

ISSN 2410-1249

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА

Психологічне консультування і психотерапія
Випуск 23

Psychological counseling and psychotherapy
Issue 23

Започаткований 2014 року

Харків 2025

У журналі представлено різноманіття психотерапевтичних підходів, модальностей та методик, що пов'язані з психологічним та медичним просторами сучасної психотерапевтичної та консультативної допомоги. Розглянуто теоретичні і практичні питання щодо різних аспектів психотерапевтичного втручання при різних розладах, їх гендерні аспекти, методики психодіагностики, взаємодію психотерапії та культури тощо.

УДК 159.98+615.851](082) П86

Для психотерапевтів, консультантів, практичних психологів та всіх, хто цікавиться питаннями надання психотерапевтичної допомоги. Затверджено до друку рішенням Вченої ради Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна (протокол № 17 від 30.06.2025)

Журнал зареєстрований наказом Міністерства освіти і науки України № 627 від 14.05.2020 та внесений до переліку наукових фахових видань України, категорія «Б», спеціальність 053, за якою можуть бути опубліковані результати дисертацій на здобуття наукового ступеня кандидата та доктора в області психології.

Засновник журналу – Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Харків, Україна. Рік заснування 2014. Періодичність виходу – два номери на рік.

Головний редактор

Кочарян О. С., доктор психологічних наук, професор (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, завідувач кафедри психологічного консультування і психотерапії).

Відповідальний редактор

Барінова Н.В., кандидат психологічних наук, доцент (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, доцент кафедри прикладної психології).

Члени редколегії:

Дора Капоцца, професор соціальної психології (Університет Падова, Італія)

Горбанюк Олег, Люблінський католицький університет імені Івана Павла II, Люблін, Польща

Павелків Р.В., доктор психологічних наук, професор, перший проректор, завідувач кафедри вікової та педагогічної психології Рівненський державний гуманітарний університету (Україна)

Сєдих К.В., Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка, Полтава, Україна

Павленко В.Н., кафедра прикладної психології В.Н. Харківський національний університет імені Каразіна, Харків, Україна

Мушкевич М.І., доктор психологічних наук, доцент, завідувачка кафедри практичної та клінічної психології Волинський національний університет імені Лесі Українки

Геворкян С.Р., Доктор психологічних наук, професор, Ректор Вірменського державного педагогічного університету імені Хачатура Абовяна
Дімітріс Аргіропулос, Ph. D. з педагогіки, Університет Парми, Борго Каріссімі, 10 (43121) Парма, Посада: відділ освіти - кафедра DUSIC (відділ гуманітарних, соціальних та культурних справ)

Вірна Жанна, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, Україна

Горностай П. П., доктор психологічних наук, старший науковий співробітник (Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, завідувач лабораторії психології малих груп та міжгрупових відносин).

Паламарчук О.М., Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського, завідувач кафедри психології та соціальної роботи, доктор психологічних наук, доцент. Вінниця, Україна

Кочарян Г. С., доктор медичних наук, професор (Харківська медична академія післядипломної освіти, професор кафедри сексології та медичної психології).

Фалева О.Є., доктор психологічних наук, доцент, професор кафедри гуманітарної, психологічної підготовки та митної ідентифікації культурних цінностей Університету митної справи та фінансів, м. Дніпро, Україна

Фоменко К. І., кандидат психологічних наук, Харківський національний педагогічний університет імені Г.С. Сковороди.

Хомуленко Т. Б., доктор психологічних наук, професор (Харківський національний педагогічний університет імені Г. С. Сковороди, завідувач кафедри практичної психології).

Чабан О. С., доктор медичних наук, професор (НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, завідувач відділу пограничних станів та соматоформних розладів, професор кафедри психології та педагогіки медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О. О. Богомольця).

Шестопалова Л. Ф., доктор психологічних наук, професор (НДІ неврології, психіатрії та наркології АМН України, завідувач відділу медичної психології).

Джакомуччі С., доктор медичних наук (DDr.) (Медичний університет Інсбрука, кафедра психіатрії і психотерапії, Австрія).

Технічний секретар

Гіриш С. А., канд. фіз. - мат. наук, (Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, кафедра медичної фізики та біомедичних нанотехнологій).

Адреса редакційної колегії

61022, Харків, майдан Свободи, 6, Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, кафедра психологічного консультування і психотерапії, каб. 406. Тел. +38(057)707-50-88.

Сайт видання: <https://periodicals.karazin.ua/psychotherapy>

Електронна адреса: barinova.n2310@gmail.com

Статті пройшли внутрішнє та зовнішнє рецензування.

Ідентифікатор медіа у Реєстрі суб'єктів у сфері медіа: R30-04464 (Рішення № 1538 від 09.05.2024 р Національної ради України з питань телебачення і радіомовлення. Протокол № 15)

© Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, оформлення, 2025 р.

The Journal presents a variety of psychotherapeutic approaches, modalities and techniques related to the psychological and medical spaces of modern psychotherapeutic and counseling care. Theoretical and practical issues on various aspects of psychotherapeutic intervention in various disorders, their gender aspects, methods of psychodiagnostics, the interaction of psychotherapy and culture, etc. are considered.

For psychotherapists, counselors, practical psychologists and anyone interested in providing psychotherapeutic care.

UDC 159.98+615.851](082) P86

Approved for publication by the decision of the Academic Council of V.N. Karazin Kharkiv National University (Protocol no 17 of 30.06.2025)

The Journal is registered by the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine № 627 from 14.05.2020 and included in the list of scientific professional publications of Ukraine, category "B", specialty 053, which can be published dissertations for the degree of candidate and doctor in psychology.

The founder of the Journal is V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine. Year of foundation 2014. Frequency of publication - two issue per year.

Editor in Chief

Kocharyan O.S., Doctor of Psychological Sciences, Professor V.N. Karazin Kharkiv National University, Head of the Department of Psychological Counseling and Psychotherapy).

Executive Editor

Barinova N.V. - Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor (V.N. Karazin Kharkiv National University, Associate Professor of Applied Psychology).

Members of the Editorial Board

Dora Capozza, Professor of Social Psychology (University of Padua, Italy)

Oleg Gorbaniuk, The John Paul II Catholic University of Lublin, Lublin, Poland

Pavel Pavelkiv, Doctor of Psychological Sciences, Professor, First Vice-Rector, Head of the Department of Age and Pedagogical Psychology, Rivne State University for the Humanities (Ukraine)

Kira Sedych, Poltava V.G. Korolenko National Pedagogical University, Poltava, Ukraine

Valentyna Pavlenko, Department of Applied Psychology, V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

Myroslava Mushkevych, Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Practical and Clinical Psychology, Lesya Ukrainka Volyn National University

Srbuhi Gevorgyan, Doctor of Psychology, Professor, Rector of the Khachatur Abovyan Armenian State Pedagogical University

Dimitris Argyropoulos, Ph.D. in Pedagogy, University of Parma, Borgo Carissimi, 10 (43121) Parma, Position: Department of Education - Department of DUSIC (Department of Humanitarian, Social and Cultural Affairs)

Virna Zhanna, Lesia Ukrainka East European National University, Lutsk, Ukraine

Gornostay P.P., Doctor of Psychological Sciences, Senior Research Fellow (Institute of Social and Political Psychology of the National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Head of the Laboratory of Psychology of Small Groups and Intergroup Relations).

Palamarchuk O.M., Vinnytsia State Pedagogical University named after Mykhailo Kotsyubynsky, Head of the Department of Psychology and Social Work, Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor. Vinnytsia, Ukraine

Kocharyan G.S., Doctor of Medical Sciences, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Professor of Sexology and Medical Psychology).

Faleva O.E., Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor, Professor of the Humanitarian, Psychological Training and Customs Identification of Cultural Property Department, University of Customs and Finance, Dnipro, Ukraine

Fomenko K.I., Candidate of Psychological Sciences, G. S. Skovoroda National Pedagogical University, Kharkiv.

Khumlenko T.B., Doctor of Psychological Sciences, Professor G. S. Skovoroda National Pedagogical University, Head of the Practical Psychology Department.

Chaban O.S., Doctor of Medical Sciences, Professor (Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of Ukraine, Head of the Borderline Conditions and Somatoform Disorders Department, Professor of Psychology and Pedagogy, Faculty of Medicine and Psychology, Bogomolets National Medical University).

Shestopalova L.F., Doctor of Psychological Sciences, Professor, Research Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction of the Academy of Medical Sciences of Ukraine, Head of the Medical Psychology Department.

Giacomuzzi S., Doctor of Medical Sciences (DDr.) Medical University of Innsbruck, Psychiatry and Psychotherapy Department, Austria).

Technical Secretary

Girnyk S.A., Ph.D. of Phys.-Mat. Sciences, V.N. Karazin Kharkiv National University, Medical Physics and Biomedical Nanotechnologies Department.

Address of the editorial board: 61022, Kharkiv, Maidan Svobody, 6, V.N. Karazin Kharkiv National University, Psychological Counseling and Psychotherapy Department, office. 406. Tel. +38 (057) 707-50-88.

Publication site : <https://periodicals.karazin.ua/psychotherapy>

E-mail : barinova.n2310@gmail.com

Articles have been reviewed internally and externally.

Media identifier in the Register of the field of Media Entities: R30-04464 (Decision № 1538 dated May 9, 2024 of the National Council of Television and Radio Broadcasting of Ukraine, Protocol № 15)

© V.N. Karazin Kharkiv National University,
design, 2025

ЗМІСТ

РОЗДІЛ: ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ.....	6
<i>Кочарян О., Барінова Н.</i> Концептуальні розширення клієнтоорієнтованої психотерапії.....	6
РОЗДІЛ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МОДАЛЬНОСТІ, МЕТОДИ ТА МЕТОДИКИ	13
<i>Харченко А., Федосєєв В., Лісеная А., Лісеній Є., Барінов С.</i> Особливості тематичних тенденцій в клієнтських запитах під час воєнного стану та специфіка роботи в КЦТ з ними	13
<i>Шестопалова Л., Луцик В., Войтенко І., Нуднова Я.</i> Застосування технології субсенсорного впливу для проведення психокорекційної роботи зі хворими на депресивні розлади	18
РОЗДІЛ: СЕКСОЛОГІЯ ТА ГЕНДЕРНА ПСИХОЛОГІЯ.....	23
<i>Кочарян Г.</i> Гіперсексуальність: норма чи патологія?	23
РОЗДІЛ: МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ ПИТАННЯ.....	27
<i>Вірна Ж., Іванашко О.</i> Дитяча травма як чинник агресивності в дорослому віці	27
<i>Кочарян І.</i> Опитувальник діагностики емоційного компоненту есенціальної саморегуляції (ОДЕС-2-Е) і його інтерпретація	35
<i>Кочарян І.</i> Психометрична оцінка опитувальника діагностики емоційного компоненту есенціальної саморегуляції (ОДЕС-2-Е)	45
РОЗДІЛ: РОБОТИ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ.....	54
<i>Волков К.</i> Емоційна резистентність в переживанні травми свідка війни	54

CONTENTS

SECTION: PSYCHOTHERAPEUTIC MODALITIES, METHODS AND METHODOLOGIES	6
<i>A. Kocharyan, N. Barinova</i> <i>A. Conceptual Extensions of Client-Centered Psychotherapy.....</i>	<i>6</i>
SECTION: PSYCHOTHERAPEUTIC MODALITIES, METHODS AND METHODOLOGIES	13
<i>A. Kharchenko, V. Fedosieiev, A. Lisenaya, E. Lisenyi S. Barinov.</i> Features of thematic trends in client inquiries during martial law: Therapy Experiences in CCT	13
<i>L. Shestopalova, V. Lutsyk, I. Voitenko, Y. Nudnova.</i> Application of Subsensory Influence Technology for Psychocorrectional Work Among Patients with Depressive Disorders	18
SECTION: SEXOLOGY AND GENDER PSYCHOLOGY	23
<i>G. Kocharyan.</i> Hypersexuality: Norm or Pathology?.....	23
SECTION: MEDICAL PSYCHOLOGY THEORETICAL AND PRACTICAL ISSUES	27
<i>Zh. Virna, O. Ivanashko.</i> Childhood Trauma as a Factor of Aggressiveness in Adulthood	27
<i>I. Kocharian.</i> Questionnaire for Diagnosing the Emotional Component of Essential Self-Regulation (QDES-2-E) and its Interpretation.....	35
<i>I. Kocharian.</i> Psychometric Evaluation of the Questionnaire for Diagnosing the Emotional Component of Essential Self—Regulation (QDES-2-E).....	45
SECTION: WORKS OF YOUNG SCIENTISTS.....	54
<i>K. Volkov.</i> Emotional Resistance in the Experience War Witness Trauma	54

SECTION: THEORETICAL AND METHODOLOGICAL PROBLEMS OF PSYCHOLOGICAL
ADVICE AND PSYCHOTHERAPYРОЗДІЛ: ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО
КОНСУЛЬТУВАННЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЇDOI [10.26565/2410-1249-2025-23-01](https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-01)

UDC 159.98

МЕХАНІЗМ ЕМОЦІЙНОГО БАЛАНСУ У КЛІЄНТ-ЦЕНТРОВАНІЙ ПСИХОТЕРАПІЇ

Олександр Кочарян*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
м. Свободи, 4, м. Харків, 61022, Україна**E-mail: kocharian55@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-8998-3370>***Наталія Барінова***Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
м. Свободи, 4, м. Харків, 61022, Україна**E-mail: barinova.n2310@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-5103-0611>*

У статті розглянуто теоретичне розширення концепції К. Роджерса, а саме йдеться про механізм емоційного балансу, про який не артикульовано писав К. Роджерс. Цей механізм у теоретичній площині є важливим чинником, який опосередковує чинник «якість контакту», або «необхідні та достатні умови зміни клієнта», з одного боку, та чинник ефективності психотерапії. Якість контакту описує зовнішні умови, які є корисними для актуалізації організмичної тенденції. Механізм емоційного врівноваження описує процеси, які відбуваються всередині клієнта у психотерапевтичному процесі. К. Роджерс описав 3 етапи вказаного механізму: 1) «просочування» емоцій; 2) доведення їх до межі, до екстремального вираження; 3) актуалізація врівноваження емоцій, коли запускаються емоції, що гальмують, ретардують основне негативне переживання. Якість контакту виявляється умовою актуалізації механізму емоційного врівноваження. Отже, необхідні та достатні умови самі про собі не визначають ефективність психотерапевтичного втручання, існують різні, навіть протилежні, тлумачення співвідношення необхідності та достатності умов: 1) вищезазначені умови є необхідними та достатніми (Rogers, 1957); 2) вищезазначені умови є достатніми, але не є необхідними (Bozarth, 1993); 3) «традиційні умови фасилітації в клієнт-центрованій терапії є необхідними й, мабуть, достатніми, але не ефективними» (Р. Елліотт). Умови контакту визначають те, наскільки може бути задіяний механізм емоційного балансу – механізм просування в глибину власних переживань. Вищезазначений механізм, мабуть, направлений на редукування напруги у мозкових структурах, на відновлення мозкової мережі DMN (*Default Mode Network*). У травмі відбувається зниження зв'язності в мережі DMN, емоційний регрес та нездатність впоратися з травматичним переживанням. Ця мозкова мережа забезпечує біфокальність, подвійний фокус уваги, що само по собі є дуже терапевтичним.

Ключові слова: клієнт-центрована психотерапія, ефективність психотерапії, механізм емоційного балансу, необхідні та достатні умови зміни клієнта

Стан проблеми

Останніми роками значна увага присвячується проблемам ефективності психотерапії (Barkham et al., 2021; Barth et al., 2013; Chambles, Hollon, 1998;

DeRubeis, R.&Crits-Christoph, 1998), і в цьому сенсі клієнт-центрована психотерапія перебуває в тому становищі, що вона має доводити своє право на існування. У тренді опиняються когнітивно-поведінкові методи, які несуть зрозумілі для сучасної західної культури цінності інтелекту (.). Водночас інша лінія психотерапевтичної експансії належить тілесним психотерапевтичним орієнтаціям, які в останні десятиліття дістали опору у вигляді нейробіологічних обґрунтувань роботи мозку (Corrigan et al., 2025; Ogden P., Fisher J., 2015). Цей

вектор розвитку теж перебуває в мейнстрімі. Так, P.Ogden і J. Fisher (2015) зазначають, що в психотерапії спостерігається «домінування невербальних, тілесних, імпліцитних процесів над вербальними, лінгвістичними та експліцитними». Джеймс Кепнер (Kerneg., 2014) відзначав, що в останні роки посилюється інтерес до феноменів тіла у психотерапії.

Клієнт-центрована та експерієнтальна терапія (а її багато видів) має ряд спільних специфічних ознак (Кочарян, Барінова, 2023):

«1) феноменологічність - досвід клієнта, його переживання мають центральне значення. Викликає на інтерес не події у житті клієнта, ні відповіді на питання: «Чому?» таке сталося, а саме досвід клієнта,

How to cite: Kocharian, O., Barinova, N. (2025). The Mechanism of Emotional Balance in Client-Centered Psychotherapy, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 23, 6-12. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-01> (in Ukrainian)

Як цитувати: Кочарян О., Барінова Н., (2025). Механізм емоційного балансу у клієнт-центрованій психотерапії, *Психологічне консультування і психотерапія*, 23, 6-12. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-01>

© Кочарян О., Барінова Н., 2025; CC BY 4.0 license

його переживання, тілесні маніфестації, ранні спогади та думки; 2) психотерапія уявляє собою процес розгортання досвіду клієнта, - спочатку такий досвід є позасвідомий, у клієнта з ним немає контакту, а потім - він й усвідомлюється, й стає виразним; 3) психотерапія направлена, по-перше, на стимуляцію емоційного досвіду, а, по-друге, на його зміну; 4) така зміна реалізується двома шляхами: а) за рахунок механізму емоційного врівноваження, б) за рахунок трансформації емоційного досвіду - знаходяться або створюються позитивні (ресурсні) переживання, які змінюють негативні; 5) люди є мудрішими, ніж їх інтелект, й тому слід шукати правду ні в голові, а у «мовчазному» досвіді; 6) люди розвиваються й змінюються у психотерапії за рахунок ні зовнішніх поштовхів, а за рахунок актуалізації організмичної, або формуючої тенденції, яка має не тільки значення інтенсивності, але й сенсу. Роджерс не надав переліку таких тенденцій; 7) психотерапевтичне спілкування - це й ні техніка, й ні оживі «тіні минулого». Це справжній, оздоровлюючий емоційний досвід, Зустріч; 8) людина розглядається цілісно - поза медичного контексту, ні як симптом, нозологія, або характерологічний тип».

Саме такі риси клієнт-центрованої та експерієнтальної терапії (PCE) надають їй особливий статус – клієнти залучаються до активної праці з собою, до авторства власної зміни. Тут багато чого залежить від клієнта, й якби знижується статус психотерапевта. Коли психотерапевт веде клієнта, радить йому, керує його кроками у психотерапії, то ефективність психотерапії значною мірою залежить від психотерапії, й саме ми можемо оцінити ефективність психотерапії, як ефективність дій психотерапевта. Саме тому цілою низкою психотерапевтів «необхідні та достатні умови» психотерапевтичної зміни клієнта К. Роджерса тлумачаться як необхідні, але недостатні – гарні стосунки з клієнтом, його розуміння, любов до нього це тільки передумова психотерапії, а далі психотерапевт повинен щось робити – вести, штовхати клієнта. Тому й є сумніви у ефективності PCE – терапії. Але метааналітичні дослідження (Elliott et al., 1998, 2004, 2013, 2021) демонструють, що PCE – терапія є ефективною та специфічною допомогою при різних формах патології. Задача состоит в том, чтобы подход Роджерса расширять изнутри, из его собственных оснований, не бути «додаванням інших концепцій», тобто штучним, а бути «проясненням того, що міститься у Карла Роджерса імпліцитно» (Kail, 2002).

Необхідні та достатні умови зміни клієнта - центральний, але дуже плаваючий, хиткий концепт

Роджерс наполягав на якості роботи психотерапевта, який має створити особливий психотерапевтичний простір, насичений любов'ю, емпатією, конгруентністю психотерапевта тощо, тобто наповнити цей простір необхідними та

достатніми умовами психотерапевтичного зсуву клієнта. Це умови плинності клієнта у формі процесу, який завжди правильний, й веде до росту, розвитку, він є саногеним, він заслуговує на довіру психотерапевта. Рут Сэнфорд (2005) зазначила, що «можливо, прийде час, коли довіра процесу не спрацює, але цього я ще не спостерігала».

Rogers (1957, 1959) виходив з концепції «якщо..., то...»: тобто, якщо будуть виконані всі шість умов психотерапевтичного зсуву клієнта, то клієнт зміниться. Проте, шоста умова звучить так: «клієнт повинен хоча б мінімальною мірою сприймати безумовне позитивне ставлення та емпатію з боку психотерапевта. Однак, не секрет, що є такі клієнти, для яких емоційно (психологічно) близькі стосунки є тригером агресії, образи, звинувачення тощо, спрямованих на психотерапевта. Психотерапевт повстає фігурою, яка постійно винна у чомусь перед клієнтом. Отже, психотерапевт не в стані для таких клієнтів виконати цю умову. Рівняння психотерапії (P) має вигляд:

$$P \sim f(T, C),$$

де: P – психотерапія, T – терапевт, C – клієнт.

