнітивному, емоційно-оцінному та поведінковому компонентах образу Я порівняно з контрольними учасниками. Зокрема, у основній групі спостерігалось більш значне зниження самооцінки, підвищена тривожність та певні зміни у соціальній активності. Це свідчить, що стан здоров'я безпосередньо впливає на сприйняття себе та способи адаптації до життєвих обмежень, і підкреслює важливість підтримки позитивного образу Я як чинника збереження психоемоційного благополуччя.

Таким чином, емпіричне дослідження підтвердило, що формування образу Я у осіб із хронічними захворюваннями є динамічним процесом, який залежить від поєднання індивідуально-психологічних особливостей, рівня соціальної підтримки та психоемоційних ресурсів. Отримані дані створюють основу для розробки програм психологічного супроводу та практичних рекомендацій, спрямованих на зміцнення позитивного образу Я та підвищення психоемоційного благополуччя осіб із хронічними захворюваннями.

4. У результаті проведеного дослідження було розроблено програму психологічного супроводу осіб із хронічними захворюваннями, яка враховує особливості формування їхнього образу Я. Програма спрямована на зміцнення позитивних компонентів Я, підвищення самооцінності, формування

більш багатовимірною та конструктивною уявлення про себе.

Реалізація програми передбачає два ключові етапи. Корекційно-рефлексивний етап, який включає вправи, спрямовані на виявлення та корекцію негативних самооцінних суджень і внутрішнього критика, активованих хронічним захворюванням. Це дозволяє поступово формувати більш приймаючий та співчутливий образ Я, підвищує психологічну стійкість та адаптивні стратегії самосприйняття. Інтеграційно-ресурсний етап, мета якого – закріплення змін у повсякденному житті та розвиток внутрішньої опори. Застосовуються методи гуманістичної, екзистенційної та нарративної психології, а також вправи для усвідомлення власних ресурсів, формування реалістичного бачення майбутнього та підтримки активної життєвої позиції.

Програма забезпечує комплексний вплив на когнітивний, емоційний і поведінковий компоненти образу Я, що дозволяє учасникам навчитися приймати власний стан, зберігати позитивне ставлення до себе та ефективно адаптуватися до життєвих обмежень, спричинених хронічним захворюванням.

Таким чином, розроблена програма психологічного супроводу відповідає меті та завданням дослідження, інтегрує результати емпіричного дослідження і може бути використана як ефективний інструмент психологічної підтримки та корекції образу Я у осіб із хронічними захворюваннями.

5. Ефективна психотерапевтична підтримка осіб із хронічними захворюваннями повинна ґрунтуватися на комплексному, індивідуалізованому підході, який враховує специфіку формування образу Я. Аналіз емпіричного матеріалу та розробленої програми показав, що робота із пацієнтами через практичні вправи, такі як «Внутрішній діалог», «Мій оновлений образ Я», «Внутрішня опора» та «Я у майбутньому», сприяє зниженню рівня самокритики, розвитку прийняття власного стану, підвищенню самоцінності та формуванню стійкого внутрішнього ресурсу.

Важливим фактором успішної психологічної підтримки є інтеграція соціального оточення пацієнта, зокрема родини. Рекомендації щодо партнерської взаємодії дозволяють сім'ї сприяти розвитку автономії хворого, підтримувати його у складних ситуаціях та підвищувати ефективність адаптаційних процесів. Психологічні методи, включені до програми, активують когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти образу Я, що забезпечує більш гармонійне сприйняття себе, розвиток позитивної самосвідомості та конструктивного ставлення до обмежень, спричинених хворобою.

Дослідження показало, що мультикомпонентний підхід із використанням арт-терапії, письмових вправ, рефлексії та самостійної практики між сесіями дозволяє закріпити досягнуті зміни і переносити їх у реальні життєві умови. Внаслідок цього пацієнти демонструють помітне зниження тривожності, підвищення психологічної стійкості, активне планування власного життя та конструктивну взаємодію з оточенням.

Отже, рекомендації, розроблені в рамках даного дослідження, мають практичну цінність для психологів, психотерапевтів та фахівців реабілітаційних центрів. Вони спрямовані на підтримку та зміцнення позитивного образу Я у осіб із хронічними захворюваннями, формування внутрішньої опори та адаптивних стратегій саморегуляції, що є ключовими для підвищення якості життя та психоемоційного благополуччя цих пацієнтів.