К. Роджерс більшою мірою цікавився компонентом T: яким саме повинене бути психотерапевт, що б у клієнті сталися позитивні терапевтичні зрушення?! Спочатку здавалось, що при умові правильної роботи психотерапевта, а саме, при такому супроводі клієнта, де виконуються необхідні та достатні умови якісного терапевтичного, будь-який клієнт здатний до змін.

Але й тут з'явилися проблеми:

по-перше, стало відомо, що є клієнти, які принципово не можуть виконати шосту умову. Роджерс наполягав на цілющій якості терапевтичних стосунків - у діалозі з Мартіном Бубером у 1957 році Роджерс (Merrill, 2008) говорив, цитую: «коли ми можемо зустрітись, тоді допомога справді приходить, але вона є *побічним продуктом*». Тобто, все вирішує якість контакту, яка й забезпечує Зустріч. Проте, як виявилось пізніше у 1967 році, якісна комунікація (або «лікування любов'ю») далеко не завжди є саногенною, клінічно ефективною. Результати Вісконсінського дослідження (Rogers et al., 1967) показали, що клієнт-центрована психотерапія виявилася не ефективною при лікуванні шизофренії (Elliott et al., 2013, 2021). Вже у К. Роджерса ми зустрічаємо ідеї, що обґрунтовані практичним досвідом, й які відбивають те, що не всі клієнти йдуть у процес, не дивлячись на те, що психотерапевт забезпечив зі свого боку всі умови якісного контакту. Роджерс пише, що «клієнти, які добровільно прийшли до психотерапевта по допомогу, перебувають на ... другій стадії, але ми (як і, ймовірно, терапевти взагалі) досягаємо вельми скромних успіхів, працюючи з ними» (Rogers, 1970);

по-друге, в роботах Райс, Гринберга, Р. Елліотта, Ю. Джендлина та інших виявилось, що важливою змінною терапевтичної ефективності є **рефлексивність** клієнта. Маргарет Ворнер описує три таких рефлексивних здібності: 1) здатність бути уважним до травматичного досвіду зі збереженням

помірного рівня емоційного залучення до нього, що забезпечує біфокальність; 2) здатність до регулювання рівня емоційного залучення до травматичного досвіду; 3) здатність до вербальної символізації свого досвіду, а також до його вербального символізування.

Низка теоретиків (Джендлін, Райс, Векслер) визначають, що здатність клієнта бути уважним до свого неясного, неартикульованого травматичного досвіду надає йому можливість символізувати цей досвід, ввести його у свідомість.

Отже, існує фактор структурної організації досвіду клієнта, який визначає успішність психотерапії – це **здібність до рефлексії травматичного досвіду**;

по-третє, М. Мейн (Main, 1991) вводить близьку до поняття «рефлексія» концептуалізацію, а саме **«метакогнітивне функціонування»**, що відбиває здатність клієнта до достовірного (валідного), природного (nature) досвіду переживань, джерела яких усвідомлюється клієнтом.

Така здібність, за Мейн, пов'язана з **досвідом саме безпечної прихильності** в дитинстві. Зокрема, показано, що 80% дітей віком 10-11 років із патернами безпечної прив'язаності в змозі впродовж 10 хвилин дати автобіографічну розповідь зі спонтанними проявами метакогнітивних процесів, у той час як серед дітей того самого віку з патернами небезпечної прив'язаності це можуть зробити лише 25%;

по-четверте, Мирнс (Mearns, D., Thorne, B., 2008) залучає категорію «мужність» для пояснення успіхів у психотерапії: травмований клієнт без мужності не піде в травматичні зони, і не відкриється до організмичної тенденції. У самого Роджерса ми знаходимо близьку ідею – він пише, що терапевтичний процес важкий, «не для малодушних»: «щоб повністю опуститися в потік життя, потрібна мужність» (Rogers, 1970). Тобто, процес може стати вольовим, кортикальним, а не тим, про який говорила Рут Санфорд – не спонтанним. Є ще одне спостереження, яке порушує ідею спонтанної плінності процесу.

Отже, ряд клієнтів не мають рефлексивних здібностей, метакогнітивних здібностей, й їх успішність в психотерапії є обмеженою, вони самі або не йдуть у процес, або їх занурення до нього дуже неглибоке.

Тобто, у рівнянні психотерапії на перше місце вийшов чинник «клієнт», однак, у рамках клієнт-центрованої терапії до того часу не склалося традицій аналізу клієнта – підхід не враховував ані нозоформу, ані характерологію, ані рівень психічної організації клієнта. Пізніше Маргарет Ворнер (Warner, 2013), вирішую питання ролі типу клієнта в психотерапії, надала класифікацію терапевтичних процесів. Авторка описала такі види процесів: оптимальний, крихкий, дисоціативний та психотичний, які кореспондують із рівнями організації психіки, які описано в психоаналітичній теорії (Psychodynamic..., 2017) – здоровим, невротичним, межовим та психотичним. Йдеться, таким чином, про різні форми психічної організації клієнтів, що проявляється в різних варіантах перебігу психотерапевтичного процесу.

Інтерес до чиннику «клієнт» у рівнянні психотерапії означав перехід до експерієнтального етапу клієнт-центрованої психотерапії. За Харт (Hart, 1970) на етапі експерієнтальної психотерапії відбулося суттєве зрушення до інтересу до субвербального досвіду клієнта. Джендлін (Gendlin, 1963) визначив «felt sense», як домодальну форму досвіду клієнта, й «людина стає чутливою не до слів і образів, а до почуттів-в-тілі», виявляючи, таким чином, «експерієнтальну рефлексію» (Gendlin, 1963). Отже, психотерапевтичне середовище стає значно ширше за лакановську «мову пацієнта» (Руднев В.П., 2006) – зайти у глибину переживання через слова і за допомогою слів не можливо. Надійним шляхом до власного досвіду є «безпосередньо пережиті допонятійні смисли...» (Gendlin, E.T., 1963).

Механізм емоційного балансу (врівноваження) – важливе теоретичне розширення концепції Роджерса

Mick Cooper (2021) зазначає, що «поки ми визначаємо клієнт-центровану терапію з погляду п'яти (не знаю, чому п'яти – О.К.) умов, ми замкнені в минулому і не можемо рости й розвиватися». Але акцент в теорії клієнт-центрованої психотерапії досі ставиться на теорії терапевтичних стосунків. Гра з концепцією необхідних та достатніх умов терапевтичного зсуву клієнта полягає у тому, що співвідношення між необхідним та достатнім постійно коливаються:

1) вищезазначені умови є необхідними та достатніми (Rogers, 1957);

2) вищезазначені умови є достатніми, але не є необхідними (Bozarth, 1993);

3) «традиційні умови фасилітації в клієнт-центрованій терапії є необхідними й, мабуть, достатніми, але не ефективними» (Р. Елліотт).

Якщо ми знаходимося у теоретичних рамках Роджерса, то саме актуалізаційна тенденція пояснює позитивне терапевтичне зрушення, й тому тих умов, які надає психотерапевт достатньо для самого зрушення. Роджерс пише, що існує «тенденція до цілісності та актуалізації, яка передбачає не тільки підтримку, але й розвиток організму» (Rogers, 1980, с. 123). Друга теза (теза Bozarth) є підсиленням тези Роджерса, доведенням її до межі: клієнти самі спроможні створювати необхідні умови своєї зміни. Тому самі по собі умови уявляють собою ґрунт, що пливе, вони є дуже індивідуальними. Якість стосунків (їх відповідність необхідним та достатнім умовам) описує причини зміни клієнта, саме вони запускають організмичну (актуалізаційну) тенденцію, й є важливим неспецифічним чинником терапевтичної зміни клієнта. Якість стосунків та Зустріч, яка обумовлена такими стосунками, мають цілющу силу, яка «справді приходить, але вона є побічним продуктом» (Merrill, 2008).

К. Роджерс (1970) фактично описав **механізм «емоційного балансу» (емоційного врівноваження)**, який через наступні кроки:

«1) «просочування» емоцій; 2) доведення їх до межі, до екстремального вираження; 3) актуалізація врівноваження емоцій, коли запускаються емоції, що гальмують, ретардують основне негативне переживання. Якщо клієнт зануриться в глибину травматичних переживань - він потрапить на дно, де йому дуже погано, нестерпно, але у дна є перевага - від нього можна відштовхнутися. На середніх рівнях переживання перебувати легше, але перспектив позбавлення від нього менше. Це продовження кошмару, з якого немає виходу» (Кочарян et al., 2024).

Щодо *першого кроку* цього механізму К. Роджерс пише: «в безпечних стосунках (із психотерапевтом - О.К.) вони (переживання) можуть просочитися у свідомість без спотворення» (1970, с. 89), «почуття “прориваються”, просочуються, незважаючи на страх і недовіру, які клієнт відчуває, переживаючи їх у всій повноті й безпосередності» (1970, с. 140).

Щодо *другого кроку* механізму емоційного балансу, він пише про: «переживання почуття (доводяться - О.К.) до його межі» (Rogers, 1970, p.113). У цей момент «доведення до межі» своїх переживань клієнт (він описує конкретного клієнта) відчуває себе «маленьким хлопчиком, який просить, благає, випрошує, є залежним. У цю мить він весь - це благаання. Звісно, він майже одразу відштовхується від цього переживання, кажучи: «Хто, - я благаю?» - але воно залишило свій слід. Як він каже за мить по тому: «Так прекрасно, коли це нове виходить із мене» (Rogers, 1970, p.113).

Щодо *третього кроку* цього механізму, К. Роджерс зазначає, що в клієнта з'являються інші почуття, які «змішуються з вищезазначеними та врівноважують їх» (Rogers, 1970, с.177).

Схема опрацювання травматичного переживання й процесу терапії тут, здається, така (Кочарян О.С. та співавтор, 2024):

«я (тут маленьке я) йому не потрібна, я йому зовсім не потрібна. Це жахливо, я відчуваю дуже самотньо» → «я зовсім одна, нікому непотрібна, жах» (плаче, безпорадна)ю **Й далі** → “Це Я не потрібна?!, та я стільки можу... (*жінка починає у плачі перераховувати свої переваги*) → **«Я ПОТРІБНА, Я ВАЖЛИВА»**.

Механізм емоційного балансу недостатньо артикульовано у літературі. Він є подібним до механізму пролонгованої експозиції, який був запропонований у біхевіоральному підході, але не тотожний йому. Тауш (Tausch, 1987) вказував на наявність елементів подібності у клієнт-центрованій та поведінкової психотерапії.

Механізм емоційного врівноваження спрацьовує при наявності умов якісного контакту, який можна ідентифікувати як «любов, що вслухається», «священне у спілкуванні» (Тіліх).

Вищезазначений механізм, мабуть, направлений на редукування напруги у мозкових структурах. Це можливо при наявності безпечного психотерапевтичного середовища, коли структура «Я» клієнта зливається та підсилюється Зрілим «Я»

психотерапевта. Це саме відновлює мозкову мережу DMN (**Default Mode Network**), яка пов'язує медіальну префронтальну кору та задню поясну звивину (рис.1). У травмі відбувається роз'єднання цих утворень, емоційний регрес та нездатність впоратися з травматичним переживанням (Daniels J., 2011).

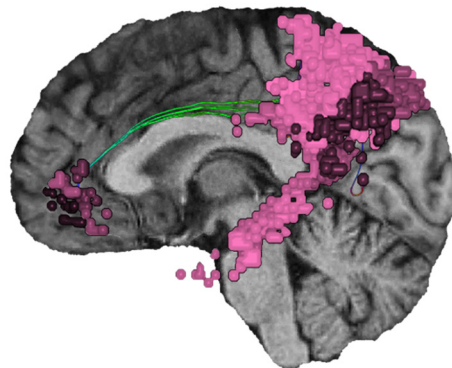


Рисунок 1. Мозкова мережа DMN: зв'язок медіальної префронтальної кори із задньою поясною звивиною/ DMN brain network: connection of the medial prefrontal cortex with the posterior cingulate gyrus

Більш низький зв'язок між областями мозку в мережі DMN спостерігався у тих людей, які пережили тривалу травму, наприклад, жорстоке поводження або зневагу у дитинстві, й мали дисфункційні моделі прихильності. Показано (Lanius, R., Terrou, B., McKinnon M., 2020; Armelle Viard et al., 2019), що тяжкий посттравматичний стресовий розлад пов'язаний з низькою зв'язаністю всередині мережі DMN.

Головне, що ця мозкова мережа забезпечує біфокальність, подвійний фокус уваги, що само по собі є дуже терапевтичним.

Мабуть, механізм емоційного врівноваження призводить до зняття напруження з підкіркових мозкових емоціогенних структур, розсіювання афективного шоку та налагодження зв'язку цих структур з префронтальною корою, до підвищення зв'язаності всередині мережі DMN.

Якість контакту, мабуть, забезпечує актуалізацію механізму емоційного балансу. У традиційному розумінні клієнт-центрованої психотерапії необхідні та достатні умови (НДУ) включені до таких семантичних рамок:

НДУ – Зустріч – Ефект психотерапії,

у підході, що спирається на експеріментальні моделі клієнт-центрованої психотерапії, необхідні та достатні умови – впираються на нову змінну, яка характеризує внутрішні процеси: на механізм емоційного врівноваження. Семантичні рамки тут такі:

НДУ – Зустріч – Механізм емоційного балансу – Ефект психотерапії

Отже, механізм емоційного врівноваження забезпечує ефективність терапії, а умови якісного терапевтичного контакту призводять до актуалізації та перебігу механізму емоційного врівноваження.

Робота механізму емоційного врівноваження пов'язана з фокусуванням переживання, пошуком та

знаходженням вербальних символізацій, які по відношенню інконгруентних переживань виконують роль рукоятки, за яку можливо підняти переживання у свідомість. Окрім того, переживання деноміналізуються (Кочарян О.С.), залишають захисні вербальні оболонки, що дозволяє клієнту доторкнутися до власних справжніх, натуральних переживань.

Роджерс описав **напрямок плинності емоцій** клієнта: вони течуть із тій зони, де вони заблоковані, де вони є потенційними у зону, де вони є негативно конотованими (злість, страх, паніка, жаж тощо), а далі у зону з позитивною конотацією (радість, задоволення, інтерес тощо). Тобто, спочатку інтенсифікуються негативні емоції, а потім вони змінюються на позитивні, що відбиває динаміку механізму емоційного балансу.

Роджерс наполягав на **спонтанному русі емоцій**, і в цьому сенсі сам процес є саногенним, важливо тільки мати віру у правильність процесу, віддатися йому. Як казав Роджерс, важливо **перетворити свідомість з контролера у спостерігача внутрішніх процесів**, який незаангажовано з увагою та довірою дивиться на внутрішні процеси.

Зв'язок емоційного та соматичного процесів

Між тілом та емоціями складні стосунки, описані, наприклад, у терапевтичному підході DBR (Deer Brief Reorienting) (Corrigan et al., 2025): стрес (травма) спричиняє «шок» у тілі, що переживається численними тілесними маніфестаціями (**брейсінг, тремтіння, відчуття електричного струму, голок, «повзання мурашок», напруження, «порожнечі» або роздутості в певних частинах тіла, болю, напруження, стиснення, утруднення дихання, замирання тощо**). Ці тілесні «шокові» реакції можуть застряти, фіксуватися й не розвиватися. Здоровий тілесний процес має бути плинним, не застряти. Саме тоді преафективний (тілесний) шок має можливість розсіятися, а емоції пом'якшитися. При цьому емоції поглиблюються (як і у механізмі емоційного врівноваження): напр., біль самотності переростає у паніку, а та у жаж.

Тілесному ряду маніфестацій відповідає емоційний ряд. Якщо рух у тілесному ряді заблоковано, то емоції, що виникають, також є фіксованими і не можуть розвиватися, поглиблюватися. Фіксованому тілесному переживанню відповідає певне фіксоване емоційне переживання. Для того, щоб емоції змогли рухатися, розвиватися, заглиблюватися, необхідно, щоб тіло звільнилося від фіксованих тілесних переживань, що застрягли в ньому («розсіювання шоккової енергії»). Це «розсіювання» шоку відбувається спонтанно, само по собі, свідомість лише спостерігає за тілесними маніфестаціями та їхньою динамікою, але не можна щось робити самому, замінюючи мудрість тіла. Наприклад, якщо спина «провалена» в грудному відділі, клієнтові хочеться вигнутися, отримати відчуття сильної спини, то можна запитати: «Це ти хочеш прогнутися, розправити спину, чи вона сама

цього хоче?». Якщо клієнту неприємне це відчуття, і він свідомо хоче його позбутися, то це не спина прогинається назад, а інстанція «Я» клієнта не дає змоги провалитися спині далі, а, навпаки, розправляє її. Спонтанний тілесний процес при цьому порушується. «Розсіювання» шоку на рівні тіла знімає напруженість емоційних реакцій.

Отже, механізм врівноваження характеризує саме спонтанний емоційний та/або соматичний процес. Роджерс описав емоційний процес, а Корріган – тілесний. Сподіваюсь, що клієнт – центрована парадигма містить у собі можливість розвитку ідеї тілесного процесу, а саме механізм емоційного врівноваження, який було описано вище, є опорою розробки клієнт-центрованих підходів щодо роботи з тілом.

Клієнт-центрована психотерапія демонструє гнучкість і можливість змінюватися.

Висновки

1. Теоретичні розширення клієнт-центрованої психотерапії надають можливість знайти нові шляхи ефективною психотерапевтичної практики. Такі розширення мають уявляти собою не залучення ресурсів, які притаманні іншим підходам (не плюралізм), а знаходження ресурсів, які іманентні саме цьому терапевтичному напрямку.

2. Механізм емоційного врівноваження (балансу) є теоретичним розширенням клієнт-центрованої психотерапії, й уявляю собою актуалізацію трьох кроків: 1) «просочування» у свідомість інконгруентних переживань; 2) доведення цих переживань до межі; 3) актуалізація організмичних потоків.

3. Між необхідними та достатніми умовами зміни клієнта та результатом психотерапії з'являється ще одна ланка – механізм емоційного балансу.

4. Механізм врівноваження може працювати як на рівні емоцій, так й на рівні тіла.

Список використаних джерел/References

- Кочарян, О.С., Барінова, Н.В. (2023). Можливості сучасної клієнт-центрированої та Еспірієнтальної психотерапії, *Психологічне консультування і психотерапія*, (20), 6-13. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-20-01>
- Кочарян, О., Барінова, Н., Барінов С., (2024). Точки зростання сучасної клієнт-центрированої психотерапії, *Психологічне консультування і психотерапія*, (22), 15-21. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2024-22-02>
- Armelle Viard et al. (2019). Altered default mode network connectivity in adolescents with post-traumatic stress disorder. *Neuroimage Clin.* <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101731>
- Barkham, M., Hardy, G., Bradburn, M., Galloway, D., Wickramasekera et al. (2021). Person-centered experiential therapy versus cognitive behavioural therapy delivered in the English Improving Access to Psychological Therapies service for the treatment of moderate or severe depression (PRaCTICED): a pragmatic, randomized, non-inferiority trial. *The LANCET. Psychiatry*. 8(6), 487-499. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(21\)00083-3](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(21)00083-3)
- Barth, J., Munder, T., Genger, H. et al., (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients

- with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med.* 10(5), e1001454. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001454>
- Bozarth J. (1993). Not Necessarily Necessary. *Beyond Carl Rogers. Toward Psychotherapy for the 21 st Century*. Ed. by D. Brazier. London: Constable. P. 92-108).
- Chambles, D.L., Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.7>
- Cooper M. (2021). International Forum for the Persons-Centered Approaches, 15 may.
- Corrigan, F., Young, Y., Christie-Sand, J. (2025). Deep Brain Reorienting Understanding the Neuroscience of Trauma, Attachment Wounding, and DBR Psychotherapy. London: Routledge.
- Daniels J., Frewen P., McKinnon M., Lanius R. (2011). Default mode alterations in posttraumatic stress disorder related to early-life trauma: a developmental perspective. *J Psychiatry Neurosci.* 56-59. <https://doi.org/10.1503/jpn.1>
- DeRubeis, R. & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 66(1), 37-52. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.37> New York: John Wiley & Sons Inc.
- Elliott, R., Watson, J. C., Timula k, L., & Sharbanee, J. (2021). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies: Updated Review. Chapter 13 to appear in M. Barkham, W. Lutz, & L. Castonguay (eds.). *Garfield & Bergin's Handbook of Psychotherapy & Behavior Change* (7th
- Elliott, R., Davis, K., & Slatick, E. (1998). Process-experiential therapy for posttraumatic stress difficulties. In L. Greenberg, G. Lietaer, & J. Watson (Eds.), *Handbook of experiential Psychotherapy* (pp. 249-271). New York: Guilford.
- Elliott, R., Greenberg, Leslie S. & Lietaer, G. (2004). Research on Experiential Psychotherapies . In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.) (pp. 493-539), New York: Wiley.
- Elliott, R., Watson, J., Greenberg, L.S., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy behavior change* (6th ed.) (pp. 495-538). New York: Wiley.
- Gendlin, E.T. Subverbal communication and therapist expressivity: Trends in client-centered therapy with schizophrenics. *Journal of Existential Psychiatry*, 1963, 14, 4, 105-120.
- Hart J., Tomlinson T. (1970). The development of client-centered therapy, in: *New Developments in Client-Centered Therapy*, pp. 3-22. Ed. J. Hart, T. Tomlinson. Boston: Houghton-Mifflin, <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1807703>
- Kail, W. (2002). Transcript of a lecture delivered at the Third World Congress of psychotherapists, Vienna, July 14-18, 2002.
- Kepner, J., (2014). *Body Process: A Gestalt Approach to Working With the Body in Psychotherapy*. Gestalt Prtessio
- Lanius, R., Terpou, B., McKinnon M. (2020). The sense of self in the aftermath of trauma: lessons from the default mode network in posttraumatic stress disorder. *Eur J Psychotraumatol*.
- Main, M. (1991). Metacognitive Knowledge, Metacognitive Monitoring, and Singular (Coherent) vs. Multiple (Incoherent) Models of Attachment: Findings and Directions for Future Research. In P. Harris, J. Stevenson-Hinde, & C. Parkes (Eds.), *Attachment across the Life Cycle* (pp. 127-159). New York: Routledge
- Mearns, D., Thorne, B. (2008). *Person-centered counselling in action*. London: Sage.
- Merrill Ch. (2008). Carl Rogers and Martin Buber in Dialogue: The Meeting of Divergent Paths, *The Person-Centered Journal*, Vol. 15, No. 1-2, 2008 Printed in the United States
- Ogden P., Fisher J. (2015). *Sensorimotor Psychotherapy. Interventions for trauma and attachment*. New York. London: W.W. Norton & Company.
- Psychodynamic Diagnostic Manual. PDM-2. Eds. V. Lingiardi, N. McWilliams. Guilford Publications, 2017.
- Rogers C. (1970). *On Becoming a Person: A Therapists View of Psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Rogers, C. R., Gendlin, E. T., Kiesler, D.J., & Truax, C.B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change', *journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C.R. (1959). 'A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework', in S. Koch (ed.), *Psychology: a study of science*, Vol. 3: Formulation of the person and the social context. New York: McGraw-Hill.
- Rogers, C.R. (1980). *A Way of Being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Tausch, R. (1987), 'The connection of emotions with cognitions consequences for theoretical clarification of person-centered psychotherapists.' Unpublished paper.
- Warner M.S. (2013). Person-centred therapy at the difficult edge: a developmentally based model of fragile and dissociated process. In: *Person-centred therapy today*. Ed. D. Mearns and B. Thorne. London.

THE MECHANISM OF EMOTIONAL BALANCE IN CLIENT-CENTERED PSYCHOTHERAPY

Oleksandr Kocharian

*V. N. Karazin Kharkiv National University,
Svobody Sq. 4, Kharkov, 61022, Ukraine*

Natalia Barinova

*V. N. Karazin Kharkiv National University,
Svobody Sq. 4, Kharkov, 61022, Ukraine*

The article considers the theoretical extension of C. Rogers' concept, namely the mechanism of emotional balance, which C. Rogers did not explicitly write about. This mechanism is an important factor in theory, mediating between the factor of "quality of contact" or "necessary and sufficient conditions for client change" on the one hand, and the factor of psychotherapy effectiveness on the other. The quality of contact describes the external conditions that are useful for actualizing the organismic tendency. The mechanism of emotional balance describes the processes that occur within the client during the psychotherapeutic process. C. Rogers described three stages of this mechanism: 1) "seeping" of emotions; 2) bringing them to the limit, to extreme expression; 3) actualization of emotional balance, when emotions are triggered that inhibit and retard the main negative experience. The quality of contact is a prerequisite for the actualization of the mechanism of emotional balance. Thus, necessary and sufficient conditions do not in themselves determine the

effectiveness of psychotherapeutic intervention; there are different, even contradictory, interpretations of the relationship between necessity and sufficiency of conditions: 1) the above conditions are necessary and sufficient (Rogers, 1957); 2) the above conditions are sufficient but not necessary (Bozarth, 1993); 3) “traditional conditions for facilitation in client-centered therapy are necessary and, perhaps, sufficient, but not effective” (R. Elliott). Contact conditions determine the extent to which the emotional balance mechanism can be activated—a mechanism for delving deeper into one's own experiences. The aforementioned mechanism is apparently aimed at reducing tension in brain structures and restoring the Default Mode Network (DMN). Trauma causes a decrease in connectivity in the DMN network, emotional regression, and an inability to cope with traumatic experiences. This brain network provides bifocality, a dual focus of attention, which in itself is very therapeutic.

Keywords: *client-centered psychotherapy, effectiveness of psychotherapy, mechanism of emotional balance, necessary and sufficient conditions for client change*

The article was received by the editors 5.01.2025 (Стаття надійшла до редакції 5.01.2025)

The article is recommended for printing 2.03.2025 (Стаття рекомендована до друку 2.03.2025)

SECTION: PSYCHOTHERAPEUTIC MODALITIES, METHODS AND METHODOLOGIES
РОЗДІЛ: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МОДАЛЬНОСТІ, МЕТОДИ ТА МЕТОДИКИ

DOI [10.26565/2410-1249-2025-23-02](https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-02)

UDC 159.98:615.851(477)"364"

ОСОБЛИВОСТІ ТЕМАТИЧНИХ ТЕНДЕНЦІЙ В КЛІЄНТСЬКИХ ЗАПИТАХ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ ТА СПЕЦИФІКА РОБОТИ В КЦТ З НИМИ

А.О. Харченко

E-mail: kharchenkoao091284@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6685-1498>

кандидат психологічних наук, доцент ЗВО кафедри психологічного консультування і психотерапії

Факультет психології, Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, Майдан Свободи, 4, Харків, Україна, 61022

В.А. Федосєєв

E-mail: fedva2802@ukr.net

<https://orcid.org/0000-0002-0687-9736>

кандидат медичних наук, доцент, доцент ЗВО кафедри психологічного консультування і психотерапії

Факультет психології, Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, Майдан Свободи, 4 Харків, Україна, 61022

Лісеная А.М.

E-mail: lisenaya301163@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9496-0253>

старший викладач ЗВО кафедри психологічного консультування і психотерапії

Факультет психології, Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, Майдан Свободи, 4, Харків, Україна, 61022

Лісеній Є.В.

E-mail: liseniy.evgeniy@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-9031-9060>

кандидат економічних наук, доцент ЗВО кафедри маркетингу, менеджменту та підприємництва

Економічний факультет, Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, Майдан Свободи, 4, Харків, Україна, 61022

Барінов С.

Аспірант Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, Київ

Вісім років Антитерористичної операції, Операції Об'єднаних Сил та понад три роки повномасштабного вторгнення в Україну російської федерації – це ті складні реалії, в яких проживає український народ. В даній статті описані деякі тематики клієнтських запитів з психотерапевтичної практики, які виникли як наслідок тривалого перебування людей в даних реаліях та особливості психотерапевтичної роботи з ними в клієнт-центрованій психотерапії (КЦТ) К.Р. Роджерса. До зазначених тематик належать: робота з військовослужбовцями, невизначена втрата, ефект відкладеного життя, вимушене перебування членів родини на відстані, вторинна травматизація у близьких та родичів військовослужбовців. В роботі з військовослужбовцями важливо враховувати їх орієнтованість на уставні взаємини з оточенням, що обумовлює важливість формування позиції експерта у психотерапевта та більш тривале встановлення контакту, при якому не рекомендується робити акцент на емоціях та почуттях, як це прийнято розуміти в класичному уявленні при роботі в КЦТ. Важливим є врахування часу для терапії, який часто є лімітованим, та враховувати певні особливості використання класичних технік методу, а техніку «метафора» взагалі використовувати не рекомендується. В роботі з невизначеною втратою описане використання ідеї супроводу терапевтом та мінімального «втручання» у прийняття рішень та вибору щодо втрати, що не має традиційно єдиного варіанту вирішення проблеми. В роботі з тематикою вимушеного перебування на відстані членів родин використовуються ідеї роботи з подружжями та родинами в цілому, запропоновані К.Р. Роджерсом. Робота з профілактикою виникнення вторинної травматизації у членів родини військовослужбовців пов'язана з розширенням спектру еґо-синтонних структур особистості та формування зрілої позиції. Використання ресурсності «специфічних» стосунків, описаних К.Р. Роджерсом, ідея «тут і зараз», невтручання в свідомий пошук себе клієнтом, повноцінно функціонуючої особистості, використовуються при роботі з ефектом відкладеного життя. Зазначено також ідею комплементарності «понять повноцінно функціонуюча особистість» та «посттравматичне зростання».

Ключові слова: клієнтський запит, клієнт-центрована психотерапія, робота з військовослужбовцями, невизначена втрата, вторинна травматизація, посттравматичне зростання

Реалії сьогодення в Україні для переважної кількості її громадян обумовлені наслідками воєнних дій, розв'язаних російською федерацією в 2014 році. У лютому 2022 року це вилилося в повномасштабне

How to cite: Kharchenko, A., Fedosieiev, V., Lisenaya A., Liseniy E., Barinov S. (2025). Features of thematic trends in client inquiries during martial law: Therapy Experiences in CCT, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 23, 13-17. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-02> (in Ukrainian)

Як цитувати: Харченко, А., Федосєєв, В., Лісеная А., Лісеній Є., Барінов С. (2025). Особливості тематичних тенденцій в клієнтських запитах під час воєнного стану та специфіка роботи в КЦТ з ними, *Психологічне консультування і психотерапія*, 23, 13-17. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-02>

© Харченко, А., Федосєєв, В., Лісеная А., Лісеній Є., Барінов С. 2025; CC BY 4.0 license

вторгнення в нашу країну та спровокувало ще більше проблем різного характеру. Приведемо деякі цифри щодо обсягів заподіяної шкоди. BBC NEWS Україна з посиланням на відповідні офіційні інформаційні джерела зазначає, що до повномасштабного вторгнення в Україні (без окупованих частин Луганської, Донецької областей та Криму) мешкало 41-42 млн. людей. Міністерство економіки в своїх макропрогнозах в 2025 спирається на показник в 33 млн. людей. Тобто кількість населення, яке мешкає в Україні зменшилося за період повномасштабного вторгнення майже на 10 млн., що співпадає з розрахунками ООН. Разом з цим, демографи зазначають, що зберігається тенденція до депопуляції, тобто систематичного скорочення населення. За даними ООН серед цивільного населення підтверджені втрати 12 456 людей. Серед військових підтверджені втрати складають 45100, про що повідомив президент України Зеленський В.О. За даними міністерства соціальної політики на початок 2024 року зареєстровано 4,9 млн. внутрішньо переміщених осіб, 3,6 млн. з яких отримали цей статус після повномасштабного вторгнення. 2,5 млн. людей не можуть повернутися додому через втрату житла. За кордон через причину воєнних дій виїхало 6,9 млн. українців (Zanuda, 2025). Зазначені дані приводяться так детально з метою підкреслювання того, наскільки велика кількість людей постраждала від війни, а відповідно потребує психологічної допомоги. Загибель близьких, каліцтва, вимушене переселення, розрив родин, розлучення, втрата майна, роботи, багаторічне життя в умовах війни обумовили трансформацію тематичних тенденцій в клієнтських запитах, з якими звертаються люди за психологічною допомогою. Звичайно мова йде про доповнювання їх до типових проблем довоєнного періоду. Клієнт-центрована психотерапія (КЦТ) досить ефективно використовується в роботі з ними і доцільно поєднується певним особистим досвідом застосування методу КЦТ та напрацюваннями в зазначений вище період. Тому пропонуємо по чергову розглянути специфічні або більш виражені під час воєнного стану тематики запитів клієнтів та деякі особливості психотерапевтичної роботи з ними в клієнт-центрованій психотерапії.

Психотерапевтична робота з військовослужбовцями

Одним з напрямків роботи та тематичних тенденцій в клієнтських запитах є робота з військовослужбовцями. Для військових часто характерним є те, що Роджерс К.Р. описує як притаманне для клієнтів, які перебувають на першій та другій стадіях психотерапевтичного процесу, до чого відноситься: готовність говорити тільки про зовнішні обставини, не здатність усвідомлювати почуття та особистісний сенс, небажання повідомляти будь-що про себе, статичність особистісних конструктів, тенденція заперечувати наявність особистісних проблем, страх психологічної інтимності, відсутність бажання змінюватися,

блокування спілкування з самим собою. Для більш конструктивної роботи з військовослужбовцями в КЦТ, окрім традиційного уявлення про неї, хочемо зазначити деякі особливості цієї роботи з власного досвіду:

1. Встановлення контакту займає суттєво більше часу ніж в середньостатистичній роботі з клієнтами.

2. Особливу увагу слід приділити девальвації «клієнтських міфів» та акцентуванню уваги на принципах психологічної роботи. Важливою є максимальна підтримка, оскільки у певній кількості військових існують переконання, що їх діяльність соціумом недостатньо цінується.

3. В нетиповий спосіб для традиційного позиціонування терапевта в КЦТ на початковому етапі, важливо максимально чітко та «сухо» проінформувати військовослужбовця як працює терапія, до яких результатів можна прийти та інше, формуючи певного роду позицію «експерта», адже військовий звик до такого формату і існує висока ймовірність, що він може дистанціюватися від фахівця, якщо той будуватиме атмосферу «тепла і прийняття», що створить контраст із субординацією та уставною комунікацією, до якої звик військовий. Звичайно з часом, можна переходити до традиційного формату роботи.

4. На початковому етапі роботи не бажано працювати з емоційним травматичним досвідом, тому що частими є надмірно напружені емоційні структури та почуття, які можуть проявлятися через афекти та інші нерегульовані реакції, а часті виснаженість та відсутність ресурсу разом з підвищеною дією захисних механізмів можуть суттєво ускладнювати роботу. Тому бажаним є вибудовування діалогу, з традиційним вмінням клієнт-центрованого терапевта активно слухати та не втручатися в бажання клієнта проявитися настільки, наскільки він в змозі, роблячи акцент виключно на супроводі та прийнятті. Частим є тривале «виговорювання» військового, що може не мати предметної роботи з конкретним запитом, однак такі прояви дуже важливі, адже розповіді без можливості говорити про свої емоції на початковому етапі, стають чи не єдиним містком для подальшої конструктивної роботи в традиційному форматі. Як говорив Роджерс К.Р., якщо столяр може сказати про свою радість лише через розповідь про те, як гарно він вмів робити стільці, тоді психотерапевт має почути його саме в цьому. Ось і військові по своєму часто говорять про свій досвід, тому терапевт має чути клієнта в його проявах «крізь слова», чуючи «наволодословесний» зміст (Rogers, 1951).

5. Не рекомендується використовувати традиційні фрази «чую Вас», «хочеться бути ближче», і т.д., бо є висока ймовірність викликати реакцію спротиву, адже військові часто це сприймають з недовірою.

6. Не рекомендується використовувати техніку «метафора», адже військові, привчені функціонувати в атмосфері конкретики та чіткості можуть сприймати такий формат агресивно чи напружено, навіть після пояснень суті цієї техніки.

7. Хочемо заперечити тезу про те, що робота в КЦТ з військовими не є ефективною. При врахуванні певних особливостей роботи, деякі з яких зазначено вище, використанні базових технік та основних положень даного методу дають гарні результати, що підтверджено на практиці.

Невизначена втрата

Розглянемо ще один нетиповий для мирного часу клієнтський запит, який виник у зв'язку з військовими діями. Це звернення клієнтів, у яких зникли рідні в зоні проведення бойових дій, після чого проходить досить багато часу. Клієнт не може повноцінно прожити горе втрати, але і знаходитися в стані постійного очікування стає виснажливим і може призводити до формування апатичних, депресивних станів, психічних порушень та ін. Психотерапевтичний процес в КЦТ таким чином вибудовується, що дає можливість знайти своє, унікальне рішення і ставлення до нього в даному запиті. Можливість відчувати підтримку та безумовне прийняття зі сторони фахівця з однієї сторони і відсутність алгоритмів, порад, інструкцій, дають можливість клієнтові навіть в такій складній ситуації знайти та зайняти свою власну, зрілу позицію по відношенню до цієї ситуації. Клієнти проживає всі почуття та емоції з нею пов'язані та приходять до відповідального власного рішення. Так, є люди які прощаються зі своїм близьким і починають новий етап життя, є ті, хто зберігають надію на зустріч, але усвідомлюють важливість вибудовування свого власного життя, в незалежності від вирішення цієї ситуації. Тобто формується відповідальність та зрілість позиції і клієнт приходять до можливості зробити вибір, що стає саногенним процесом для психіки, а не проживанням циклічно безвиході, горя і страху, що в довгостроковій перспективі руйнує її. Терапевт, який в своїй конгруентності не створює хибних сподівань, не займає позицію експерта, здатний бути відкритим та емпатичним навіть в таких складних для клієнта переживаннях, дійсно створює ресурсну з клієнтом взаємодію для набуття справжнього досвіду зустрічі з собою та пошуку свого індивідуально-специфічного шляху, в якому клієнтові допомагає його власне почуття правильності.

Ефект відкладеного життя

Суттєво збільшилася кількість клієнтів із запитом, пов'язаним зі страхом невизначеності майбутнього, екзистенційною розгубленістю, завмиранням та неготовністю будувати своє життя далі. Це виникає з різних причин: втрата роботи, житла, неможливість спрогнозувати ті чи інші події, страх прийняти те чи інше рішення та втратити ресурси, боязнь почати нову справу чи почати повноцінне життя в новому місці, неквапливість заводити нові дружні чи партнерські стосунки. Як правило в основі лежить негативний травматичний досвід, часто пов'язаний з війною. Дуже часто ці клієнти очікують осуду, критики, оцінки їх невпевненості, страхів, нерішучості, тому створення

особливого роду взаємодії з психотерапевтом з наповненням довірою, відкритістю, щирістю, прозорістю, прийняттям, безоціночністю, емпатією та конгруентністю зі сторони терапевта стають особливо важливою рушійною силою в якісних змінах, які починають відбуватися з клієнтами коли їх страхи не тільки не справджуються у взаємодії з терапевтом, а навпаки дають експерієнс бути безумовно прийнятим та можливість відчувати себе у всіх цих станах, як частина нормального особистого досвіду в складних умовах життя. Повноцінне проживання та відреагування відчаю, втоми, розгубленості, болю, страху, сорому, провини, дають можливість повернутися до того досвіду, який був ресурсним для особистості, досвіду створювати, починати, надихатися, жити, адаптуватися, чути себе. Тобто повертатися до здатності бути в контакт з проявами самоактуалізуючої тенденції. Специфіка роботи в КЦТ з даною проблематикою полягає в тому, що як правило пропрацювавши емоційну травматичну частину, психотерапевт «спостерігає», як клієнт формує в собі нову життєву позицію та філософію. Користуючись вмінням якісно супроводжувати клієнта в його намаганнях почути себе, знаходячись напівкроки за клієнтом, терапевт мінімально проявляється, щоб не «викривити» цей пошук, цей контакт з новим в собі, без якого новому етапу в житті людини буде складно відбутися. В даній тематичі особливо важливою стає реалізація свого особистісного потенціалу не в перспективі чи ретроспективі, а в сьогоденні. Можливість жити «тут і зараз», не знаючи, що буде завтра і не порівнюючи з тим, що було вчора. Це звільняє від внутрішніх обмежень, причина яких у кожного своя: невинуваті сподівання, перфекціонізм, ідеалізація світу та бажання починати новий етап в екологічних умовах і т. д. Повтор, парафраз та узагальнення можуть бути одними з ключових в психотерапевтичному інструментарі при роботі з клієнтом. Максимальне відображення клієнтові його роздумів, емоцій, переживань та станів стають рушійною силою на етапі пошуку «нового» себе, що стає адаптаційним ресурсом для клієнта. Коли клієнт пропрацьовує травматичну частину і починає чути себе справжнього, приймає в собі его-неідентифіковані частини (частини свого НЕ-Я), він починає діяти відповідно до свого справжнього бажання бути тим, кого Роджерс К.Р. називає повністю функціонуючою особистістю. Так клієнтка, з якою були вибудовані «специфічні» стосунки, про які говорить Роджерс К.Р. з терапевтом, відчула сміливість і готовність зануритися в переживання, які були під страхом, соромом та нерішучістю будувати своє життя. Вона жила в прифронтовому місті, де постійно були обстріли і боялася осуду зі сторони оточення, якщо виїде звідти (Rogers, 1942). Почувши і відреагувавши заторне переживання непотрібності, на яке напластовувалися заторні емоції сорому і страху, вона відчула своє справжнє самоприйняття та бажання реалізовуватися. Актуалізувалися її любов до себе та бажання розвиватися. Як наслідок, вона переїхала в

більш безпечне місце, виграла міжнародний грант та успішно почала реалізовувати свою бізнес-ідею.