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що хронічне захворювання істотно впливає на структуру та зміст образу Я, однак своєчасна психологічна підтримка, коригувальні психотерапевтичні впливи та усвідомлена робота над власними переконаннями дають можливість особам зберігати психічне благополуччя, адаптуватися до життєвих змін і відчувати внутрішню цінність незалежно від стану здоров'я. Це підтверджує важливість інтеграції психологічного супроводу в систему роботи з людьми, які мають хронічні захворювання, та окреслює перспективи подальших досліджень у цьому напрямку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анпілова Д. В. Психологічне значення довіри для самоактуалізації особистості в період ранньої дорослості. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*. 2016. № 33. С. 34-46. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2016-33.%p>.
2. Айзенк Г. *The Structure of Human Personality*. Methuen, 1970 476 p.
3. Бакаленко О.А. Теоретичні підходи до вивчення часової перспективи особистості. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Теорія культури і філософія науки»*. 2017. Вип. 57. С. 76–81.
4. Бондарчук О. І. Психологія сім'ї : курс лекцій. Київ : МАУП, 2001. 96 с.
5. Боришевський М. Дорога до себе. Від основ суб'єктності до вершин духовності. *Серія книг: монографія*. Київ: Академвидав, 2010. 416 с.
6. Бех І. Д. Особистість на шляху до духовних цінностей. Київ – Чернівці: Букрек, 2018. 320 с.
7. Бек А. Когнітивна психотерапія розладів. Україна: Науковий світ, 2024. 500 с.
8. Васянович Г. П. Основи психології: навчальний посібник. Київ: Педагогічна думка. 2012. 114 с.
9. Васильченко О. Уявлення молодих українців про українців. *Соціальна психологія*. 2003. №1. С.123-133.
10. Васильченко О. Методи психосемантики в дослідженні соціальних уявлень. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2016. С.19-37.
11. Васильченко О. Соціальна поведінка особистості у різних сферах суспільної взаємодії: соціально-психологічний аналіз. *Соціальна психологія*. 2004. №2. С.19-37.
12. Велитченко Л. К., Цільмак О. М. Психологія особистості: навч. посібник: тексти і методики. Одеса: Букаєв Вадим Вікторович, 2008. 212 с.

13. Варій М. Й. Психологія особистості. Навчальний посібник. Львів: Львівська політехніка. 2016. 608 с.
14. Губенко І. Я., Карнацька О. С., Шевченко О. Т. Основи загальної і медичної психології, психічного здоров'я та міжособового спілкування: підручник. К.: Медицина, 2018. 312 с.
15. Гуляс І. А. Життєва перспектива особистості як предмет теоретико–методологічного аналізу. *Збірник наукових праць "Проблеми сучасної психології"*, 2019. № 12. С. 315-324. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2011-12.%p>
16. Гундертайло Ю. Д., Климчук В. О., Кляпець О. Я. та ін. Психологія життєтворення особистості в сучасному світі: монографія / за ред. Т. М. Титаренко. Київ: 2016. 320 с.
17. Герман Джудіт. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів: Видво Старого Лева. 2021. 424 с.
18. Горностай П.П. Методи дії у розв'язанні психологічних проблем суспільного життя. *Збірник наукових статей*. 2005. № 12 (15). С.38-48.
19. Горбунова В. Структура психосемантичного дослідження. *Соціальна психологія*. 2007. №1. С.170-178.
20. Горностай П.П. Психологічний феномен "Ми". *Соціальна психологія*. 2006. №2. С.88-96.
21. Дідковська Л. І. Психосоматика: основи психодіагностики та психотерапії: навчальний посібник: для вищих навчальних закладів. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. 264 с.
22. Дмитрук О. Є. Життєва перспектива як особистісний конструкт: мотиваційний, ситуативний та ціннісний підходи. *Вісник Одеського національного університету імені І. І. Мечникова. Серія «Психологія»*. Одеса: Астропринт, 2013. Том 18. Вип. 22. Ч. 1. С. 242-250.
23. Дмитрова Т. В. Образ "Я" як регулятор міжособистісних стосунків у ранній юності: дис... кандидата психологічних наук: 19.00. 01. Київ, 1993.187с.

24. Дуткевич Т. В. Савицька О.В. Практична психологія : вступ у спеціальність. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2005. 208 с.
25. Дуткевич Т. В. Дошкільна психологія Навчальний посібник. Київ: Центр учбової книги, 2010. 320 с.
26. Єгорова, В. П. Життєві завдання особистості і побудова часової перспективи = Life tasks of the individual and construction of time perspective : кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр» / В. П. Єгорова ; наук. керівник к.психол.н., доц. С. І. Бабатіна ; Міністерство освіти і науки України ; Херсонський держ. ун-т, Ф-т психології, історії та соціології, Кафедра психології. Херсон : ХДУ, 2021. 38 с.
27. Єрмакова Н. О. Проблема довіри до себе у психоаналітичних концепціях розвитку особистості. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія : Психологія.* 2011. № 937, Вип. 45. С. 82-85.
28. Єрмакова Н. О. Психологічні особливості становлення довіри до себе в юнацькому віці : дис... канд. психол. наук : 19.00.07 Київ, 2008. 205 с.
29. Жигайло Н. І. Соціально-економічна діагностика: Навчальний посібник. Львів : Новий Світ, 2000, 2008. 224 с.
30. Жигайло Н. І. Комунікативний менеджмент: навчальний посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка, 2012. 368 с.
31. Загальна та медична психологія / під загальною редакцією І. Д. Спіріної, І. С. Вітенко. Дніпропетровськ: Арт-Прес. 2002. 175 с.
32. Занюк С. С. Психологія мотивації та емоцій. Луцьк: ВДУ, 1977. 180 с.
33. Загальна психологія : Навч. посіб. / О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська, З. В. Огороднійчук, Т. Зелінська, Т. Лисянська, Н. Співак, Н. Зубалій, І. Булах, О. Артемчук, Л. Зінченко. - К. : А.П.Н., 2002. - 461 с.
34. Іващенко А. С. Психологічні чинники міжособистісних стосунків у молодих подружніх парах. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України.* 2012. Вип. 5. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_5_37. (дата звернення 25.04.2025).