Вимушене перебування членів родини на відстані

Хочемо сказати про родини, які опинилися на відстані, приймаючи складне рішення, коли дружина та діти виїжджають за кордон, а чоловік залишається в Україні. Є багато родин, які таким чином вже існують не один рік. Робота з членами цих родин як правило здійснюється в чотирьох напрямках: профілактика причин прийняття відповідного рішення, вентиляція емоцій та почуттів, пов'язаних зі знаходженням на відстані та неможливістю будувати звичні стосунки, психологічна підтримка та збагачення форм взаємодії між членами родини. В рамках першого напрямку члени родини приймають рішення працювати над покращенням довіри, інтимності, сакральності в стосунках та можливості відкрито говорити про справжні причини вирішення ситуації, що може привести до знаходження іншого рішення. Так, наприклад, одна родина, проговоривши всі страхи, вирішила об'єднатися та переїхати на західну частину країни. Часто родина залишає рішення без змін, але суттєво нижче стає рівень конфліктності в родині, адже вибір стає більш свідомим та переживається як рішення, а не безвихідь. Члени родини починають краще розуміти один одного, приймати та цінувати. Фактично мова йде про те, що описані Роджерсом К.Р. зрілі стосунки стають основою комунікації в родині. Цьому сприяє заохочення психотерапевтом до емпатії, підтримки, рефлексії та формуванню готовності як зазначав Роджерс К.Р. прийняти реакцію іншого на свій прояв. В своїй роботі «Шлюб та його альтернативи», Роджерс К.Р. говорить про важливість обміну справжніми почуттями на глибинному рівні, про шлях до самоприйняття в присутності партнера для справжньої можливості бути собою, важливість уваги до власному досвіду, а не до інтросектів, формування справжньої відповідальності, а не залежності (Rogers, 1972). Наступні три напрямки роботи з партнерами в родині спераються також на запропоновані Роджерсом К.Р. основні елементи збереження довготривалих стосунків: постійна включеність у стосунки, прояв почуттів, неприйняття нав'язаних ролей та здатність розділяти внутрішнє життя партнера, постійне збагачення стосунків, формування готовності до змін (адже зі слів Роджерса К.Р. шлюб обов'язково буде іншим), постійне особисте зростання обох партнерів. Психологічна підтримка психотерапевта стає базою для формування відповідного досвіду у партнерів, що гарно втілюється у висловлювання Роджерса К.Р.: «Важливо почути іншого, а не чекати коли можна сказати». В такій складній ситуації для родини, хорошим орієнтиром також стає висловлювання Роджерса К.Р.: «Знаходження в шлюбі не означає настання повного щастя – це початок спільної боротьби, відповідальної роботи та вибудовування відносин». В поверненні індивідуальної відповідальності партнерам в ситуації боротьби з

викликами для існування шлюбу також гарно звучить висловлювання засновника КЦТ: «Людина в шлюбі – це те, що вона сама з себе зробить в ньому» (Tedeschi, Calhoun, 1996). Формування дорослої, відповідальної та зрілої позиції у партнерів дає можливість не підтримувати залежні, інфантильні та егоцентричні моделі поведінки, що створює ресурс для подолання такого складного виклику для шлюбу, як тривале знаходження на відстані та лімітує бажання шукати винного в обличчі партнера.

Профілактика виникнення вторинної травматизації у близьких та родичів військовослужбовців.

Ще однією проблематикою в клієнтських тематиках є складність вибудовування комунікації близького оточення військовослужбовців та небезпека їх вторинної травматизації, тобто вірогідності отримати травматичний досвід від спілкування з людиною, яка має виражені прояви травматизації. Частими в терапії даної тематики стають робота з прийняттям невідворотності змін особистості близької людини (військовослужбовця), формування гнучкості в поведінці та напрацювання нових моделей взаємодії. Одним з ключових напрямків в цій роботі стає знайомство зі своїми структурами НЕ-Я. Клієнти, які є шлюбними партнерами, іншими близькими та рідними військовослужбовця на певному етапі роботи усвідомлюють що для конструктивної взаємодії з близькою людиною потрібні суттєві зміни в собі, адаптація, необхідність перебудовування давно створеної моделі стосунків. Для клієнта стає очевидним необхідність формування або прояву в собі прихованих субособистісних структур, які стають новим зв'язком в міжособистісному спілкуванні. Тобто психологічні трансформації партнера та бажання збереження самого партнерства актуалізують запит на «розширення» власної особистості у варіабельності своїх проявів, за рахунок трансформації его-дистонних структур в его-синтонні. Так, клієнтка, у якої чоловік отримав ПТСР після участі в бойових діях, для гармонізації взаємодії з ним, свідомо напрацювала нові навички та здібності, які раніше для неї не були характерні взагалі. Допомогає в цій роботі принцип деноміналізації, тобто очищення почуття від слова, як зазначає Кочарян О.С.. Справжні емоції та почуття, які приховуються за словесною обгорткою, стають предметом роботи, а їх пропрацювання - механізмом формування щирої, а не невротизованої мотивації до змін.

На останок зазначимо, що актуальною також для психотерапевтичної роботи в КЦТ для всіх зазначених тематик є ідея посттравматичного зростання, запропонована Річардом Тедескі та Лоуренсом Калхуном, що корелює з ідеєю повністю функціонуючої особистості, запропонованої Роджерсом К.Р.. Тобто посттравматичне зростання - це стан, коли людина, яка постраждала від травматичного досвіду, знаходить нові шляхи та способи, щоб жити по іншому, ніж до травматичних подій. Це позитивні психологічні зміни, що виникають у результаті роботи з травмою або дуже складними (кризовими)

ситуаціями (Tedeschi, Calhoun, 1996). Його основні п'ять показників, а саме: відчуття більшої особистої сили, цінність щоденного життя, поява нових можливостей, зміна взаємостосунків, духовні та екзистенційні зміни, звучать досить комплементарно до уявлень про повністю функціонуючу особистість, до чого намагається прийти клієнт в пошуку себе, для якісного функціонування на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях.

Список використаних джерел/ References

- Zanuda, A. (2025). *Як змінилася Україна за три роки великої війни: 10 цифр* [How Ukraine changed in three years of the Great War: 10 figures] BBC NEWS Ukraine [Electronic resource]. (in Ukrainian). <https://www.bbc.com/ukrainian/articles/c5y43ggzqglo>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory*, Boston: Houghton Mifflin. 560 p.
- Rogers, C.R. (1942). *Counseling and Psychotherapy*, Boston: Houghton Mifflin Company. 475 p.
- Rogers, C.R. (1972). *Becoming partners: Marriage and its alternatives*. Dilacorte Press. 243p.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996) The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 9. P. 455-471.

FEATURES OF THEMATIC TRENDS IN CLIENT INQUIRIES DURING MARTIAL LAW: THERAPY EXPERIENCES IN CCT

Andrii Kharchenko,

*Faculty of Psychology, Department of Psychological Counseling and Psychotherapy,
V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine*

Vitalii Fedosieiev,

*Faculty of Psychology, Department of Psychological Counseling and Psychotherapy,
V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine*

Alla Lisenaya,

*Faculty of Psychology, Department of Psychological Counseling and Psychotherapy,
V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine*

Eugene Liseniy,

*Faculty of Economics, Department of Marketing, Management and Entrepreneurship,
V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine*

Sergey Barinov,

*Postgraduate student at the G.S. Kostiuk Institute of Psychology
National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv*

Eight years of the Anti-Terrorist Operation, the Joint Forces Operation, and more than three years of the Russian Federation's full-scale invasion of Ukraine are the complex realities in which the Ukrainian people live. This article describes some topics of client requests in psychotherapeutic practice that arose as a result of people's long stay in these realities and the features of psychotherapeutic work with them in client-centered psychotherapy (CCT) by C.R. Rogers. The topics include: working with military personnel, uncertain loss, the effect of delayed life, forced distance between family members, and secondary traumatization in loved ones and relatives of military personnel. When working with military personnel, it is important to take into account their orientation towards statutory relationships with their environment, which determines the importance of forming an expert position in the psychotherapist and establishing contact for a longer period of time, during which it is not recommended to focus on emotions and feelings, as is commonly understood in the classical understanding of working in the CCT. It is important to take into account the time for therapy, which is often limited, and to take into account certain features of using classical techniques of the method, and the "metaphor" technique is not recommended at all. In working with uncertain loss, the use of the idea of therapist accompaniment and minimal "interference" in decision-making and choices regarding loss is described, which does not traditionally have a single solution to the problem. In working with the topic of forced separation of family members, ideas for working with spouses and families in general, proposed by C.R. Rogers, are used. Work on preventing secondary trauma in family members of military personnel is associated with expanding the spectrum of ego-syntonic personality structures and forming a mature position. Using the resourcefulness of "specific" relationships described by C.R. Rogers, the idea of "here and now", non-interference in the client's conscious search for himself, a fully functioning personality, are used when working with the effect of deferred life. The idea of complementarity between the concepts of "fully functioning personality" and "post-traumatic growth" is also mentioned.

Keywords: client request, client-centered psychotherapy, work with military personnel, unspecified loss, secondary traumatization, posttraumatic growth.

The article was received by the editors 5.03.2025 (Стаття надійшла до редакції 5.03.2025)

The article is recommended for printing 2.05.2025 (Стаття рекомендована до друку 2.05.2025)

DOI [10.26565/2410-1249-2025-23-03](https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-03)

UDC 159.9.072:159.947.5:616.89-008.454-085.851

APPLICATION OF SUBSENSORY INFLUENCE TECHNOLOGY FOR PSYCHOCORRECTIONAL WORK AMONG PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Liudmyla Shestopalova

*The state institution "P.V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine",
Akademika Pavlova Street, 46, central building, Kharkiv, Kharkiv region, 61000, Ukraine
e-mail: 6834101@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0001-6295-0667>*

Volodymyr Lutsyk

*The state institution "P.V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine",
Akademika Pavlova Street, 46, central building, Kharkiv, Kharkiv region, 61000, Ukraine
e-mail: vlaleolu@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0611-3367>*

Iryna Voitenko

*The state institution "P.V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine",
Akademika Pavlova Street, 46, central building, Kharkiv, Kharkiv region, 61000, Ukraine.
e-mail: vojymira@gmail.com*

Yaroslava Nudnova

*The state institution "P.V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine",
Akademika Pavlova Street, 46, central building, Kharkiv, Kharkiv region, 61000, Ukraine
e-mail: yasitos1131@gmail.com*

The aim of the study was to test and assess the effectiveness of the method of complex visual-perceptive subsensory psychocorrectional influence for conducting psychocorrectional work with patients with depressive disorders. We have created a special method of visual-perceptive subsensory psychocorrectional influence, which is based on the use of transient subsensory visual stimuli. 52 patients with various clinical forms of depressive disorders (F31.3; F32.0; F32.1; F33.0; F33.1; F33.11; F34.1; F43.1; F43.2) were examined, the main group consisted of 28 patients, the comparison group consisted of 24 patients. Patients of the main group received, along with treatment and rehabilitation according to clinical protocols and guidelines approved by the Ministry of Health of Ukraine, sessions of complex subsensory influence, in patients of the comparison group subsensory stimulation was not performed. To assess the effectiveness of subsensory psychocorrectional influence, a psychodiagnostic examination was carried out before the start of psychocorrection and after its completion. The following psychodiagnostic methods were used: the "Self-Esteem" method, the Resilience Scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), "Tolerance for Uncertainty", the Zimbardo Time Perspective Questionnaire. Patients who underwent subsensory psychocorrectional influence showed a significant increase in resilience, a more pronounced reduction in depressive and anxiety symptoms, a decrease in fatalistic attitude towards the present; in addition, the perception of one's own future improved. Thus, the use of complex subsensory psychocorrection in patients with depressive disorders contributes to a reliable reduction of symptoms of four main psychological clusters as basic target objects for conducting psychocorrection work, namely: reduction of depressive and anxiety symptoms (cluster "Emotional disorders"); increase in the level of resilience (cluster "Masadaptive-behavioral changes"); harmonization of self-esteem (cluster "Perception of the world and self-image"); reduction of fatalistic attitude towards the present. The perception of one's future also improves (cluster "Chronoperception").

Keywords: *perceptual-informational processes, psychocorrection, subsensory influence, perception, personality, psychological clusters, depressive disorders*

Problem statement

The existence of the phenomena of subsensory perception, informational and psychosemantic processing of subliminal stimuli at an unconscious level, as well as a certain influence of such stimuli on human mental activity has been proven to date in modern science. The main directions of practical application of such scientific developments in medicine and psychology are the improvement of the system of providing psychological

assistance to patients taking into account the influence of subsensory stimulation. Currently, in Ukraine, the problem of treatment and rehabilitation of patients with post-stress mental disorders, including depressive ones, is extremely relevant, which necessitates the need for fundamental improvement of the main strategies of psychocorrectional and psychotherapeutic work with these groups of patients (Кожина & Зеленська, 2023; Лінський et al., 2025). The use of subsensory psychocorrectional technologies can

How to cite: Shestopalova L., Lutsyk V., Voitenko I., Nudnova Y. (2025). Application of Subsensory Influence Technology for Psychocorrectional Work Among Patients with Depressive Disorders, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 23, 18-22. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-03>

Як цитувати: Shestopalova L., Lutsyk V., Voitenko I., Nudnova Y. (2025). Application of Subsensory Influence Technology for Psychocorrectional Work Among Patients with Depressive Disorders, *Психологічне консультування і психотерапія*, 23, 18-22. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-03>

© Shestopalova L., Lutsyk V., Voitenko I., Nudnova Y., 2025; CC BY 4.0 license

significantly expand the possibilities and effectiveness of psychological assistance to the population.

Based on the results of our previous research, new theoretical and conceptual data were established regarding the regularities of the functioning of unconscious perceptual-informational processes, namely: for the first time, two new psychological phenomena were isolated, objectified and conceptualized: 1) the effect of perceptual-mnemonic fixation of subsensory verbal stimuli and 2) the effect of the directed influence of unconscious stimuli on the processes of formation of associative reactions. The first effect consists in the combination of unconscious perception, involuntary memorization, subsequent retention and heightened significance of stimuli demonstrated with individual subliminal exposure. The effect of the directed positive influence of unconscious stimuli on the processes of formation of associative reactions consists in a significantly more frequent occurrence of positively colored verbal associations with a suprasensory stimulus (Шестопалова & Луцик, 2021; Шестопалова & Луцик, 2022). The properties of unconscious perception and trace significance of subsensory verbal stimuli and semantic components of involuntary perceptual-informational processes in patients with various forms of affective disorders were also determined. These effects are detected and confirmed at the psychophysiological level in both patients and healthy individuals, i.e. they belong to the most universal, stable and durable informational-perceptual mechanisms of the unconscious level and represent the main form of the course of subsensory processes (Шестопалова & Луцик, 2020).

These data formed a theoretical and methodological basis for the creation of personalized psychocorrectional programs using the effects of directed subsensory influence. The results obtained are of significant importance for the optimization and improvement of new approaches to the psychological correction of individual-personal disorders in depressive disorders, including with the use of subsensory influence. Solving these complex issues requires, first of all, the creation of special experimental and psychological methods of subsensory influence, their testing and assessment of the dynamics and patterns of variability of clinical and psychological characteristics of patients with depressive disorders in conditions of subsensory perception.

Research objective

The purpose of the study was to test and evaluate the effectiveness of the method of complex visual-perceptive subsensory psychocorrectional influence for conducting psychocorrectional work with patients with depressive disorders.

Sample description

52 patients with different clinical forms of depressive disorders (F31.3; F32.0; F32.1; F33.0; F33.1; F33.11; F34.1; F43.1; F43.2) were examined, of which 14 (26.92%) were women, 38 (73.08%) were men, the average age was (41.87 ± 13.23) years (min = 18, max = 73). The main group consisted of 28 patients, 7

(25.00%) were women, 21 (75.00%) were men, the average age was (43.64 ± 11.09) years (min = 20, max = 63). The comparison group included 24 patients, 7 (29.17%) women, 14 (70.83%) men, mean age (39.79 ± 15.35) years, (min=18, max=73). In general, the main and comparison groups were homogeneous in terms of basic socio-demographic characteristics. Patients in the main group received, along with treatment and rehabilitation according to clinical protocols and guidelines approved by the Ministry of Health of Ukraine, sessions of complex subsensory influence, patients in the comparison group did not receive subsensory stimulation. The intervention algorithm included up to 5 sessions, which were carried out with an interval of 3-5 days.

Methods

Based on the results of scientific research, we created a special method of visual-perceptive subsensory psychocorrectional influence (Шестопалова, Луцик, & Войтенко, 2025). The equipment includes a personal computer of standard desktop architecture with two manipulators and two monitors with a maximum screen refresh rate of 144 Hz (144 frames per second). The technique involves the use of fast-moving subsensory visual stimuli, i.e. some words displayed on the screen fall on the retina at the same time as the target (key) suprasensory word, but, unlike the latter, do not have time to be perceived at the level of recognition and comprehension due to the peculiarities of their graphic representation. Six specially created stimulus video fragments were used, identical in duration and storyboard, but recorded with different frame rates (from 144 fps to 40 fps). Thus, the exposure time of a single frame varies, which makes it possible to demonstrate the target word and subsensory stimuli for a period of 7 to 25 ms.

The direct target of psychocorrection was the psychosemantic concepts of the most general categories of time, i.e. the concepts of "future" and "present", and positive verbal stimuli were presented subsensorily, forming positive associations with the target concept. In addition, the psychocorrection effect was directed at emotional disorders, maladaptive behavioral changes, self-esteem and other personal parameters of patients with depressive disorders, as well as at holistic individual chronoperceptive structures. In general, four psychological clusters were identified as basic target objects for psychocorrection: "Emotional disorders"; "Masadaptive behavioral changes"; "Perception of the world and self-image"; "Chronoperception" (Шестопалова, Луцик, & Войтенко, 2024). To assess the effectiveness of the subsensory psychocorrection effect, a psychodiagnostic examination of patients of both groups was carried out in dynamics: before the start of psychocorrection and after its completion. The following psychodiagnostic methods were used: the "Self-Esteem" method (Бурлачук, 2007), the Resilience Scale (Smith et al., 2008), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983), "Tolerance for Uncertainty" (Budner, 1962), and the Zimbardo Time Perspective Questionnaire (Zimbardo & Boyd, 1999).

Results of the study and their discussion

Before the start of treatment and rehabilitation, patients of both groups, according to the "Self-Evaluation" method, rated themselves the highest in such parameters as "faith" (2.57 ± 2.92 and 2.38 ± 2.46), "hope" (2.36 ± 2.98 and 2.75 ± 1.89) and "attitude to the future" (1.54 ± 3.20 points and 1.79 ± 2.30 points) ($p > 0.05$, the difference is statistically insignificant). The lowest scores were received by "attitude to the present" (respectively, 0.68 ± 3.21 and 0.21 ± 2.80), "well-being" (1.00 ± 3.16 and -1.04 ± 3.18), and "mood" (1.14 ± 2.70 points and -0.25 ± 3.26 points) (Table 3.11). That is, the structure of self-esteem in patients of both groups was almost the same. It should be noted that in general, the level of self-esteem according to the indicated parameters was below average or low. After the completion of treatment, positive dynamics of varying degrees of severity were noted in both groups for almost all self-esteem indicators: "well-being" (0.93 ± 1.82 , $p < 0.01$ and 0.93 ± 1.82 , $p < 0.01$, resp.); "mood" (0.89 ± 1.59 , $p < 0.01$ and 1.13 ± 2.03 , $p < 0.01$, resp.) and "attitude to the present" (1.07 ± 2.88 and 1.38 ± 2.75 , $p < 0.05$, resp.). These data allow us to state that during treatment, patients in both groups experience quite pronounced positive changes and transformations of self-esteem processes.

Using the "Resilience Scale", the phenomenon of psychological resilience was investigated as a personal property that underlies the ability to overcome stress and difficult life periods in a constructive way. Analysis of the obtained resilience indicators shows that in patients in both groups they correspond to the lower average level. In the first study, the level of resilience was (14.11 ± 4.98) points in the main and (15.04 ± 4.36) points in the comparison group, in the second - respectively, (15.43 ± 5.04) points and (15.96 ± 4.55) points). In patients in the main group, there was a significant increase in resilience (1.32 ± 2.65) points and (0.92 ± 3.23) points, $p < 0.05$), that is, the use of subsensory stimulation helps to increase stress resistance and the ability to overcome stress and crisis situations in constructive and effective ways.

The results of the study of emotional disorders in patients and the nature of their dynamics using the HADS method indicate that the level of general anxiety in patients of the main group was (12.36 ± 3.51) points, and in patients of the comparison group - (11.29 ± 4.58) points, which corresponds to the level of clinically significant anxiety disorders. The depression index was (9.29 ± 5.03) points and (10.38 ± 4.60) points, which corresponds to clinically significant symptoms of depression. After psychocorrectional intervention in the main group, the level of anxiety decreased by (-1.29 ± 2.12) points, ($p < 0.01$), and the level of depression - by (-1.07 ± 2.54) points, ($p < 0.05$). In patients of the comparison group, these indicators also improved (-0.21 ± 3.09) points and (-0.71 ± 3.96) points, but the difference did not reach a statistically significant level ($p > 0.05$). That is, under the influence of psychocorrection with the involvement of subsensory stimulation, patients experience a statistically significant decrease in the severity of depressive and anxiety symptoms.