35. Іванова О. Феномен внутрішньої еміграції: *Соціальна психологія*. 2003. №1. С.53-63.
36. Кляпець О. Я. Життєві завдання особистості як умова реалізації шлюбно-сімейних домагань. *Наук. студії із соц. та політ. Психології*: 36 ст. АПН України, Ін-т соц. та політ. психології. К.: Міленіум. 2007. Вип. 16 (19). С. 205-214.
37. Крива Н. Л. Проблема довіри в сучасній психології. *Теорія і практика сучасної психології*. Запоріжжя, 2018. №5. С.128–13. URL: http://tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/5_2018/27.pdf (дата звернення 25.04.2025).
38. Курова А.В. Психологія спілкування. *Навчально-методичний посібник для здобувачів вищої освіти факультету психології, політології та соціології НУ «ОЮА»*. Одеса: Фенікс, 2020. 79 с.
39. Кузікова С.Б. Теорія і практика вікової психокорекції: навчальний посібник. Суми: ВТД «Університетська книга», 2020. 304с.
40. Корчевина О. В. Проблема становлення, розвитку, формування та змін “Я-концепції” особистості: Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. *Зб. наукових праць*. Київ: Університет “Україна”, 2004. 448 с.
41. Кісіль З.Р., Швець Д.В. Мотивація діяльності людини: Навчальний посібник у схемах, таблицях, коментарях. Одеса: Видавництво ОДУВС, 2023. 154 с.
42. Комінко С., Курант Л., Самборська О., Федотюк Г., Ніколенко С. Психологія в менеджменті. Тернопіль. 1999, - 400 с.
43. Корнєв М.Н., Коваленко А.Б. Соціальна психологія. Київ: КДУ ім. Тараса Шевченка, 1995. 304 с.
44. Каламаж Р. В. Я-концепція як складова професійної самосвідомості юристів. *Наукові записки. Серія «Психологія і педагогіка»*. Острог, 2006. Вип. 7. С. 156–164.

45. Кочубейник О. М. Трансформація уявлень про «Я-концепцію» у крос-культурних психологічних дослідженнях: Автореф. дис... канд. психол. наук. 19.00.07 Київ, 2003. 16 с.
46. Косенчук Л. Непарадоксальна парадоксальність кентавризму: Соціальна психологія. 2004. №1. С.64-71.
47. Кайгер В. Одиниці самосвідомості як елементи етнопсихологічного “образу Я” особистості. *Соціальна психологія*. 2006. №6. С.68-71.
48. Коваліско Н. Соціальна ідентичність як чинник соціальної стратифікації. *Соціальна психологія*. 2006. №4. С.94-106.
49. Кривопишина О.А. Образ світу як рефлексивне самоздійснення творчої особистості. *Вісник НТУУ "КПІ". Філософія. Психологія. Педагогіка : збірник наукових праць*. 2007, С. 84–88.
50. Костюк Г. С. Навчально-виховний процес і психічний розвиток особистості. Київ: Рад. школа, 1989. 608 с.
51. Кучинська І. О. Виховання духовних цінностей дітей і молоді у творчій спадщині Івана Огієнка. Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА, 2002. 104 с.
52. Коваленко А.Б., Корнєв М.Н. Соціальна психологія. Київ: Геопринт, 2006. 393 с.
53. Кобильченко В.В. Психологічний супровід дітей дошкільного віку з порушеннями зору: монографія. Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2015. 205 с.
54. Лисенко Д. П. Довіра як соціально-психологічний феномен. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 3. С. 123–126. URL: https://psp-journal.kpu.zp.ua/archive/3_2018/26.pdf (дата звернення 25.04.2025).
55. Лисянська Т.М. Педагогічна психологія. *Навч. посіб.* Київ: Каравела, 2023. 264 с.
56. Лісовенко А.Ф., Форманюк Ю.В. Психофізіолого-генетичні та нейропсихологічні основи задрості. *Випуск 22*. Одеса, 2021. С.76-82.