Tolerance to uncertainty is a property of a person that allows them to withstand crisis manifestations associated with the uncertainty of the semantic foundations of their own existence. For a person tolerant to uncertainty, the attraction to uncertain situations, the ability to accept the unknown, the ability to perceive new, unfamiliar and risky situations as stimulating; willingness to adapt to an uncertain situation are characteristic.

For an intolerant person, the perception of uncertain situations as a source of threat, the attraction to obvious and unconditional acceptance or rejection in relations with others are characteristic people, tendency to react with anxiety to incomprehensible situations; seeking security and trying to avoid uncertainty, giving preference to the familiar, rejecting everything unusual. The results of the study of tolerance to uncertainty and its dynamics during the treatment process indicate that patients in both groups were characterized by an average level of tolerance, respectively, (62.14 ± 7.02) points and (64.79 ± 12.22) points (first study) and (61.10 ± 6.10) points and (63.64 ± 6.48) points at the second examination ($p > 0.05$), the total shift of the indicator was (-1.05 ± 6.95) points and (-1.14 ± 9.47) points, $p > 0.05$). Analysis of the main factors and components of the decrease in tolerance indicates that in patients in both groups before the start of psychocorrection, intolerance to conditions of complexity was most pronounced (37.95 ± 3.72) points and (39.07 ± 8.35) points), which corresponds to a high level, somewhat less - intolerance to the novelty of situations and problems (13.52 ± 4.21) points and (13.93 ± 4.80) points) and a feeling of their intractability (10.67 ± 2.06) points and (11.79 ± 3.21) points, $p > 0.05$), which corresponds to the limits of the average level. When re-examining patients in both groups, the general tolerance slightly increased (61.10 ± 6.10) points and (63.64 ± 6.48) points); the shift - (-1.05 ± 6.95) points and (-1.14 ± 9.47) points ($p > 0.05$), a certain positive dynamics of the components is also noted tolerance-intolerance, but the difference does not reach the level of statistically significant.

The results of studying the dynamics of the characteristics of perception of the passage of time and time perspective using the Zimbardo time perspective questionnaire showed that the average values of indicators reflecting the processes of personal chronoperception dominated in the examined patients. The patients assessed their past as negative: (3.33 ± 0.83) points in the first group and (3.41 ± 0.63) points in the second ($p > 0.05$), were less satisfied with the present, respectively, (3.30 ± 0.49) points and (3.33 ± 0.46) points ($p > 0.05$). The ideas about their future were generally quite pessimistic, respectively, (3.53 ± 0.53) points and (3.51 ± 0.52) points ($p > 0.05$). After psychocorrection using subsensory influence, patients in the main group significantly decreased their fatalistic attitude to the present (0.14 ± 0.36) points compared to (0.11 ± 0.57) points in the second group, ($p < 0.05$). It should be emphasized that these patients also significantly improved their perception of their future - (0.14 ± 0.31) points and (-0.07 ± 0.30) points, ($p < 0.05$).

Analysis of the dynamics of the complex of psychodiagnostic indicators in patients with depressive

disorders who received various options for treatment and rehabilitation measures shows that certain positive changes were noted in patients in both groups. These changes concerned, first of all, disorders in the emotional sphere (levels of anxiety and depressive experiences) and the self-esteem system. At the same time, there are significant, statistically significant differences between the nature and severity of dynamic changes in psychodiagnostic parameters in patients of the two groups. Thus, in patients who underwent subsensory psychocorrectional influence, a significant increase in resilience was noted, a more pronounced reduction in depressive and anxiety symptoms, a decrease in fatalistic attitude to the present; in addition, the perception of one's own future improves. Such psychological formations as tolerance to uncertainty and patterns of significance of parameters of personal chronoperceptive processes turned out to be more stable.

Conclusions

1. The nature of the dynamics of clinical and psychological characteristics of patients under subsensory psychocorrectional influence is objectified: a significant increase in resilience, reduction of depressive and anxiety symptoms, optimization of the self-esteem system, reduction of fatalistic attitude towards the present and improvement of perception of one's future are established.

2. The use of complex subsensory psychocorrection in patients with depressive disorders contributes to the reduction of symptoms of four main psychological clusters as basic target objects for conducting psychocorrectional work, namely: a) reduction of depressive and anxiety symptoms (cluster "Emotional disorders"); b) increase in the level of resilience (cluster "Masadaptive behavioral changes"); c) harmonization of self-esteem (cluster "Perception of the world and self-image"); d) reduction of fatalistic attitude towards the present and improvement of perception of one's future (cluster "Chronoperception").

Список використаних джерел

- Кожина, Г.М. & Зеленська, К.О. (2023). Клінічна феноменологія стресасоційованих розладів в умовах повномасштабного вторгнення. *Український вісник психоневрології*, Т.31, вип.1(114), 5-37. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-5>
- Лінський, І.В., Підкоритов, В.С., Кузьмінов, В.Н., Денисенко, М.М. та ін. (2025). Динаміка постстресової симптоматики у пацієнтів зі стресасоційованими розладами протягом стандартного лікування. *Український вісник психоневрології*, Т. 33, вип. 1 (122). 4-12. doi: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-1>
- Шестопалова, Л.Ф. & Луцик, В.Л. (2021). Порогові та семантичні характеристики швидкоплинних зорово-перцептивних процесів у хворих на афективні розлади. *Психіатрія, наркологія та медична психологія*, Вип.16. С. 66-72. doi: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-08>
- Шестопалова, Л.Ф. & Луцик, В.Л. (2022). Дослідження ефектів субсенсорного впливу на систему асоціацій у хворих на депресивні розлади. *Психологічне консультування і психотерапія*, 18, 16-20. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2022-18-02>
- Шестопалова, Л.Ф. & Луцик, В.Л. (2020). Розробка і апробація експериментально-психологічних методик для дослідження неусвідомлюваних зорово-перцептивних процесів. *Психологічне консультування та психотерапія*, Вип.14, 50-56. doi: <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2020-14-04>
- Свідцтво про реєстрацію авторського права на твір № 134992 «Методика комплексного зоро-перцептивного субсенсорного психокорекційного впливу». (2025). Шестопалова, Л.Ф., Луцик, В.Л., Войтенко, І.В., заявл.10.02.2025р., опубл. 9.04.2025 р.
- Шестопалова, Л.Ф., Луцик, В.Л. & Войтенко, І.В. (2024). Психологічні кластери як мішені психокорекційної роботи у хворих на депресивні розлади. *Грааль науки*, 45, 600-605. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.01.11.2024.085>
- Бурлачук, Л.Ф. (2007). *Словарь-справочник по психодиагностике*. 3 изд. СПб. Питер.
- Smith, B. A., Dalen, J., Wiggins, K. T., Tooley, E., Christopher, P. J., & Bernard, J. F. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200. doi: <https://doi.org/10.1080/1070550080222297>
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psych. Scandinav*, 67(6), 361-370
- Budner, S. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*, 30, 29-50.
- Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. (1999). Zimbardo Time Perspective Inventory. *Journal of personality and social psychology*, Vol. 77, №6, 1271-1288.
- References**
- Kozhina, G.M. & Zelenska, K.O. (2023). Clinical phenomenology of stress-associated disorders in conditions of full-scale invasion. *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, 31(1), 5-37. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-5>
- Linsky, I.V., Pidkorytov, V.S., Kuzminov, V.N., Denysenko, M.M. et al. (2025). Dynamics of post-stress symptoms in patients with stress-associated disorders during standard treatment. *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*, 33(1). 4-12. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-1>
- Shestopalova, L.F. & Lutsyk, V.L. (2021). Threshold and semantic characteristics of transient visual-perceptual processes in patients with affective disorders. *Psychiatry, Narcology and Medical Psychology*, 16, 66-72. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-08>
- Shestopalova, L.F. & Lutsyk, V.L. (2022). Research on the effects of subsensory influence on the system of associations in patients with depressive disorders. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 18, 16-20. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2022-18-02>
- Shestopalova, L.F. & Lutsyk, V.L. (2020). Development and testing of experimental psychological methods for the study of unconscious visual-perceptual processes. *Psychological counseling and psychotherapy*, 14, 50-56. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2020-14-04>
- Certificate of copyright registration for work No. 134992 "Methodology of complex visual-perceptual subsensory psychocorrectional influence". (2025). Shestopalova, L.F., Lutsyk, V.L., Voitenko, I.V., applied 10.02.2025, published 9.04.2025
- Shestopalova, L.F., Lutsyk, V.L. & Voitenko, I.V. (2024). Psychological clusters as targets of psychocorrectional work in patients with depressive disorders. *Grail of Science*, 45, 600-605. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.01.11.2024.085>

- Burlachuk, L.F. (2007). Dictionary-reference book on psychodiagnostics. 3 ed. St. Petersburg. Peter.
- Smith, B. A., Dalen, J., Wiggins, K. T., Tooley, E., Christopher, P. J., & Bernard, J. F. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200. <https://doi.org/10.1080/1070550080222297>
- Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psych. Scandinav*, 67(6), 361-370.
- Budner, S. (1962). Intolerance of ambiguity as a personality variable. *Journal of Personality*, 30, 29-50.
- Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. (1999). Zimbardo Time Perspective Inventory. *Journal of personality and social psychology*, 77(6), 1271-1288.

ЗАСТОСУВАННЯ ТЕХНОЛОГІЇ СУБСЕНСОРНОГО ВПЛИВУ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ЗІ ХВОРИМИ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Шестопалова Людмила

*Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина
Національної академії медичних наук України», Харків, Україна*

Луцник Володимир

*Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина
Національної академії медичних наук України», Харків, Україна*

Войтенко Ірина

*Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина
Національної академії медичних наук України», Харків, Україна*

Нуднова Ярослава

*Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П.В. Волошина
Національної академії медичних наук України», Харків, Україна*

Метою дослідження було апробація та оцінка ефективності методики комплексного зоро-перцептивного субсенсорного психокорекційного впливу для проведення психокорекційної роботи з хворими на депресивні розлади. Нами створено спеціальну методику зоро-перцептивного субсенсорного психокорекційного впливу, яка базується на використанні швидкоплинних субсенсорних зорових стимулів. Було обстежено 52 хворих з різними клінічними формами депресивних розладів (F31.3; F32.0; F32.1; F33.0; F33.1; F33.11; F34.1; F43.1; F43.2), основну групу утворили 28 хворих, групу порівняння увійшли 24 пацієнти. Пацієнти основної групи отримували наряду з лікуванням та реабілітацією згідно затверджених МОЗ України клінічних протоколів та настанов, сеанси комплексного субсенсорного впливу, у хворих групи порівняння субсенсорна стимуляція не проводилась. Для оцінки ефективності субсенсорного психокорекційного впливу було здійснено психодіагностичне обстеження до початку психокорекції та після її завершення. Застосовувались наступні психодіагностичні методики: методика «Самооцінка», Шкала резильєнтності, Госпітальна шкала депресії та тривоги (HADS), «Толерантність до невизначеності», опитувальник часової перспективи Зімбардо. У хворих, які зазнавали субсенсорного психокорекційного впливу, відзначалися достовірне зростання резильєнтності, більш виражена редукція депресивної та тривожної симптоматики, зменшення фаталістичного ставлення до сьогодення; крім того, поліпшується сприйняття власного майбутнього. Таким чином, застосування комплексної субсенсорної психокорекції у хворих на депресивні розлади сприяє достовірній редукції симптомів чотирьох основних психологічних кластерів як базових об'єктів-мішеней для проведення психокорекційної роботи, а саме: редукція депресивної та тривожної симптоматики (кластер «Емоційні порушення»); зростання рівня резильєнтності (кластер «Дезадаптивно-поведінкові зміни»); гармонізація самооцінки (кластер «Світовідчуття та образ Я»); зменшення фаталістичного ставлення до сьогодення. Також поліпшується сприйняття свого майбутнього (кластер «Хроноперцепція»).

Ключові слова: перцептивно-інформаційні процеси, психокорекція, субсенсорний вплив, перцепція, особистість, психологічні кластери, депресивні розлади.

The article was received by the editors 13.03.2025 (Стаття надійшла до редакції 13.03.2025)

The article is recommended for printing 2.05.2025 (Стаття рекомендована до друку 2.05.2025)

SECTION: SEXOLOGY AND GENDER PSYCHOLOGY
РОЗДІЛ: СЕКСОЛОГІЯ ТА ГЕНДЕРНА ПСИХОЛОГІЯ

DOI 10.26565/2410-1249-2025-23-04
UDC 616.89-008.442

ГІПЕРСЕКСУАЛЬНІСТЬ: НОРМА ЧИ ПАТОЛОГІЯ?

Гарнік Кочарян

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету,
пр. Науки, 4, Харків, 61022, Україна
E-mail: kocharyangs@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3797-5007>

У статті обговорюється питання про те, чи слід відносити гіперсексуальність до норми або до патології. Зазначається, що незважаючи на те, що патологічна гіперсексуальність – явище, існування якого не можна заперечувати, низка авторів висловлюється проти включення її та сексуальної залежності до класифікаційних систем за такими обставинами: (1) в даний час нібито недостатньо перевірених фактичних даних для встановлення діагностичних критеріїв, щоб ідентифікувати таку поведінку як психічний розлад, і дослідження нібито ще не з'ясували, чи дійсно патологічні симптоми, що узгоджуються з цими мітками, такі як тривожність і проблема з контролем імпульсів, справді пов'язані з надмірною сексуальною поведінкою; (2) віднесення людей з гіперсексуальністю до психічної патології нібито просто відображає культурну неприязнь до виняткової сексуальної поведінки, а маркування сексуальних спонукань «екстремальними» просто стигматизує людей, які не відповідають нормам їхньої культури чи нормам групи однолітків; (3) компульсивна сексуальна поведінка була визнана аномальною «моралістами від медицини», які виступають у ролі «громадських контролерів» та нав'язують свої ортодоксальні погляди; (4) чим частіше психологи та адвокати оголошують ті чи інші форми поведінки неконтрольованими компульсіями, тим менше людей притягають до відповідальності за їхні дії, навіть якщо ці дії завдають шкоди іншим людям; (5) вказують на відсутність чітких відмінностей між нормальним та патологічним рівнем сексуальних бажань та поведінки. Автор висловлює думку, що гіперсексуальність може бути як фізіологічною, так і патологічною. Іноді в окремих випадках справді буває нелегко розмежувати, чи слід її відносити до норми чи до патології. У статті повідомляється, що у МКХ-11 замість «Підвищеного статевого потягу» (МКХ-10, код F52.7) було запроваджено код 6C72 «Компульсивний розлад сексуальної поведінки». Наводиться його характеристика. Однак повідомляється, що в даний час існує кілька концептуалізацій патологічної гіперсексуальності: obsесивно-компульсивна, адиктивна, обумовлена порушенням контролю імпульсів, а також виділена автором модель, яка пов'язана з розладом у формі постійного генітального збудження та синдромом подразнених статевих органів. На думку автора, кожна з названих концептуалізацій (моделей) патологічної гіперсексуальності є корисною у певних випадках, оскільки краще, ніж інші, характеризує стан конкретного хворого. Ці моделі можуть «перетинатися» у одного і того ж хворого, а їх прояви змінювати один одного в динаміці перебігу гіперсексуальності. На думку автора, спроби заперечення існування патологічної гіперсексуальності спотворюють реальність, є антинауковими й не відповідають численним клінічним спостереженням.

Ключові слова: гіперсексуальність, норма, патологія, моделі патологічної гіперсексуальності, МКХ-11, компульсивний розлад сексуальної поведінки

Незважаючи на те, що патологічна гіперсексуальність – явище, існування якого не можна заперечувати, низка авторів висловлюється проти включення її та сексуальної залежності до класифікаційних систем за такими обставинами:

1. Наголошується на тому, що в даний час нібито недостатньо перевірених фактичних даних для встановлення діагностичних критеріїв, щоб ідентифікувати таку поведінку як психічний розлад (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition., 2013). Зазначалося, що використання таких міток, як сексуальна адикція, сексуальна компульсивність і імпульсивність, є як передчасним, так і діагностично небезпечним, оскільки дослідження ще не з'ясували, чи дійсно патологічні симптоми, що

узгоджуються з цими мітками, такі як тривожність і проблема з контролем імпульсів, справді пов'язані з надмірною сексуальною поведінкою (Rinehart, 1997). Однак систематичний огляд сексуальної залежності показав, що «відсутність емпіричних даних про сексуальну залежність є результатом повної відсутності цього порушення у версіях «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів» (США) (Karila, 2014).

2. Не визнають цієї патології, виходячи з гуманістичних спотворень. Стверджують, що цей стан просто відображає культурну неприязнь до виняткової сексуальної поведінки (Levine, 2010). Заявляють, що маркування сексуальних спонукань «екстремальними» просто стигматизує людей, які не

How to cite: Kocharian, G. (2025). Hypersexuality: Norm or Pathology? *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 23, 23-26. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-04> (in Ukrainian)

Як цитувати: Кочарян Г. (2025). Гіперсексуальність: норма чи патологія? *Психологічне консультування і психотерапія*, 23, 23-26. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-04>

© Кочарян, Г., 2025; CC BY 4.0 license

відповідають нормам їхньої культури чи нормам групи однолітків. (Levine, Troiden, 1988).

У ряді публікацій наголошується, що сексуальна залежність сама по собі є міфом, побічним продуктом культурних та інших впливів, способом проектування соціальної стигми на пацієнтів, і що критерії сексуальної адикції створюють проблеми для безпроблемного досвіду та в результаті патологізують більшість людей (Giles, 2006; Levine, Troiden, 1988).

3. М. Р. Levine, R. R. Troiden (1988) стверджують, що «визначення сексуальної адикції та компульсії «концептуально хибні», і що критерії, які використовуються для діагностики цих станів, «суб'єктивні та надумані». Вони вказують, що компульсивна сексуальна поведінка у 1970-1980-х роках вважалася цілком нормальною і лише пізніше була визнана аномальною «моралістами від медицини», що дали їй наукоподібну назву – «сексуальна адикція» – і таким чином визнали її хворобою. На їхню думку, фахівці з психіатрії, які захищають модель сексуальної адикції, виступають у ролі «громадських контролерів» та нав'язують свої ортодоксальні погляди більшості населення країни» (Masters et al., 1998, с. 427).

4. Концепцію сексуальної адикції піддав критиці і S. Peele (1989), який повідомляє наступне: «Чим частіше психологи та адвокати оголошують ті чи інші форми поведінки неконтрольованими компульсіями, тим менше людей притягають до відповідальності за їхні дії, навіть якщо ці дії завдають шкоди іншим людям. Часто все покарання за очевидне, навіть кримінальне правопорушення зводиться до консультацій у лікувальному центрі. Вводячи термін «адиктивні хвороби», ми ризикуємо створити світ, в якому все буде пробачено, світ, який неминуче сповзе до хаосу» (по Masters et al., 1998, р. 427).

5. Вказують і на відсутність чітких відмінностей між нормальним та патологічним рівнем сексуальних бажань та поведінки (Moser, 2013; Wakefield, 2012).

Наведемо матеріали, які змушують замислитись у цьому плані.

Деякі клініцисти та теоретики психодинамічного підходу вважають посилення сексуального потягу нормою, оскільки вважають, що це виконує его-оборонну функцію, часом полегшуючи несвідоме занепокоєння, що корениться в інтрапсихічних конфліктах. R. K. Westheimer (1995) повідомляє, що в юності люди можуть активно займатися сексом кілька місяців поспіль, а рецидиви подібної поведінки можуть мати місце в різні часи в окремі періоди подальшого життя. В даному випадку відмітною ознакою, що обумовлює норму, є обмежена тривалість неконтрольованої сексуальної поведінки, після чого люди зазвичай повертаються до нормальної сексуальної поведінки.

G.S. Vasilchenko (1977) серед різних типів сексуальної мотивації виділяє так званий гомеостабілізуючий тип. Він зазначає, що у зрілого чоловіка після кожної чергової еякуляції та наступного за нею періоду сексуального

умиротворення може поступово наростати сексуальне збудження, яке проявляється тяжкими відчуттями, що порушують стан «нервової рівноваженості». Цей стан у зрілому віці оцінюється досить високо. У певної частини чоловіків сексуальний ритм забезпечує збереження фізіологічного комфорту. Цей тип поведінки особливо часто зустрічається у творчих особистостей, у яких сексуальна сфера займає підпорядковане місце у шкалі ціннісних орієнтацій. Люди, які мають найбільшу радість у моменти творчості, можуть сприймати початкові стадії харчової або статевої абстиненції як відволікаючі і тому небажані моменти. При цьому вони не втрачають смаку до самого процесу задоволення голоду або статевого збудження. Для демонстрації цього типу сексуальної мотивації автор наводить таке спостереження:

«І. Скульптор І., 42 років, живе інтенсивним творчим життям. Двері його ательє завжди гостинно відчинені для відвідувачів. Будучи людиною екстравертованою, він не бентежиться присутністю сторонніх осіб; навіть навпаки – черпає у тому інтересі до його роботи додаткові стимули. Ця людина, яка не виявляла жодних неврологічних відхилень, протягом багатьох років повинна була мати не менше 6-7 еякуляцій на добу. Без цього у нього утруднюється і навіть повністю припиняється здатність виконувати творчу роботу. Наростання сексуального збудження порушує здатність концентрації уваги, створює відчуття фізіологічного дискомфорту. Однак як явище небажане сприймається лише сексуальна збудженість, особливо у початкових фазах, коли вона порушує хід роботи, а саме задоволення цього збудження приносить радість. У тих випадках, коли у фазі наростаючого сексуального збудження він не може провести статевий акт з жінкою, він викликає еякуляцію мастурбаторно і, отримавши полегшення, відразу повертається до роботи» (Vasilchenko, 1977, р. 146).

Резюмуючи дане спостереження, автор зазначає, що існує група чоловіків, які, не відмовляючись від радостей сексуального задоволення, перш за все ж таки цінують їх як засіб позбавлення від сексуальної напруги, яка відволікає їх від виконання інших завдань (найчастіше творчих), які котируються ними більш високо.

На нашу думку, існує як фізіологічна, так і патологічна гіперсексуальність, які в деяких випадках не завжди легко розрізнити.

У МКХ-11 (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2024-01) відсутня рубрика «Підвищений статевий потяг», яка була у МКХ-10 (F52.7) (The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, 1992). У цьому контексті слід зазначити, що в «Діагностичних критеріях для дослідження» МКХ-10 відзначена повна відсутність жодних спроб розробити дослідницькі критерії для цієї категорії. Дослідникам, які вивчають цей розлад, рекомендується запропонувати власні критерії (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural

Disorders. Diagnostic criteria for research, 1993; Kocharyan, 2024).

У МКХ-11 замість «Підвищеного статевого потягу» було запроваджено код 6C72 «Компульсивний розлад сексуальної поведінки» («Compulsive sexual behaviour disorder»). Цей розлад характеризується стійкою нездатністю контролювати інтенсивні повторювані сексуальні імпульси або спонукання, що призводить до сексуальної поведінки, яка повторюється. Симптоми можуть включати повторювану сексуальну поведінку, яка стає настільки важливою в житті людини, що вона нехтує своїм здоров'ям, особистою гігієною або іншими інтересами, заняттями та обов'язками. Також мають місце безуспішні спроби значно скоротити повторювану сексуальну поведінку, оскільки вона пов'язана з негативними наслідками. Нездатність контролювати повторювані інтенсивні сексуальні бажання або потяги та пов'язану з ними сексуальну поведінку зберігаються протягом тривалого періоду часу (наприклад, 6 місяців або більше) і викликають значний дискомфорт чи погіршення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній чи інших важливих сферах функціонування. (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2024-01; Kocharyan, 2024). У МКХ-11 відсутні такі коди, як «гіперсексуальність» та «сексуальна залежність/адикція».

Однак необхідно зазначити, що в даний час існує кілька концептуалізацій патологічної гіперсексуальності: обсесивно-компульсивна (Bancroft, Vukadinovic, 2004), адиктивна (Carnes, 1983), обумовлена порушенням контролю імпульсів (Kraus, 2016), а також запропонована нами модель, пов'язана з розладом у формі постійного генітального збудження та синдромом подразнених статевих органів (Kocharyan, 2019, Kocharyan, 2020). Кожна з названих нами концептуалізацій (моделей) патологічної гіперсексуальності є корисною у певних випадках, оскільки краще, ніж інші, характеризує стан конкретного хворого. Слід зазначити, що ці моделі можуть «перетинатися» у одного і того ж хворого, а їх прояви змінювати один одного в динаміці перебігу гіперсексуальності.

На закінчення слід зазначити, що гіперсексуальність може бути як нормальною, так і патологічною. Спроби заперечення існування патологічної гіперсексуальності спотворюють реальність, є антинауковими й не відповідають численним клінічним спостереженням.

Список використаних джерел/References

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013. xlv + 947 p.

Rinehart, N. J., McCabe M. P. (1997). Hypersexuality: Psychopathology or normal variant of sexuality? *Sexual*

and Marital Therapy, 12(1), 45–60. <https://doi.org/10.1080/02674659708408201>

Karila, L.; Wéry, A.; Weinstein, A.; Cottencin, O.; Petit, A.; Reynaud, M.; Billieux, J. (2014). Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature. *Curr. Pharm. Des.* 20(25), 4012–20. <https://doi.org/10.2174/13816128113199990619>

Levine, S. B. (2010). What is sexual addiction? *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(3), 261–75. <https://doi.org/10.1080/00926231003719681>

Levine, M. P.; Troiden, R. R. (1988). The myth of sexual compulsivity. *Journal of Sex Research*, 25(3), 347–63. <https://doi.org/10.1080/00224498809551467>

Giles, J. (2006). No such thing as excessive levels of sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 35(6), 641–2. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9098-3>

Masters, W.; Johnson, V.; Kolodny, R. (1998). Fundamentals of sexology (trans. from English to Russian). M.: Mir. 692 p.

Moser, C. (2013). Hypersexual disorder: Searching for clarity. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(1), 48–58.

Wakefield, J. C. (2012). The DSM-5's proposed new categories of sexual disorder: the problem of false positives in sexual diagnosis. *Clinical Social Work Journal*. 40(2), 213–23. <https://doi.org/10.1007/s10615-011-0353-2>

Winters, J. (2010). Hypersexual disorder: a more cautious approach. *Arch Sex Behav.*, 39(3), 594–6. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9607-2>

Westheimer, R. K. (1995). Encyclopedia of human sexuality (translated from English to Russian). M.: KRON-PRESS. 400 p.

Vasilchenko, G. S. (1977). Motivational aspects of libido. General sexopathology: a guide for doctors (edited by G. S. Vasilchenko). M.: Medicine, pp. 144–148.

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2024-01. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1189253773>

The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. (1992). Geneva: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37958/9241544228_eng.pdf

The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. (1993). Geneva: World Health Organization. <https://psychiatr.ru/download/1314?view=1&name=ICD10+for+research.pdf>

Kocharyan, G.S. (2024). ICD-11. Sexual health conditions: codes and discussion of innovations. *Health of Man*, 3(90), 73–85. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.3.2024.316666>

Bancroft, J.; Vukadinovic, Z. (2004). Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model. *J Sex Res*, 41(3), 225–34. <https://doi.org/10.1080/00224490409552230>

Carnes P. (1983). Out of the shadows: Understanding sexual addiction. Minneapolis, MN: CompCare.

Kraus, Shane W.; Voon, Valerie; Potenza, Marc N. (2016) Should compulsive sexual behavior be considered an addiction. *Addiction*, 111(12), 2097–106. <https://doi.org/10.1111/add.13297>

Kocharyan, G. S. (2019). Hypersexuality: terms, diagnostic approaches, conceptualization, prevalence. *Health of Man*, Issue 2(69), 61–8. <https://doi.org/10.30841/2307-5090.2.2019.179977>

Kocharyan G. S. (2020). Hypersexuality. Kharkov: LTD “DISA PLUS”, 2020. 263 p.

HYPERSEXUALITY: NORM OR PATHOLOGY?**Garnik Kocharyan***Educational and Scientific Institute of Postgraduate
Education of Kharkiv National Medical University,
Science Avenue, 4, Kharkiv, 61022, Ukraine*

The article examines whether hypersexuality should be regarded as norm or pathology. It is emphasized that despite the fact that the presence of such a phenomenon as pathological hypersexuality cannot be denied some authors speak against its and sexual addiction inclusion into classification systems due to the following circumstances: (1) allegedly now there is an insufficient number of verified actual data for establishing diagnostic criteria in order to identify this behaviour as a mental disorder, and allegedly studies have not revealed yet whether such pathological symptoms, which are consistent with these marks, as anxiety and the problem with control of impulses are really connected with excessive sexual behaviour; (2) consideration of people with hypersexuality as having mental pathology allegedly just reflects cultural dislike for an unusual sexual behaviour, while labelling of sexual drives as "extreme" simply stigmatize those people who do not meet norms of their culture or norms of a group of persons of the same age; (3) compulsive sexual behaviour was qualified as abnormal by "moralists from medicine" who act as "civil inspectors" and enforce their orthodox views; (4) the oftener psychologists and lawyers declare some or other forms of behaviour uncontrolled compulsions the fewer people are held liable for their actions, even if these actions harm other people; (5) the opinion is expressed that there are no clear differences between normal and pathological levels of sexual desires and behaviour. The author believes that hypersexuality can be both physiological and pathological. Sometimes in certain cases it is really difficult to distinguish whether one should designate hypersexuality as norm or pathology. The article informs that instead of "Excessive sexual drive" (ICD-10, code F52.7) ICD-11 introduced code 6C72 "Compulsive sexual behaviour disorder". Its characteristic is given. However, it is reported that there are currently several conceptualizations of pathological hypersexuality: obsessive-compulsive, addictive, caused by impairment of impulse control, as well as the model, which was determined by the author and connected with persistent genital arousal disorder and restless genital syndrome. In the author's opinion, each of the above-mentioned conceptualizations (models) of pathological hypersexuality is useful in certain cases because better than others it characterizes the state of the definite patient. These models can "interlace/intersect" in the same patient, and their manifestations can replace one another in the dynamics of the course of hypersexuality. The author believes that attempts to deny the presence of pathological hypersexuality misinterpret the reality, are unscientific and not consistent with numerous clinical observations.

Keywords: *hypersexuality, norm, pathology, models of pathological hypersexuality, ICD-11, compulsive sexual behavior disorder*

The article was received by the editors 1.04.2025 (Стаття надійшла до редакції 1.04.2025)

The article is recommended for printing 12.05.2025 (Стаття рекомендована до друку 12.05.2025)

SECTION: MEDICAL PSYCHOLOGY THEORETICAL AND PRACTICAL ISSUES
РОЗДІЛ: МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТЕОРЕТИЧНІ ТА ПРИКЛАДНІ ПИТАННЯ

DOI 10.26565/2410-1249-2025-23-05
UDC 159.923.5

ДИТЯЧА ТРАВМА ЯК ЧИННИК АГРЕСИВНОСТІ В ДОРОСЛОМУ ВІЦІ

Жанна Вірна

доктор психологічних наук, професор, Волинський національний університет імені Лесі Українки, Україна
e-mail: Virna.Zhanna@vnu.edu.ua; <https://orcid.org/0000-0001-8134-2691>

Оксана Іванашко

кандидат психологічних наук, доцент, Волинський національний університет імені Лесі Українки, Україна
e-mail: Ivanashko.Oksana@vnu.edu.ua; <https://orcid.org/0000-0002-9808-776X>

Стаття присвячена теоретичному та емпірико-діагностичному вивченню детермінації агресивності в дорослому віці показниками негативного дитячого досвіду. Метою презентованого матеріалу є теоретичне обґрунтування та емпіричне з'ясування детермінаційного впливу дитячих травм на прояви агресивності в дорослому віці. В основу покладено метод бібліографічного огляду теоретико-емпіричних джерел із зазначеної проблеми та емпіричні методи з використанням діагностичних строгоформалізованих і малоформалізованих засобів та статистичних процедур (стандартизація даних, кореляційний аналіз, метод визначення корегентності корелограм). До *результатів* належить презентація методологічного підґрунтя зазначеної проблеми в межах класичного психоаналізу і теорії об'єктних відносин, психофізіологічних та когнітивних концепцій травми людини. Розроблено програму емпірико-діагностичного вивчення детермінаційного впливу дитячих травм на прояви агресивності в дорослому віці та обґрунтовано вибірку дослідження. Емпіричним шляхом експліковано, що для респондентів з формою негативного дитячого досвіду «деструктивне ставлення оточення» притаманними є такі форми агресивності як «почуття вини» і «підозрілість», які у комплексі із особистісними показниками утворюють специфічний *емоційно-унікаючий* симптомокомплекс, що відображає емоційну схильність до стресу, пригнічений настрій через втрату мотивації, песимізм і уникання взаємодії з іншими; а для респондентів з формою негативного дитячого досвіду «проживання в дисфункціональній сім'ї» домінуючими виявилися такі форми агресивності як «роздратування» та «почуття вини», які у комплексі з особистісними показниками оформлені у *афективно-напружений* симптомокомплекс, що відображає низький поріг емоційної збудливості, часті негативні емоції, нетерпимість до зовнішніх впливів, інтерперсональні труднощі та внутрішній дискомфорт. У *висновках* зазначено, що запропонований формат дослідження є продуктивним доповненням в психоконсультативній практиці.

Ключові слова: дитячий досвід, агресивність, особистісний симптомокомплекс, дорослий вік

Актуальність теми. Дитячі травми становлять одну з найважливіших проблем у сучасній психології та психіатрії, оскільки вони мають глибокий вплив на психічне здоров'я та поведінку людини. Часто такі переживання негативно позначаються на особистісному розвитку та здатності до соціальної адаптації. Агресивність, що може виникати як наслідок дитячих психотравм, становить серйозну загрозу для соціальної гармонії, сімейних взаємин і внутрішнього добробуту особистості. Дослідження зв'язку між пережитими в дитинстві травматичними подіями та агресивною поведінкою в дорослому віці дає змогу краще зрозуміти механізми формування агресії та сприяти створенню ефективних підходів до її попередження і подолання. У контексті зростання проявів насильства й агресії в суспільстві, про що свідчать воєнні події в Україні, ця тема набуває особливої наукової та практичної значущості.

За інформацією Всесвітньої організації охорони

здоров'я, приблизно кожна четверта дитина у світі стикається з травматичним досвідом у ранньому віці. Це можуть бути різні форми насильства — як фізичного, так і психологічного, недогляд, емоційна байдужість, втрата рідних, воєнні дії або інші серйозні життєві виклики. Такий досвід здатен суттєво вплинути на розвиток особистості: на формування самоусвідомлення, самооцінки, емоційного самоконтролю, довіри до інших, здатності будувати взаємини й сприймати власну цінність. Внутрішні уявлення про себе, які виникають як наслідок психологічної травми, часто закріплюються і можуть впливати на людину все життя, ускладнюючи її особистісне та професійне становлення.

Аналіз попередніх досліджень та публікацій з проблеми. Заявлена проблема вивчення психодетермінаційного альянсу переживання дитячої травми та проявів агресивності в дорослому віці, передусім знаходить витоки в класичному

How to cite: Virna Zh., Ivanashko O. (2025). Childhood Trauma as a Factor of Aggressiveness in Adulthood, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 23, 27-34. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-05> (in Ukrainian)

Як цитувати: Вірна Ж., Іванашко О. (2025). Дитяча травма як чинник агресивності в дорослому віці, *Психологічне консультування і психотерапія*, 23, 27-34. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-05>

© Вірна Ж., Іванашко О., 2025; CC BY 4.0 license

психоаналізі, адже з огляду на фройдовські доробки, помічаємо, що між травмою як формою насилля, що переживає дитина і агресивністю є багато спільного. І, це стосується як концептуального розуміння інтрапсихічних аспектів насилля і агресії (Freud, 2010a; Freud, 2010b, Freud, 2011a), а також питань щодо зв'язку між сублімацією агресивного акту і розвитком цивілізації (Freud, 2011a). На його думку, агресивність пов'язана з імпульсивною моторикою або деструктивним актом, який виникає у відповідь на підвищене збудження, яке потребує розрядки. Сприйняття збільшення збудження розглядається як загроза психічній організації через збої щодо символізації переживань, які переважно відбуваються в дитинстві (Freud, 2010b). Цікавим є визнання З. Фройдом агресії як зв'язку сексуальністю і самозбереженням, що інстинктивно виявляється протягом усього життя, включаючи звернення до своєї протилежності, повернення до самого себе, витіснення й сублімації: стан реверсії до своєї протилежності може мати місце в процесі перетворення активності в пасивність чи то у зміні змісту, як-от перетворення садизму в мазохізм та перетворення любові у ненависть (Freud, 2010c).

Представники психоаналізу об'єктних відносин так само наголошували на психодіагностичній фіксації інфантильного травматичного досвіду та «ранній травматизації», тим самим пояснюючи формування невротичного симптомокомплексу дорослої людини (Дж. Боулбі, Д. Віннікот, М. Кляйн, М. Малер, А. Фройд та ін.). Специфічним підходом у вивченні дитячих травм виявився психодіагностичний підхід вивчення ранніх травм Л. Бурбо, яка у сі дитячі травми класифікувала у травми відкинутості, покинутості, приниження, зради та несправедливості (Bourbeau, 2020).

Варто наголосити й на дослідженнях, де показано, що у людей, які зазнали ранньої травми, спостерігаються зміни в структурі мозку (Hou et al., 2012); когнітивних функціях (Aas et al., 2012) та дефіцит загального психологічного функціонування (Jonas et al., 2012). Зокрема наведено докази щодо взаємозв'язку між ранньою травматизацією в дитинстві і порушеннями функцій уваги, когнітивної гнучкості, цілепокладання, судження, абстрації, планування послідовності рухових дій, придушення імпульсивної або неадекватної поведінки та самоконтролю: саме ці неповноцінні та дисфункціональні ресурси покладені в основу психопатологій, які породжують поведінку, яка найбільш мотивована емоціями, ніж розумом, а отже є імпульсивною та ризикованою (Nauman-Abello, 2003). Можна навести приклади емпіричних робіт, де доведено, що діти, які пережили травму, мають більший ризик розвитку різних клінічних станів у дорослому віці, таких як розлади настрою (Li et al., 2016), психотичні розлади (Catalan, 2017), посттравматичний стресовий розлад (Breslau et al., 2014), суїцидальна та ризикована поведінка (Lu et al., 2008), а також розлади особистості (Lima, 2022).

Проводячи аналіз наведених психологічних напрацювань, стає зрозумілим, що травма включає події в житті людини, які передбачають кількість збуджень, що перевищують її здатність переносити та психічно обробляти, і саме діти більш схильні до такого типу подій (Garland, 2015). Вчасна психологічна допомога є важливою для психічного структурування та набуття навичок афективної регуляції, рефлексивної здатності та автономії. Натомість, якщо травматичний досвід та серйозні невдачі в ранніх стосунках не пройшли превентивне опрацювання, тоді є всі шанси до переривання чи то зміни здорового розвитку, а отже й до втрати довіри до об'єктів та зменшення психологічних ресурсів. Зі зменшеною здатністю символічно представляти свій досвід, людина стає більш вразливою до психологічних страждань.

На користь сказаного можна навести сучасні доробки українських психологів, у яких представлено як дитяча травма призводить до різноманітних наслідків в свідомості та поведінці (Дзюбинська & Осіпова, 2024; Коваленко & Голота, 2022; Оксютрович & Сабадуха, 2023; Шеремет, 2025). Особливим напрямком є вивчення впливу дитячих травм на невротичну поведінку, де О. Кочарян підкреслює значення пережитої інфантильної травми при реальних травмах, виводячи формулу: травма є сумою вкладів інфантильного травмування та актуального ($t = \Sigma (ti + ta)$, де t – загальне травмування) (Кочарян та ін., 2018). Це положення склало основу прикладних досліджень організації травматичних переживань в залежності від співвідношення в ньому актуального та інфантильного травмування (Bürgin, 2022; Волков, 2024).

Метою презентованого матеріалу є теоретичне обґрунтування та емпіричне з'ясування детермінаційного впливу дитячих травм на прояви агресивності в дорослому віці.

Методи дослідження. В основу покладено метод бібліографічного огляду теоретико-емпіричних джерел із зазначеної проблеми та емпіричні методи з використанням діагностичних строгоформалізованих і малоформалізованих засобів (анкета негативного дитячого досвіду (ACE) (модифікація, стандартизація та адаптація О.І. Власової, Н.В. Родіної); опитувальник з вивчення агресивності А. Басса і Е. Даркі; багатофакторний особистісний опитувальник (FPI)); статистичних засобів (процедура стандартизації даних, кореляційний аналіз для встановлення взаємозв'язку між діагностованими показниками, метод визначення корегентності корелограм). Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою комп'ютерного забезпечення Libre Office Calc (версія 11).

Щодо обґрунтування *вибірки дослідження*, то в дослідженні взяли участь батьки, які потребували індивідуальної консультації в психолога школи і зверталися до консультацією щодо проблем сімейних інтеракцій з дітьми, що передбачає їх агресивне контактування не тільки з членами сім'ї, але й межах взаємодії з іншими людьми (протягом з вересня 2023

року по червень 2024 року). Респонденти дослідження (n=81) на момент проведення дослідження мали середній вік 43,8 роки, середньо-спеціальну або вищу освіту, досвід трудової діяльності, місце роботи в різних сферах (освіта, торгівля, сфера послуг тощо). Вони усі погодилися взяти участь в онлайн-опитуванні в межах індивідуальних консультацій (https://docs.google.com/forms/d/1FvoYpR52CZNjAKfR□FDelBw5Yh8vMctmsAz4J_xNcfo/edit#response=ACYDBNiELZnJ-e7bsG4FQV3G2g8bWtX8h4TX3HvhyZHjUI-mYImJ8-JY984vJ_A2cZn0p9M).

Взявши за основу наведені теоретичні здобутки, нами розроблено програму емпіричного вивчення впливу дитячих травм на прояви агресивності в дорослому віці. Відразу зазначимо, що під час

формування вибіркової сукупності було дотримано усіх вимог до її змістовності та еквівалентності. Виконання вимог критерію змістовності вибірки досягалося шляхом підбору вибірки, що відповідала предмету дослідження. Слідування критерію еквівалентності виражалося у нормальному розподілі емпіричних даних, отриманих з усієї вибірки.