57. Левицька І. М. Образ фізичного Я та самоствавлення як регулятивні чинники поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць Державного вищого навчального закладу "Запорізький національний університет" та інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / За ред. С. Д. Максименка, Н.Ф. Шевченко, М.Г. Ткалич. Запоріжжя : ЗНУ, 2017. № 12 . С. 98-103.*
58. Левицька І.М. Психологічні особливості впливу образу фізичного «Я» на самоствавлення дівчат раннього юнацького віку: дис... канд. псих. наук : 19.00.07. Київ, 2021. 269 с.
59. Львовочкіна А.М. Основи екологічної психології: Навч. посіб. / А.М. Львовочкіна К.:2004. 136с.
60. Львовочкіна А.М. Етнопсихологія: Навч. посіб. / А.М. Львовочкіна. К.: МАУП, 2002. 144 с.
61. Максим О. В., Рябовол Т. А. Усвідомлення часової перспективи – умова становлення ціннісних орієнтацій особистості. *Молодий вчений*. 2021. № 5(2). С. 282-285.
62. Максименко С. Д. Життєвий шлях особистості як базова категорія генетичної психології. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія : Психологічні науки*. 2014. Вип. 2.12. С. 5-13.
63. Москалець В. Мотиваційно-динамічний підхід до гри та ігрового психологічного змісту інших видів діяльності. *Психологія і суспільство. Український теоретико-методологічний соціогуманітарний часопис*, 2020. № 2. С. 37-54.
64. Медична психологія: підручник / С. Д. Максименко, І. А. Коваль, К. С. Максименко, М. В. Папуча; за ред. акад. С. Д. Максименка. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.
65. Меднікова Г.І. Самооцінка та рівень домагань особистості як динамічна система. дис. Канд. психологічних наук:19.00.01 Харківський державний педагогічний університет ім. Г.С. Сковороди. Харків. 2002. 194 с.

66. Молчанюк О. В., Борзик О. Б. Психолого-педагогічний аналіз дефініції "міжособистісні відносини" *Теорія та методика навчання та виховання*. 2017. Вип. 42. С. 125-134.
67. Никоненко Ю. П. Клінічна психологія: навчальний посібник. Київ: КНТ, 2016. 368 с.
68. Особистісне професійне зростання: психологічні тренінги. *Навчальний посібник*. За ред. Л.В. Долинської, О.В. Темрук. К. Каравела, 2019. 560 с.
69. Панько Т.В. та ін. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих. *Клін.посібник*. Харків: Арсис ЛТД, 2020. 303с.
70. Петрунько О.В. Топологія суб'єкта в агресивному медіасередовищі: *Наукові студії із соціальної та політичної психології: Зб. статей / НАПН України, Ін-т соціальної та політичної психології / Ред. М.М.Слюсаревський, В.Г.Кремень, С.Д.Максименко та ін. – Київ: Міленіум, 2010. Вип. 24(27). С. 215-224.*
71. Петрунько О.В. Медіакультура як чинник розвитку соціальних спільнот: осмислення поняття. *Розвивальний потенціал сучасної соціальної роботи: методологія та технології : матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції (12 – 13 березня 2021 року, Київ) / за ред. Ю.М. Швалба. – Київ : КНУ імені Тараса Шевченка, 2021. С. 150-153.*
72. Палагута В. І. Психологія особистості та розвитку людини : конспект лекцій. Частина I . Дніпро : НМетАУ, 2017. 62 с.
73. Палагута В. І. Психологія особистості та розвитку людини : конспект лекцій. Частина III. Дніпро : НМетАУ, 2021. 68 с.
74. Палагута В. І. Психологія особистості та розвитку людини : конспект лекцій. Частина II . Дніпро : НМетАУ, 2020. 64 с.
75. Психодіагностика: практикум / укладачі Н. О. Данильченко, А. В. Вертель. Суми: Вид-во СумДПУ імені. А. С. Макаренка, 2010. С. 140 с.

76. Помагайбо В.М. Анатомія та еволюція нервової системи: навчальний посібник/ В. М. Помагайбо, О. І. Березан. - К.: Академвидав, 2013. - 160 с. - (АЛЬМА-МАТЕР)
77. Столяренко О. Б. Психологія особистості: навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
78. Спіріна І. Д. Лисиця Г. І. Вітенко І. С. Медична психологія: практикум. Дніпропетровськ: Поліграфіст. 1997. 54 с.
79. Сидоренко П.І. Анатомія та фізіологія людини: підручник/ П. І. Сидоренко, Г. О. Бондаренко, С. О. Куц. - 5-те вид, виправ. К.: ВСВ "Медицина", 2015. 248 с.
80. Титаренко Т. М., Дворник М. С., Климчук В. О. та ін. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: *практичний посібник. за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології*. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.
81. Танасійчук О.М. Генезис архетипових образів становлення професійного спрямування особистості : дис... канд. псих. наук : 19.00.01. Одеса, 2021. 232 с.
82. Тіунова А.О. Вплив порушення сприйняття власного тіла на особистісний розвиток підлітка. Історія та сучасний стан педагогічних та психологічних наук: *матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. Київ: ГО «Київська наукова організація ІІ2.–педагогіки та психології»*, 2014. С. 109.
83. Ушаков А. С. Образ людини культури в системі світоглядних знань. Духовність особистості: методологія, теорія і практика. 2017. Вип. 4. С. 336–348.
84. Хаустова О. Психосоматичний підхід до проблем адаптації. Соціальна психологія. 2003. № 2. С. 53–63.