Результати. Передусім, емпірична робота розпочалась з інтерпретації результатів загального показника негативного дитячого досвіду, що дало змогу поділити усіх респондентів на 2 групи: 1 – респонденти з низькими показниками негативного дитячого досвіду (n=65); група 2 – респонденти з високими показниками негативного дитячого досвіду (n=16). Середньогруповий розподіл за шкалами анкети презентований на рис. 1.

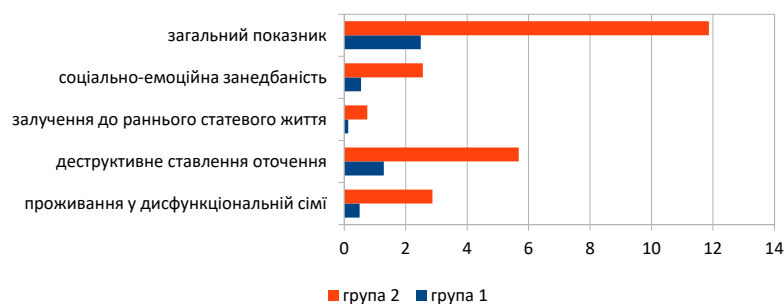


Рисунок 1. Середньогруповий розподіл показників негативного дитячого досвіду респондентів/Average group distribution of respondents' negative childhood experiences

Деструктивне ставлення до дитини в сім'ї проявляється у словах, діях або бездіяльності батьків чи опікунів, які порушують базові емоційні, психологічні та фізичні потреби дитини, призводячи до травматичного досвіду, а часто – і до порушень розвитку. Таке ставлення не завжди включає фізичне насильство, але завжди підриває почуття безпеки, гідності та цінності дитини. І, саме за цим показником ми помічаємо найвищий показник негативного дитячого досвіду у групі 2. Логічно, що й показник проживання у дисфункціональній сім'ї виявився високим, адже життя дитини в деструктивній сім'ї проявляється у хронічному психологічному напруженні, порушеннях розвитку та деформації базових уявлень про себе, інших і світ. Така сім'я позбавляє дитину відчуття безпеки,

стабільності, підтримки й емоційного тепла – ключових умов здорового психічного формування. Саме ці дві форми негативного дитячого досвіду склали високий загальний показник дитячого травмування ($X_{\text{сер}}=11,62$). Втішним діагностичним фактом є те, що респонденти з високими показниками негативного дитячого досвіду склали приблизно четверту частину від загальної вибірки, не дивлячись на те, що на початках в ході бесіди з ними, було з'ясовано, що усі вони опозиціонують себе як агресивних осіб.

Середньогруповий розподіл за показниками агресивності демонструє чітко підвищений рівень у досліджуваній групі 2, і особливо це стосується надмірно вираженого почуття вини, негативізму та підозрілості (Рис. 2).

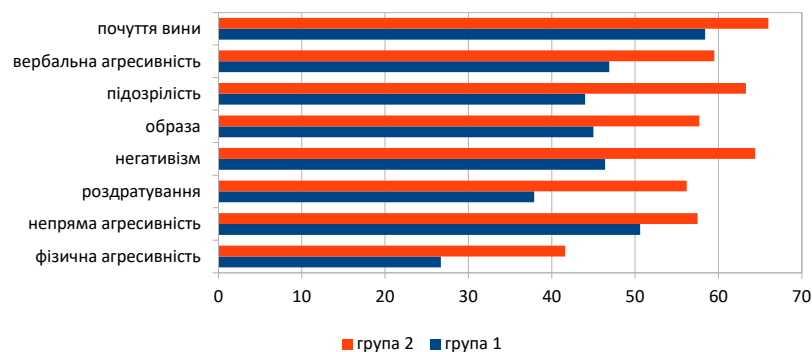


Рисунок 2. Середньогруповий розподіл показників агресії респондентів/Average group distribution of respondents' aggression indicators

Мусимо констатувати, що саме почуття вини, негативізм та підозрілість як форма прихованої агресивності мають тісний зв'язок із дитячими травмами, оскільки вони формують внутрішнє психоемоційне середовище, у якому агресія може або накопичуватись, або несвідомо вивільнятись. Ці емоційні стани часто є індикаторами глибших психологічних конфліктів, які знаходять вираження у ворожості, гніві чи відкритій агресії. Так почуття вини це завжди агресія, спрямована всередину (самозвинувачення, аутоагресія, депресія) або ззовні (конфліктування, протест, заперечення), тому зрозумілим є те, що часто людину, яку в дитинстві карали за злість, у дорослому віці відчуває провини за будь-який гнів або водночас вибухає в непередбачуваних ситуаціях. Негативізм як форма

пасивної або протестної агресії часто проявляється як неусвідомлювана опозиція до авторитету, правил або очікувань, і, часто в дитинстві виникає як реакція на пригнічення автономії; або як впертість, саботаж, знецінення, чим й часто можна пояснити забування, спізнання, затримку важливої відповіді тощо. Підозрілість як форма захисної або проєктивної агресії вказує на втрату базової довіри до людей як-от очікування обману, зради, маніпуляцій чи то на внутрішній страх щодо очікування ворожості, що звичайно має глибокі корені з дитинства як проєкція власної ворожості чи то образи.

Цікавим виявився аналіз особистісних характеристик респондентів за допомогою опитувальника FPI (рис. 3).

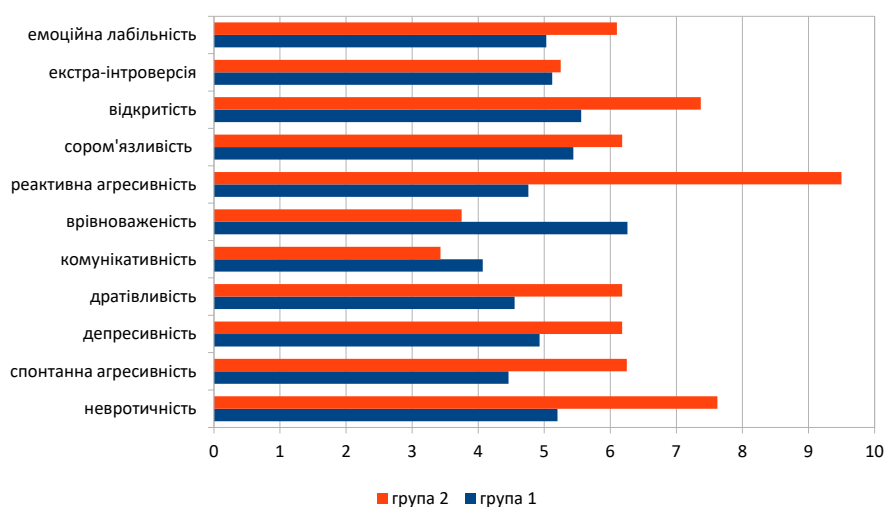


Рисунок 3. Середньогруповий розподіл показників особистісних характеристик респондентів/ Average group distribution of indicators of personal characteristics of respondents

На високому рівні виявилися показники реактивної агресивності як схильності до імпульсивних, емоційно забарвлених проявів агресії у відповідь на загрозу, образу або фрустрацію; вона не є наперед спланованою і здебільшого виникає як емоційна реакція на ситуацію, що сприймається як провокаційна або несправедлива; невротичності як індикатора емоційної нестабільності та схильності до негативних емоційних реакцій як-от страху, тривоги, емоційної напруги, депресивних переживань аж длі психосоматичних скарг; та відкритості як вияву щирості у міжособистісних стосунках, готовності до самоаналізу та вільного висловлювання почуттів і думок (також у нашому випадку цей показник може інтерпретуватися як ознака недостатнього психологічного захисту або як показник контролю щирості відповідей).

Завершальним етапом емпіричного аналізу стало проведення кореляційного аналізу (r-Пірсона). Передусім нас цікавили результати групи респондентів з високими показниками негативного дитячого досвіду. Зафіксовано кореляційні плеяди із такими формами негативного дитячого досвіду як деструктивне ставлення оточення (рис. 4) та проживання у дисфункціональній сім'ї (рис. 5).

Кореляційні плеяди із такою формою негативного дитячого досвіду як проживання у дисфункціональній сім'ї демонструє майже ідентичні показники.

У нас є усі підстави констатувати, що в кореляційних матрицях наданий вичерпний комплекс взаємозв'язків між компонентами негативного дитячого досвіду, формами агресивності та особистісними показниками респондентів, виражених у кількісних значеннях коефіцієнтів кореляції (рівень значущості (p) складає від 0,05 до 0,01). Але для узагальненого формату отриманих результатів, додатково було використано метод визначення корегентності корелограм для визначення сумарної «ваги» кожної з форм негативного дитячого досвіду: показники, значущі на рівні $p \leq 0,001$ оцінюються в 3 бала; показники, значущі на рівні $p \leq 0,01$ – 2 бала; показники, значущі на рівні $p \leq 0,05$ оцінюються в 1 бал. Сумування ваги усіх взаємозв'язків, в які включена кожна з форм негативного дитячого досвіду, дає їх загальний показник ваги. Саме ці результати можуть і повинні бути проінтерпретовані як структурноутворюючі, адже навколо них здійснюється синтез, структурування усіх інших якостей (табл. 1).

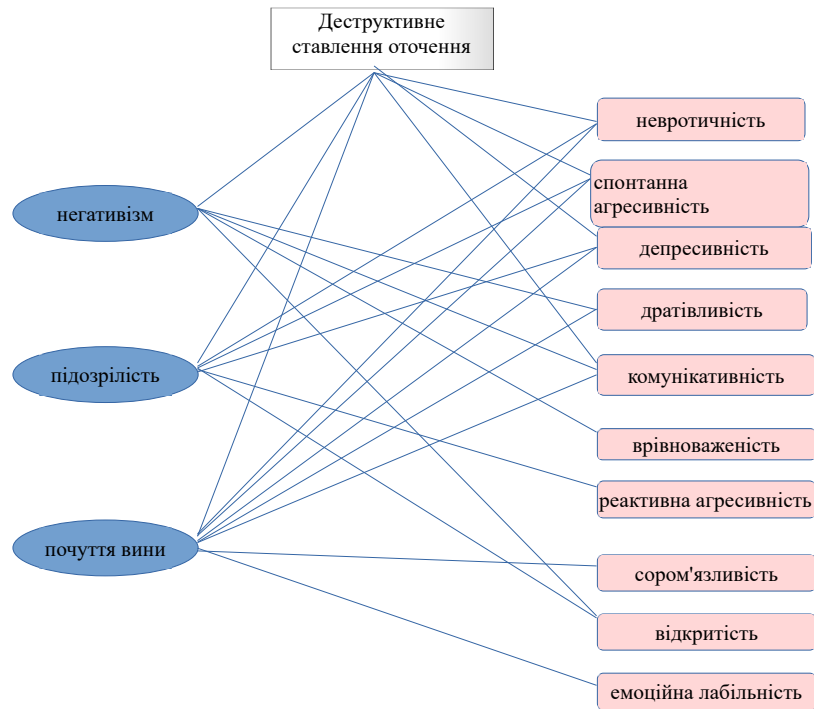


Рисунок 4. Схема кореляційних зв'язків між показниками «деструктивного ставлення оточення», формами агресивності та особистісними показниками/Scheme of correlations between indicators of "destructive attitude of the environment", forms of aggressiveness and personality indicators

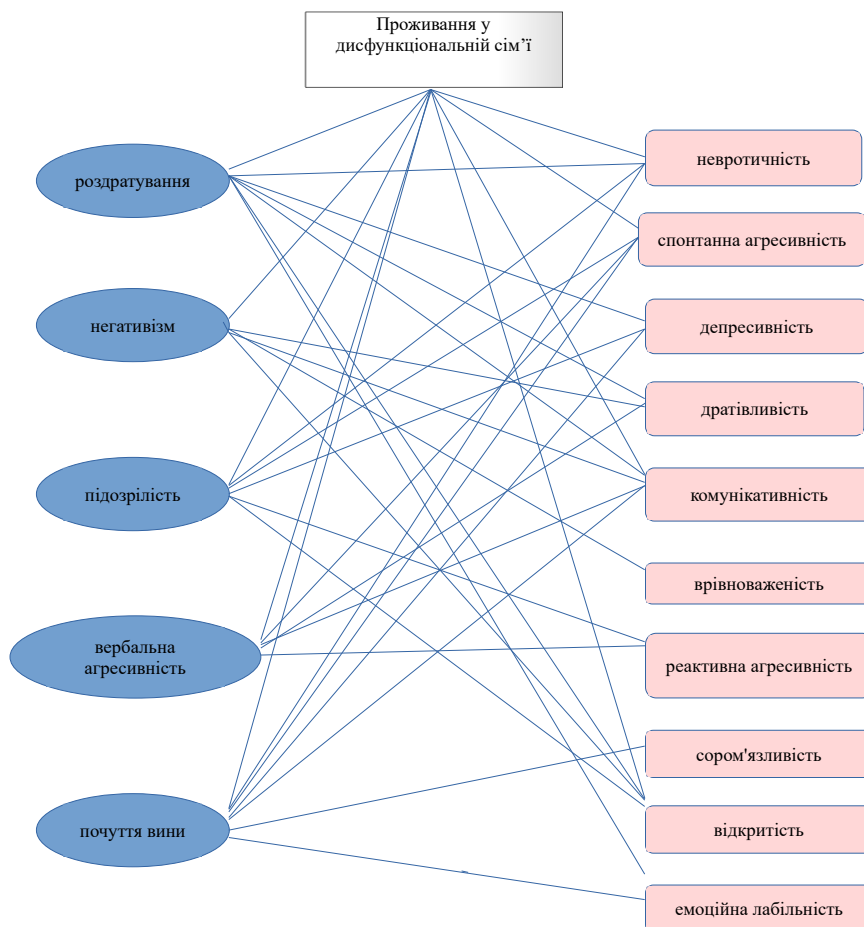


Рисунок 5. Схема кореляційних зв'язків між показниками «проживання в дисфункціональній сім'ї», формами агресивності та особистісними показниками/Scheme of correlations between indicators of "living in a dysfunctional family", forms of aggressiveness and personality indicators

У нас є усі підстави констатувати, що в кореляційних матрицях наданий вичерпний комплекс взаємозв'язків між компонентами негативного дитячого досвіду, формами агресивності та особистісними показниками респондентів, виражених у кількісних значеннях коефіцієнтів кореляції (рівень значущості (p) складає від 0,05 до 0,01). Але для узагальненого формату отриманих результатів, додатково було використано метод визначення корегентності корелограм для визначення сумарної

«ваги» кожної з форм негативного дитячого досвіду: показники, значущі на рівні $p \leq 0,001$ оцінюються в 3 бала; показники, значущі на рівні $p \leq 0,01$ – 2 бала; показники, значущі на рівні $p \leq 0,05$ оцінюються в 1 бал. Сумування ваги усіх взаємозв'язків, в які включена кожна з форм негативного дитячого досвіду, дає їх загальний показник ваги. Саме ці результати можуть і повинні бути проінтерпретовані як структурноутворюючі, адже навколо них здійснюється синтез, структурування усіх інших якостей (табл. 1).

Таблиця 1. Значення кількості кореляційних зв'язків між діагностованими показниками за базовими вимірами негативного дитячого досвіду/The value of the number of correlations between diagnosed indicators according to basic measurements of negative childhood experiences

Діагностичні показники	деструктивне ставлення оточення	Проживання в дисфункціональній сім'ї
Роздратування	-/-	7/5
Негативізм	5/4	5/4
Підозрілість	6/4	6/4
Вербальна агресивність	-/-	5/4
Почуття вини	7/5	7/5

Примітка: через риску (/) вказана сумарна вага позитивних кореляцій

Проведений інтерпретаційний аналіз дав змогу відмітити таку особливість досліджуваного явища, яка добре вкладається в систему диференціації форм агресивності в залежності від негативного дитячого досвіду осіб дорослого віку: для респондентів з формою негативного досвіду «деструктивне ставлення оточення» притаманними є такі форми агресивності як «почуття вини» ($\Sigma=14$) і «підозрілість» ($\Sigma=12$), які у комплексі із особистісними показниками невротичності, депресивності, сором'язливості та емоційної лабільності, утворюють специфічний емоційно-унікаючий симптомокомплекс, що відображає емоційну схильність до стресу, пригнічений настрій через втрату мотивації, песимізм і уникання взаємодії з іншими; а для респондентів з формою негативного досвіду «проживання в дисфункціональній сім'ї» домінуючими виявилися такі форми агресивності як «роздратування» ($\Sigma=14$) та «почуття вини» ($\Sigma=14$), які у комплексі з особистісними показниками (переважно ідентичними попереднім із домінуванням особистісної роздратованості), можна визначити як *афективно-напружений симптомокомплекс*, що відображає низький поріг емоційної збудливості, часті негативні емоції, нетерпимість до зовнішніх впливів, інтерперсональні труднощі та внутрішній дискомфорт.

У завершенні зазначимо, що емпірично експліковані варіанти особистісних симптомокомплексів респондентів із негативним дитячим досвідом, є потужним механізмом регулювання людської діяльності, і, особливо в ракурсі високої ймовірності трансформації виявлених характеристик у патопсихологічні. Подібні узагальнення зустрічаємо у працях психологів, які досліджують внутрішню деструктивну динаміку особистості в межах детермінації дитячими переживаннями, що призводить до зниження якості життя, труднощів в міжособистісних стосунках та схильністю до психосоматичних розладів тощо (Danielsdóttir et al., 2024; Metzler et al., 2017; Nelson et al., 2017).

Висновки і перспективи. Отримані результати дають змогу висувати про детермінацію агресивності в дорослому віці показниками негативного дитячого досвіду: у респондентів із високими показниками негативного дитячого досвіду у формах «деструктивного ставлення оточення» та «проживання в дисфункціональній сім'ї» експліковано такі форми агресивності як «почуття вини», «підозрілість» та «роздратування», які у комплексі із особистісними властивостями оформлені у *емоційно-унікаючий* та *афективно-напружений* симптомокомплекс. Запропонований варіант теоретичного та емпірико-діагностичного вивчення детермінації агресивності в дорослому віці показниками негативного дитячого досвіду ще раз доводить, що запропонований формат дослідження є продуктивним доповненням в психоконсультативній практиці.

Подальші перспективи роботи вбачаємо в розробці корекційних і розвивальних програм, спрямованих на гармонізацію негативних впливів дитячого досвіду у дорослій поведінці та профілактику психопатологічних тенденцій деструктивної поведінки в різних сферах реалізації та умовах соціального середовища.

Список використаних джерел/References

- Волков К.М. (2024). Дитячий досвід у реальності посттравматичних когніцій свідка війни. *Габітус*. (57). 195-200. / Volkov K.M. (2024). [Children's experience in the reality of post-traumatic cognitions of a war witness]. *Habitus*. 57. 195-200. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2> [in Ukrainian].
- Дзюбинська М. Я., Осіпова Л.М. (2024). Вплив дитячої психотравми на рівень тривожності пацієнтів з невротичними розладами. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. (4). 26-29. / Dzyubynska M. Ya., Osipova L.M. (2024). [The impact of childhood trauma on the level of anxiety in patients with neurotic disorders]. *Scientific Bulletin of the Uzhhorod National University. Series: Psychology*. (4). 26-29.