85. Шевченко З. В. Криза ідентичності як деструктивний прояв індивідуалізму: соціально-філософський аналіз. *Вісник Черкаського університету. Серія: Філософія*. Черкаси, 2007. С. 37–46.
86. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Нові висновки. Харків: КСД, 2021. 552с.
87. Шахова, О. Г. Соціальна психологія особистості: навч. посіб. / О. Г. Шахова. – Харків: Контраст, 2019. – 116 с.
88. McMahon, T. J., & McMahon, C. J. The Role of Social Media in Promoting Positive Mental Health. *Journal of Social Psychology*. Журнал. URL: <https://doi.org/10.1080/00224545.2018.1431642> (дата звернення 25.04.2025).
89. Zufferey, J. Building resilience: A psychological perspective on workplace stress. URL: <https://doi.org/10.1177/2165079916635747> (дата звернення 25.04.2025).
90. Smith, R. A., & Jones, K. L. The impact of cultural factors on mental health service utilization in Europe. *European Journal of Mental Health*, URL: <https://doi.org/10.5708/EJMh.2021.16.1.58> (дата звернення 25.04.2025).
91. Elhai, J. D., & Wootton, K. K. The role of anxiety and depression in the relationship between smartphone use and academic performance. *Computers in Human Behavior*. URL: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.04.034> (дата звернення 25.04.2025).
92. Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, URL: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.003> (дата звернення 25.04.2025).
93. Lazarus R. S. *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press, 1991. 557 p.
94. Neuropsychology Emphasis Area Training. Режим доступу: http://www.paloalto.va.gov/docs/MentalHealth/PsychologyTraining/Neuropsychology_Emphasis_Area.doc

95. Standards for psychologists and social workers in sci rehabilitation of American Association of Spinal Cord Injury Psychologists and Social Workers. 2007. <http://www.aascip-sw.org/standards-sci-psychosocialrehab.html>.

Всього джерел – 95

Джерел за останні десять років – 40

Джерел зарубіжних авторів за останні десять років – 5 (94;93;92;... 91;90;89;88)

Джерел українських авторів за останні десять років – 35 (1;3;6;7;10; 13;14;15;16;17;26;37;38;39;41;53;54;55;56;57;58;61;66;67;68;69;71;72;73;74; 79;80;81;83;86)

ДОДАТКИ

Додаток А

Особистісний опитувальник Г. Айзенка (Eysenck Personality Inventory, або ЕРІ)

Інструкція.

Вам пропонується серія запитань. На кожне потрібно дати лише одну відповідь: «так» або «ні». Не витрачайте багато часу на роздуми – тут немає правильних чи неправильних варіантів, адже це не перевірка рівня знань чи інтелекту.

Питання опитувальника

1. Ви зазвичай відчуваєте себе щасливими?
2. Чи любите ви проводити час у компанії?
3. Чи легко вас бентежить невелика критика?
4. Чи швидко ви втомлюєтесь у нових ситуаціях?
5. Чи полюбляєте ви ризиковані або авантюрні заняття?
6. Чи часто у вас змінюється настрій?
7. Чи відчуваєте ви потребу в постійній підтримці друзів?
8. Чи важко вам залишатися спокійним у стресових ситуаціях?
9. Чи любите ви бути центром уваги?
10. Чи часто ви засмучуєтесь без особливої причини?
11. Чи відчуваєте ви тривогу, коли поруч нові люди?
12. Чи схильні ви швидко діяти, не замислюючись?
13. Чи легко вам завести нових знайомих?
14. Чи буває вам важко приймати критику?
15. Чи віддасте ви перевагу активному проведенню часу, а не самотнім заняттям?
16. Чи часто ви переживаєте через дрібниці?
17. Чи швидко вам стає нудно на самоті?
18. Чи схильні ви відчувати напруження без очевидної причини?
19. Чи легко вам заводити друзів?
20. Чи відчуваєте ви себе невпевнено у нових ситуаціях?
21. Чи полюбляєте ви часто спілкуватися з людьми?
22. Чи властива вам емоційна нестабільність?
23. Чи легко ви відчуваєте радість від спільної діяльності?
24. Чи часто ви відчуваєте стрес або тривогу?
25. Чи любите ви бути у центрі уваги на вечірках або зборах?
26. Чи відчуваєте ви страх перед новими завданнями?

27. Чи любите ви активні, динамічні ігри або спорт?
28. Чи схильні ви сумувати або переживати через дрібниці?
29. Чи відчуваєте ви себе енергійно протягом дня?
30. Чи часто виникають у вас моменти тривоги без видимої причини?
31. Чи любите ви веселу компанію?
32. Чи властива вам нервозність у нових ситуаціях?
33. Чи легко вам проявляти ініціативу у спілкуванні?
34. Чи часто у вас змінюється настрій протягом дня?
35. Чи відчуваєте ви радість від активного спілкування з іншими?
36. Чи властива вам дратівливість?
37. Чи часто ви переживаєте через минулі події?
38. Чи полюбляєте ви нові знайомства?
39. Чи легко ви виходите з рівноваги у складних ситуаціях?
40. Чи вам подобаються ризиковані заняття або пригоди?
41. Чи властива вам підвищена чутливість до критики?
42. Чи легко вам заводити нові знайомства у великій компанії?
43. Чи буває у вас відчуття тривоги без явної причини?
44. Чи любите ви активні види дозвілля?
45. Чи властива вам емоційна нестабільність у спілкуванні?
46. Чи легко вам відпочивати на самоті?
47. Чи часто ви переживаєте про можливі негативні події?
48. Чи полюбляєте ви говорити перед великою групою людей?
49. Чи властива вам нервозність у нових ситуаціях?
50. Чи любите ви бути серед людей, які постійно спілкуються?
51. Чи часто у вас коливання настрою без видимої причини?
52. Чи легко ви проявляєте ініціативу у спільних заходах?
53. Чи схильні ви хвилюватися про своє майбутнє?
54. Чи полюбляєте ви активне проведення часу з іншими?
55. Чи легко ви заводите нові дружні стосунки?
56. Чи часто у вас виникає тривога або напруження?
57. Чи відчуваєте ви себе енергійно і життєрадісно протягом дня?

Опрацювання результатів

1. Шкала Екстраверсія – Інтроверсія (E):

Сума балів обчислюється за відповідями «Так» на питання 1, 3, 8, 10, 13, 17, 22, 25, 27, 39, 44, 46, 49, 53, 56 та за відповідями «Ні» на питання 5, 15, 20, 29, 32, 34, 37, 41, 51.

0–10 балів: інтроверт – людина, зосереджена на внутрішньому світі, замкнена в собі.

1–14 балів: амбіверт – здатний до спілкування за потреби, проявляє гнучкість у соціальних контактах.

15–24 балів: екстраверт – товариська, комунікабельна людина, орієнтована на зовнішній світ.

2. Шкала Невротизм (N):

Сума балів обчислюється за відповідями «Так» на питання 2, 4, 7, 9, 11, 14, 16, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 33, 35, 38, 40, 43, 45, 47, 50, 52, 55, 57.

0–10 балів: емоційна стійкість.

11–16 балів: емоційна вразливість.

17–22 балів: наявні окремі ознаки розхитаності нервової системи.

23–24 балів: високий рівень невротицизму, можливі зриви та прояви неврозу.

3. Шкала Відвертості (L):

Сума балів обчислюється за відповідями «Так» на питання 6, 24, 36 та за відповідями «Ні» на питання 12, 18, 30, 42, 48, 54.

0–3 бали: нормальний рівень відвертості, відповіді достовірні.

4–5 балів: сумнівна достовірність відповідей.

6–9 балів: відповіді недостовірні, можлива соціально бажана поведінка при заповненні опитувальника.

Шкала депресії, тривожності та стресу (DASS-21)

Інструкція: Нижче наведено висловлювання, що описують різні переживання та стани.

Ваше завдання - оцінити, наскільки кожне з них відповідало вашому самопочуттю протягом останнього тижня.

Навпроти кожного твердження поставте одну цифру:

0 - зовсім не було властиво мені;

1 - певною мірою або час від часу було властиво мені;

2 - значною мірою або часто було властиво мені;

3 - дуже сильно або більшу частину часу було властиво мені.

Питання опитувальника (DASS-21)

1. Я не міг заспокоїтись.
2. У мене пересихало в роті.
3. Я не відчував жодних позитивних емоцій.
4. Мені було важко проявляти ініціативу.
5. Я відчував, що нервую без видимої причини.
6. Мені здавалося, що я не здатен отримувати задоволення від того, що раніше
7. Я відчував роздратування.
8. Мені було важко розслабитися.
9. Я відчував смуток та пригніченість.
10. Я відчував внутрішнє напруження.
11. Я переживав почуття страху, хоча причини начебто не було.
12. Я відчував, що нічого не вартий.
13. Я занадто емоційно реагував на різні дрібниці.
14. Я відчував більшу тривогу, ніж зазвичай.
15. Я відчував, що життя втратило сенс.
16. Мені було важко зосередитися.
17. Я відчував себе надто втомленим.
18. Я відчував, що ситуації виходять з-під контролю.
19. Я помічав різкі зміни настрою.
20. Мені було важко справлятися зі щоденними справами.
21. Я відчував сильне внутрішнє напруження або стрес.

Опрацювання результатів

У DASS-21 три субшкали: Депресія, Тривожність, Стрес.

Підрахунок здійснюється за ключем із множенням суми балів кожної субшкали на 2 (оскільки DASS-21 - коротка версія повної шкали DASS-42).

1. Шкала «Депресія»

Пункти: 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21

(сума \times 2)

Інтерпретація:

- 0-9 балів - норма (ознаки депресивного настрою незначні).
- 10-13 балів - м'які прояви депресивної симптоматики.
- 14-20 балів - виражені прояви пригніченості та втоми.
- 21-27 балів - значні прояви депресивного стану.
- 28+ балів - різко виражені маркери депресивних переживань.

2. Шкала «Тривожність»

Пункти: 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20

(сума \times 2)

Інтерпретація:

- 0-7 балів - норма (звичайний рівень тривожності).
- 8-9 балів - м'які прояви тривожних реакцій.
- 10-14 балів - виражені ознаки тривоги.
- 15-19 балів - значний рівень емоційної напруги.
- 20+ балів - різко виражені тривожні переживання.

3. Шкала «Стрес»

Пункти: 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18

(сума \times 2)

Інтерпретація:

- 0-14 балів - норма (помірний емоційний стан).
- 15-18 балів - м'які ознаки перевантаження.
- 19-25 балів - виражений рівень стресу.
- 26-33 бали - високий рівень напруження, зниження адаптаційних ресурсів.
- 34+ балів - різко виражені прояви стресу.

**Особистісна шкала прояву тривожності Дж. Тейлора
(Manifest Anxiety Scale, або MAS)**

Інструкція:

Розділіть картки на дві групи відповідно до згоди або незгоди з наведеним твердженням. Час виконання тесту – 20–25 хвилин. Відповідайте щиро, не намагайтеся вгадати «правильні» відповіді.

Питання опитувальника:

1. Я можу довго працювати, не втомлюючись.
2. Я завжди виконую свої обіцянки, незалежно від того, зручно мені це чи ні.
3. Зазвичай руки і ноги у мене теплі.
4. У мене рідко болить голова.
5. Я впевнений у своїх силах.
6. Очікування мене нервує.
7. Часом мені здається, що я ні на що не придатний.
8. Зазвичай я відчуваю себе цілком щасливим.
9. Я не можу зосередитися на чомусь одному.
10. У дитинстві я завжди негайно й покійно виконував усе, що мені доручали.
11. Раз на місяць або частіше у мене буває розлад шлунка.
12. Я часто ловлю себе на тому, що мене щось тривожить.
13. Я вважаю, що не більш нервовий, ніж більшість людей.
14. Я не занадто сором'язливий.
15. Життя для мене майже завжди пов'язане з великою напругою.
16. Іноді буває, що я говорю про речі, в яких не розбираюся.
17. Я червонію не частіше, ніж інші.
18. Я часто засмучуюсь через дрібниці.
19. Я рідко помічаю серцебиття або задишку.
20. Не всі люди, яких я знаю, мені подобаються.
21. Я не можу заснути, якщо мене щось тривожить.
22. Зазвичай я спокійний і мене важко засмутити.
23. Мене часто мучать нічні кошмари.
24. Я схильний сприймати все надто серйозно.
25. Коли я нервую, у мене посилюється пітливість.
26. У мене неспокійний і переривчастий сон.
27. В іграх я волію скоріше виграти, ніж програти.

28. Я більш чутливий, ніж більшість людей.
29. Нескромні жарти та гостроти викликають у мене сміх.
30. Я хотів би бути так само задоволений своїм життям, як, ймовірно, задоволені інші.
31. Мій шлунок турбує мене.
32. Я постійно стурбований своїми матеріальними та службовими справами.
33. Я насторожено ставлюся до деяких людей, хоча знаю, що вони не можуть заподіяти мені шкоди.
34. Мені часом здається, що переді мною нагромаджені такі труднощі, які я не можу подолати.
35. Я панікую.
36. Часом я стаю настільки збудженим, що це заважає мені заснути.
37. Я віддаю перевагу ухилятися від конфліктів.
38. У мене бувають напади нудоти і блювоти.
39. Я ніколи не спізнився на побачення або на роботу.
40. Часом я почуваюся непотрібним.
41. Іноді мені хочеться вилятися.
42. Майже завжди я відчуваю тривогу у зв'язку з чимось або з кимось.
43. Мене турбують можливі невдачі.
44. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
45. Мене нерідко охоплює розпач.
46. Я – нервова й легко збудлива людина.
47. Я часто помічаю, що мої руки тремтять, коли намагаюся щось зробити.
48. Я майже завжди відчуваю почуття голоду.
49. Мені не вистачає впевненості в собі.
50. Я легко потію, навіть у прохолодні дні.
51. Я часто мрію про речі, про які краще нікому не розповідати.
52. У мене дуже рідко болить живіт.
53. Мені дуже важко зосередитися на якому-небудь завданні чи роботі.
54. У мене бувають періоди сильного занепокоєння, коли я не можу довго всидіти на одному місці.
55. Я завжди відповідаю на листи відразу після прочитання.
56. Я легко засмучуюсь.
57. Практично ніколи не червонію.
58. У мене набагато менше побоювань і страхів, ніж у моїх друзів та знайомих.

59. Буває, що я відкладаю на завтра те, що слід зробити сьогодні.

60. Зазвичай я працюю з великою напругою.

Обробка та інтерпретація даних

Шкала тривожності (Manifest Anxiety Scale, MAS)

Оцінка «1 бал» надається за відповідь «Так» у пунктах:

6, 7, 9, 11, 12, 13, 15, 18, 21, 23, 25, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 56, 60.

Оцінка «1 бал» надається за відповідь «Ні» у пунктах:

1, 3, 4, 5, 8, 14, 17, 19, 22, 39, 43, 52, 57, 58.

Шкала відвертості

Оцінка «1 бал» за відповідь «Так» у пунктах:

2, 10, 55.

Оцінка «1 бал» за відповідь «Ні» у пунктах:

16, 20, 27, 29, 41, 51, 59.

Спочатку оцінюється шкала відвертості. Вона дозволяє визначити схильність випробуваного до соціально бажаних відповідей.

Якщо показник > 6 балів, це свідчить про нещирість відповідей.

Далі підраховується сумарна оцінка за шкалою тривожності.

Інтерпретація балів за шкалою тривожності:

0-5 балів - низький рівень тривожності

5-15 балів - середній рівень (тенденція до низького)

15-25 балів - середній рівень (тенденція до високого)

25-40 балів - високий рівень тривожності

40-50 балів - дуже високий рівень тривожності

АВТОРСЬКА АНКЕТА «Я І МОЯ ХВОРОБА»: дослідження формування образу Я у осіб з хронічними захворюваннями

Інструкція:

Будь ласка, уважно прочитайте наведені твердження та оберіть варіант відповіді, який найточніше відображає ваш стан або ставлення. У запитаннях немає «правильних» чи «неправильних» відповідей — важлива лише ваша особиста думка. Отримані дані є конфіденційними та використовуються виключно для наукових цілей.

Оцініть кожне твердження за шкалою:

- 1 - зовсім не згоден(на)
- 2 - скоріше не згоден(на)
- 3 - важко відповісти / частково
- 4 - скоріше згоден(на)
- 5 - повністю згоден(на)

1. Емоційне сприйняття себе

Через моє захворювання мені складно приймати себе таким(ою), яким(ою) я є.

1 2 3 4 5

2. Когнітивні уявлення про власні можливості

Хвороба вплинула на моє уявлення про те, яких результатів я можу досягти у житті.

1 2 3 4 5

3. Соціально-поведінкові прояви

Через стан здоров'я я частіше уникаю спілкування або діяльності, які раніше приносили мені задоволення.

1 2 3 4 5

4. Самоцінність і ставлення до себе

Попри хронічне захворювання, я вважаю себе цінною та гідною поваги людиною.

1 2 3 4 5

5. Внутрішні ресурси та саморегуляція

Я маю внутрішні сили та навички, які допомагають мені справлятися з проявами хвороби у повсякденному житті.

1 2 3 4 5

Примітка для інтерпретації:

високі бали (від 4 до 5) свідчать про більш конструктивне ставлення до себе, здатність адаптуватися до хронічного стану й підтримувати цілісність образу Я;

низькі бали (1–2) можуть вказувати на труднощі самоприйняття, знижену самооцінку, уникання соціальної взаємодії та емоційне виснаження;

показник 3 свідчить про нестійкість або внутрішні суперечності, що потребують подальшого аналізу.

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО АКАДЕМІЧНУ ДОБРОЧЕСНІСТЬ

Кваліфікаційна робота повністю написана самостійно. Усі викладені в роботі ідеї, висновки та узагальнення є результатом моєї власної інтелектуальної діяльності, за винятком випадків, коли чітко зазначено використання інших джерел.

Усі запозичені матеріали, включаючи наукові джерела, підручники, статті, нормативно-правові акти та інші джерела, оформлені згідно з вимогами академічного цитування та містять відповідні посилання.

Робота не містить плагіату в будь-якій формі, включаючи дослівне копіювання текстів, переклад без належного оформлення, перефразування без зазначення першоджерела, використання чужих ідей без належного посилання.

Робота не містить вигаданих або змінених даних, які можуть спотворювати результати дослідження.

Я усвідомлюю важливість академічної доброчесності та відповідальність за будь-які порушення, включаючи можливі академічні санкції у разі виявлення недобросовісного виконання роботи.