- Psychology*. 4. 26-29. <https://doi.org/10.32782/psy-visor/2024.4.5> [in Ukrainian].
- Коваленко А.Б., Голота В.Г. (2022). Зв'язок між травматичним досвідом дитячого віку та толерантністю до особистості в дорослому віці. *Український психологічний журнал*. 1(17). 41-63. / Kovalenko A.B., Golota V.G. (2022). [The relationship between traumatic childhood experiences and tolerance to personality in adulthood]. *Ukrainian Psychological Journal*. 1(17). 41-63. [https://doi.org/10.17721/upj.2022.1\(17\).3](https://doi.org/10.17721/upj.2022.1(17).3) [in Ukrainian].
- Кочарян О. С., Барінова Н. В., Харченко А. О. (2018). Особливості структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією. *Психологічне консультування і психотерапія*. Т. 1. Вип. 9. 34-41. / Kocharyan O. S., Barinova N. V., Kharchenko A. O. (2018). [Peculiarities of the structure of infantile traumatic experience in demobilized combatants in Ukraine with post-stress psychological maladjustment]. *Psychological Counseling and Psychotherapy*. 1(9). 34-41. <https://periodicals.karazin.ua/psychotherapy/article/view/11577/10992> [in Ukrainian].
- Оксютювич М.О., Сабадуха В.О. (2023). Психотравмуючий досвід дитини та особливості соціалізації при цьому. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. 34(5). 58-65. / Oksyutovich M.O., Sabadukha V.O. (2023). [Psychotraumatic experience of a child and the peculiarities of socialization in this case]. *Scientific notes of the V.I. Vernadsky TNU. Series: Psychology*. 34(5). 58-65. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.5/1> [in Ukrainian].
- Шеремет В.В. (2025). Вплив дитячих психотравм на формування дорослого «Я-стану». *Наукові записки. Серія: Психологія*. Вип. 1(7). 169-174. / Sheremet V.V. (2025). [The influence of childhood trauma on the formation of the adult "I-state"]. *Scientific notes. Series: Psychology*. 1(7). 169-174. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2025-1-22> [in Ukrainian].
- Aas M., Steen N.E., Aminoff S.R., Lorentzen S., Sundet K., Andreassen O.A., Melle I. (2012). Is cognitive impairment following early life stress in severe mental disorders based on specific or general cognitive functioning? *Psychiatry Research*. 198(3). 495-500. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.045>
- Bourbeau L. (2020). *Heal Your Wounds and Find Your True Self*. Twin Lakes : Lotus Press.
- Bowlby J. (1982). *Attachment and loss*. New York: Basic Books and Hogarth Press; https://mindsplain.com/wp-content/uploads/2020/08/Attachment_and_loss_volume_I_Attachment.pdf
- Breslau N., Koenen K.C., Luo Z., Agnew-Blais J., Swanson S., Houts R. M., Moffitt T.E. (2014). Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological medicine*. 44(9). 1937-1945. <https://doi.org/10.1017/S0033291713002651>
- Bürgin D., Anagnostopoulos D., Vitiello B., Sukale T., Schmid M., Fegert J.M. (2022). Impact of war and forced displacement on children's mental health—multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. *European child & adolescent psychiatry*. 31(6). 845-853. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01974-z>
- Catalan A., Angosto V., Díaz A., Valverde C., Artaza M.G., Sesma E., Gonzales-Torres M.A. (2017). Relation between psychotic symptoms, parental care and childhood trauma in severe mental disorders. *Psychiatry Research*. (251). 78-84. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.017>
- Danielsdóttir H.B., Aspelund T., Shen Q., et al. (2024). Adverse Childhood Experiences and Adult Mental Health Outcomes. *JAMA Psychiatry*. 81(6). 586-594. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.0039>
- Freud A. (1966). *The ego and the mechanisms of defence*. London : Karnas Books. <https://psptraining.com/wp-content/uploads/Freud-A.-1936-1993.The-ego-and-the-mechanisms-of-defence.-London-Karnac-Books.pdf>
- Freud S. (2010a). *Além do princípio do prazer (1920). Obras completas. 14*. São Paulo : Companhia das Letras. 161-239.
- Freud S. (2010b). «Batem numa criança»: contribuição ao conhecimento da genese das perversões sexuais (1919). *Obras completas. 14*. São Paulo : Companhia das Letras. 293-327.
- Freud S. (2010c). *O instinto e suas vicissitudes (2015). Obras completas. 12*. São Paulo : Companhia das Letras. 38-60.
- Freud S. (2011a). *O problema econômico do masoquismo (1924). Obras completas. 16*. 1ed. São Paulo : Companhia das Letras. 184-202.
- Freud S. (2011b). *O mal-estar na civilização (1930). Obras completas. Vol. 18*. São Paulo : Companhia das Letras. 9-286.
- Garland C. (2015). Abordagem psicodinâmica do paciente traumatizado. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. Porto Alegre, Brasil: Artmed. 66-82.
- Hayman-Abello S.E., Rourke B., Fuerst D.R. (2003). Psychosocial status after pediatric traumatic brain injury: a subtype analysis using the Child Behavior Checklist. *Neuropsychology*. 9(6). 887-898. <https://doi.org/10.1017/S1355617703960097>
- Hoy K., Barrett S., Shannon C., Campbell C., Watson D., Rushe T., Mulholland C. (2012). Childhood trauma and hippocampal and amygdalar volumes in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 38(6). 1162-1169. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr085>
- Jonas S., Bebbington P., McManus S., Meltzer H., Jenkins R., Kuipers E., Brugha T. (2011). Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. *Psychological medicine*. 41(4). 709-719. <https://doi.org/10.1017/S003329171000111X>
- Klein M. (1997). *The psychoanalysis of children*. London : Vintage Digital, 1997.
- Li M., D'arcy C., Meng X. (2016). Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions. *Psychological medicine*. 46(4). 717-730. <https://doi.org/10.1017/S0033291715002743>
- Lima C., Giordani J., Trentini C.M. (2022). Associação entre adversidades na infância e personalidade patológica em adultos. *Arquivos brasileiros de psicologia*. 3(73). 157-171. <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2021v73i3p.157-171>
- Lu W., Mueser K.T., Rosemberg S.D., Jankowski M.K. (2008). Correlates of adverse childhood experiences among adults with severe mood disorders. *Psychiatric Services*. 59(1). 1018-1026. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.59.9.1018>
- Mahler M.S., Fine F., Bergman A. (2008). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- Metzler M., Merrick M.T., Klevens J., Ports K.A., Ford D.C. (2017). Adverse childhood experiences and life opportunities: shifting the narrative. *Children and Youth Services Review*. 72. 141-149. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.021>
- Winnicott D.W. (1996). *Thinking about children*. London: Karnac Books, Erseus Press.

CHILDHOOD TRAUMA AS A FACTOR OF AGGRESSIVENESS IN ADULTHOOD**Zhanna Virna***Doctor of psychological sciences, professor of Department of Pedagogical and Age Psychology
Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, Ukraine***Oksana Ivanashko***Candidate of Psychological Sciences, Associate Professor,
Lesya Ukrainka Volyn National University, Ukraine*

The article is devoted to the theoretical, empirical and diagnostic study of the determination of aggression in adulthood by indicators of negative childhood experience. The *purpose* of the presented material is to theoretically substantiate and empirically clarify the deterministic influence of childhood trauma on the manifestations of aggression in adulthood. The basis is the *method* of bibliographic review of theoretical and empirical sources on this issue and empirical methods using diagnostic strictly formalised and low-formalised tools and statistical procedures (data standardisation, correlation analysis, method of determining the correlation of correlograms). The *results* include a presentation of the methodological basis of this problem within the framework of classical psychoanalysis and theories of object relations, psychophysiological and cognitive concepts of human trauma. A programme of empirical and diagnostic study of the deterministic influence of childhood trauma on the manifestations of aggression in adulthood is developed and the research sample is substantiated. It has been empirically explicated that for respondents with the form of negative experience 'destructive attitude of others' such forms of aggressiveness as 'guilt' and 'suspicion' are inherent, which, in combination with personality indicators, form a specific emotionally avoidant symptom complex that reflects emotional stress, depressed mood due to loss of motivation, pessimism and avoidance of interaction with others; and for respondents with a form of negative experience of 'living in a dysfunctional family', such forms of aggression as 'irritation' and 'guilt' were dominant, which, in combination with personality indicators, are framed in an affective-tense symptom complex reflecting a low threshold of emotional excitability, frequent negative emotions, intolerance to external influences, interpersonal difficulties and internal discomfort. The *conclusions* indicate that the proposed research format is a productive addition to psychological counselling practice.

Keywords: *childhood experience, aggressiveness, personal symptom complex, adulthood*

The article was received by the editors 2.03.2025 (Стаття надійшла до редакції 2.03.2025)

The article is recommended for printing 9.05.2025 (Стаття рекомендована до друку 9.05.2025)

ОПИТУВАЛЬНИК ДІАГНОСТИКИ ЕМОЦІЙНОГО КОМПОНЕНТУ ЕСЕНЦІАЛЬНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ (ОДЕС-2-Е) І ЙОГО ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

Ігор Кочарян

Кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри загальної психології
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, майдан Свободи, 4, Харків, Україна, 61022
E-mail: ikoch1980@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0685-5774>

У статті представлено авторську психодіагностичну методику – «Опитувальник діагностики емоційного компоненту есенціальної саморегуляції (ОДЕС-2-Е)», яка створена для вивчення емоційної складової есенціальної саморегуляції особистості. Поняття есенціальної саморегуляції розглядається як здатність людини реалізувати власну тенденцію до самоактуалізації, зберігати автентичність, внутрішню узгодженість і сенс у різних життєвих обставинах, спираючись не лише на функціональні механізми контролю, а передусім на зв'язок із власними цінностями, глибинними потребами та сутнісною ідентичністю. Такий підхід є актуальним у контексті дослідження особистісного зростання, самореалізації, подолання екзистенційних криз і збереження психологічного благополуччя. Методика дозволяє досліджувати чотири типи емоційних станів: афект (інтенсивне, часто імпульсивне збудження), амбівалентність (емоційна суперечність, внутрішній конфлікт), оптимум (стан балансу, злагоди, інтеграції), апатія (відсутність емоційної включеності, відсторонення). Кожен із цих модусів вивчається у трьох ключових сферах функціонування: загальній (екзистенційній), професійній та сімейній. Структура тесту передбачає 6 ситуаційних блоків, що моделюють типові життєві виклики; кожен блок має по 8 варіантів відповідей. Респондент обирає від 3 до 5 відповідей, які найкраще відображають його емоційне реагування. Такий формат дозволяє зафіксувати багатовимірність емоційного досвіду і визначити індивідуальний профіль саморегуляції. Методика застосовується в наукових дослідженнях, психотерапевтичній та консультативній практиці, освітньому процесі, психологічному супроводі розвитку особистості. У статті викладено теоретичну основу методики, її структуру, принципи побудови шкал, логіку інтерпретації результатів, а також можливості практичного використання для виявлення сильних сторін, вразливостей і потенціалу емоційної інтеграції.

Ключові слова: саморегуляція, есенційна саморегуляція, афект, амбівалентність, апатія, оптимум, емоційна регуляція, цілісність, автентичність, самоактуалізація

Саморегуляція є ключовим механізмом психологічного функціонування, який забезпечує адаптацію особистості до змінних життєвих умов, збереження цілісності та здатність до особистісного зростання (Dmytrienko, 2012). Останні десятиріччя позначені зростанням уваги до когнітивних, емоційних, мотиваційних і соціальних аспектів саморегуляції. Водночас недостатньо вивченими залишаються ті її виміри, які пов'язані з внутрішньою сутністю особистості, ціннісними орієнтирами та переживанням життєвої автентичності.

У цьому контексті особливої уваги заслуговує концепція есенціальної саморегуляції, що розглядає процес саморегуляції як вираження здатності особистості залишатися у контакті з власною сутністю, смислами та глибинними потребами (Kocharian, 2017). Емпіричне вивчення цієї складової вимагає нових психодіагностичних інструментів, які могли б відображати не лише функціональні, але й сутнісні характеристики емоційного реагування.

Метою статті є публікація методики «Опитувальник діагностики емоційного компоненту есенціальної саморегуляції (ОДЕС-2-Е)» для можливості подальшого використання у психологічних дослідженнях.

На основі теоретичного аналізу виділено п'ять ключових підходів до вивчення феномену саморегуляції в сучасній психології.

1. Когнітивні і нейрокогнітивні моделі саморегуляції.

Цей напрям акцентує на ролі виконавчих функцій, уваги, пам'яті, прийняття рішень і нейропсихологічних механізмів у регуляції поведінки й емоцій. Johnson et al. (2022) вивчали динаміку розвитку саморегуляції у дітей, підкреслюючи роль когнітивної активності у віковому становленні. Dunne et al., (2021) дослідили вплив інтероцепції та виконавчих функцій на регуляцію емоційних станів. У цих роботах саморегуляція розглядається як результат взаємодії нейрофізіологічних і психічних процесів.

2. Когнітивно-поведінкові та мотиваційні підходи.

У межах цього підходу саморегуляція трактується як усвідомлений процес планування, контролю, оцінки й корекції дій. Так усвідомлена саморегуляція у навчанні залежить від рівня мотивації, організації та рефлексивності (Dmytrienko, 2012). Montroy et al. (2016) описують когнітивну і поведінкову саморегуляцію як передумову шкільної готовності у дітей. Дослідження в руслі теорії самодетермінації (Self-Determination Theory), (Deci, Ryan, 1985, 1989)

How to cite: Kocharian I. (2025). Questionnaire for Diagnosing the Emotional Component of Essential Self-Regulation (QDES-2-E) and its Interpretation, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 23, 35-44. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-06> (in Ukrainian)

Як цитувати: Кочарян І. (2025). Опитувальник діагностики емоційного компоненту есенціальної саморегуляції (ОДЕС-2-Е) і його інтерпретація, *Психологічне консультування і психотерапія*, 23, 35-44. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-06>

© Кочарян І., 2025; CC BY 4.0 license

формують окрему гілку, зосереджену на мотиваційних стилях (опитувальники SRQ), які відображають рівень автономності регуляції в різних життєвих контекстах.

3. Емоційно-орієнтовані теорії.

У межах цього підходу саморегуляція розглядається переважно як здатність керувати емоціями. Емоційні схеми як детермінанти тривожних і депресивних симптомів пов'язують із порушеннями саморегуляції. Rieth і Hagemann (2021) досліджують адаптацію афекту в умовах стресу, підкреслюючи важливість емоційної гнучкості та регуляторних стратегій.

4. Соціально-контекстуальні і розвиткові підходи.

Ці дослідження наголошують на формуванні навичок саморегуляції у процесі взаємодії з батьками та соціальним середовищем. Cole et al. (2017) описують роль батьківських практик у розвитку емоційної саморегуляції в дітей. Lobo і Lunkenheimer (2020) вказують на сімейну взаємодію як регуляторну платформу, що впливає на адаптаційні процеси в дитинстві.

5. Інтегративні та мультидисциплінарні підходи

У цих моделях саморегуляція розглядається на стику психології, соціології, когнітивної науки та нейрофізіології. Lopez et al. (2017) демонструють, як нейропсихологічні показники (зокрема інтероцепція) можуть слугувати прогностичними маркерами емоційної саморегуляції. Nakagawa (2017) підкреслює вплив соціальних очікувань і невизначеності на вибір стратегії саморегуляції, особливо в контексті прийняття складних рішень.

Ці дослідження мають комплексний характер, охоплюючи когнітивні, емоційні і соціальні виміри.

Концепція есенціальної саморегуляції доповнює вищеописані напрями, акцентуючи увагу на глибинних вимірах саморегуляції, які проявляються в здатності особистості до узгодження власних поведінкових, емоційних і когнітивних проявів зі своїми глибинними цінностями й життєвими сенсами. Ця модель виділяє

емоційні, комунікативні і поведінкові аспекти, що забезпечують реалізацію тенденції людини до самоактуалізації (Kocharian, 2017).

Отже концепція есенціальної саморегуляції гармонійно вписується в сучасний контекст як оригінальна інтегративна модель, що дозволяє пояснити не тільки функціональні механізми досягнення цілей і управління емоціями, але й глибокі особистісні процеси, пов'язані з реалізацією внутрішніх сенсів і цінностей. Цей підхід має високий потенціал як для фундаментальних досліджень, так і для практичного застосування в психології.

З огляду на сучасні дослідження, існує цілий спектр діагностичних методик, які охоплюють різні аспекти саморегуляції. Проте концепція есенціальної саморегуляції вимагає спеціалізованого психодіагностичного інструментарія. Методика діагностики есенціальної саморегуляції ОДЕС була створена у 2019 році і складалася з 25 підшкал та мала 217 тверджень, з якими обстежувані могли або погодитися, або не погодитися (Kocharian, Servinskiy, 2019; Kocharian, 2023). Проблемою методика стала її об'ємність. Виникла необхідність зробити декілька методик, які могли б вимірювати окремі аспекти есенціальної саморегуляції в певних емоційно-складних ситуаціях. Першою такою методикою і став Опитувальник діагностики емоційного компоненту есенціальної саморегуляції ОДЕС-2-Е майбутньої комплексної модульної методики ОДЕС 2.

Авторська методика ОДЕС-2-Е створена для діагностики емоційної складової есенційної саморегуляції особистості — тобто здатності особи узгоджувати власні емоційні реакції з глибинними цінностями, потребами та смислами.

Методика включає 6 ситуаційних блоків, кожен із яких містить по 8 варіантів відповіді. Відповіді структуровані за теоретичною чотириmodalною моделлю (Kocharian, Kuznetsova, 2024):

Таблиця 1. Структура методики ОДЕС-2-Е/Structure of the QDES-2-E methodology

Тип емоційної регуляції	Позначення	Характеристика
Афект	(E+)	емоційна імпульсивність, збудження, пристрасність
Амбівалентність	(E+/-)	суперечливість, коливання, поєднання емоцій
Оптимум	(E=)	врівноваженість, цілісність, внутрішня узгодженість
Апатія	(E-)	байдужість, втрата інтересу, емоційне згасання

Сфери виміру.

Кожна з чотирьох шкал емоційної регуляції діагностується в трьох ключових життєвих сферах:

1. Загальна життєва сфера (2 ситуації) — позначення ЕМ (емоційна модальність загалом)
2. Робота / навчання (2 ситуації) — позначення ЕР
3. Сім'я / близькі стосунки (2 ситуації) — позначення ЕС

Інструкція та спосіб відповіді:

Респонденту пропонується ознайомитись із ситуацією та обрати від 3 до 5 варіантів відповіді, які найбільше відповідають його звичній реакції. Унікальність методу полягає в дозволі на множинний

вибір (а не один правильний), що відображає природну багатшаровість емоційних переживань.

Кожна відповідь у методиці:

- має чітку маркіровку (наприклад, ЕР+, ЕР+/-, ЕР=, ЕР-), що відповідає теоретичній моделі
- представляє варіант внутрішньої емоційної саморегуляції у контексті конкретної ситуації

Наприклад, на ситуацію «якщо у житті щось іде не за планом», респондент обирає реакції, які відображають його схильність до афекту, амбівалентності, оптимізму або апатії.

Методика дозволяє:

- визначити домінуючі модуси емоційної саморегуляції в різних сферах життя;

- діагностувати зони порушеної емоційної узгодженості (наприклад, перевагу апатії в сім'ї);

- виявити вразливі точки у взаємодії між особистісною сутністю (есенцією) та середовищем.

Психометричні характеристики методики ОДЕС-2-Е.

(на основі проведених досліджень із вибіркою $n = 136$):

- Надійність (α -Кронбаха): у межах 0,71 – 0,78 для шкал.

- Факторна валідність: середній рівень відповідності між теоретично очікуваною та емпірично виявленою структурою шкал становить 75%, що свідчить про задовільну узгодженість і підтверджує валідність внутрішньої конструкції методики.

- Конструктна валідність: узагальнено, отримані результати свідчать на користь конструктивної валідності шкал методики ОДЕС-2-Е, оскільки встановлені кореляційні зв'язки є статистично значущими, внутрішньо логічними та узгоджуються з теоретичними уявленнями щодо субшкал тесту.

Методика ОДЕС-2-Е є інструментом, що:

- оцінює емоційну складову есенціальної саморегуляції як здатність залишатись у емоційній рівновазі у емоційно складних ситуаціях,

- враховує сферову диференціацію (робота, сім'я, життя загалом),

- використовує багатовибіркову реакцію для моделювання природної складності емоцій.

В таблиці 1 представлений повний текст Методики діагностики емоційного компоненту есенціальної саморегуляції ОДЕС-2-Е.

Таблиця 1. Бланк Опитувальника діагностики емоційного компоненту есенціальної саморегуляції ОДЕС-2-Е з шифром кожного завдання

Поставте «+» перед такими варіантами відповіді, з якими ви згодні. Бажано використовувати від 3 до 5 одиниць у відповіді на кожне запитання.		
Шифр	1. Якщо у житті щось йде не за моїм планом:	
1EM+		• моя злість закипає миттєво.
1EM+-		• злюся, але це тільки спонукає мій інтерес змінити ситуацію.
1EM=		• зберігаю спокій та користуюсь можливістю знайти нові рішення та розвинути свої навички.
1EM-		• це не викликає у мене особливих переживань.
2EM+		• це може різко змінити мій настрій.
2EM+-		• відчуваю суміш страху та інтересу до того, як можна виправити ситуацію, незважаючи на ризик.
2EM=		• відчуваю себе зосередженим і мотивованим впоратися з труднощами, розглядаючи їх як виклик, який мені під силу подолати.
2EM-		• думаю, що це не зачепить сильно моїх почуттів, волю жити не за планом
2. Якщо мені хтось мене провокує чи грає зі мною:		
3EM+		• можу відчувати різкі сплески емоцій
3EM+-		• одночасно дратуюсь і відчуваю азарт зрозуміти навіщо він це робить чи покарати його
3EM=		• сприймаю це як можливість потренувати свої здібності до самоконтролю та впевненості у собі.
3EM-		• відчуваю байдужість і не бачу сенсу реагувати чи відповідати.
4EM+		• легко може викликати у мене бурхливі та непередбачувані емоції.
4EM+-		• мене так і притягує до цієї людини.
4EM=		• намагаюся залишатися сконцентрованим(ою) і використовувати цю ситуацію як можливість проявити гнучкість та вміння реагувати
4EM-		• не відчуваю жодних сильних емоцій і просто ігнорую те, що відбувається.
3. Коли я виконую важливе робоче (навчальне) завдання:		
1EP+		• зазвичай відчуваю сильне збудження чи розчарування щодо своїх успіхів чи невдач на роботі (навчанні).
1EP+-		• такі завдання породжують у мені суперечливі почуття - інтерес і страх, що не впораюся.
1EP=		• Коли я поринаю у виконання завдання, я відчуваю повну зосередженість і задоволення від процесу, навіть якщо завдання складне.
1EP-		• часто відчуваю, що мені не вистачає енергії чи бажання брати активну участь у виконанні завдань.
2EP+		• Якщо щось йде не так у процесі роботи (навчання), я відчуваю різкий сплеск емоцій, який заважає мені зосередитись.
2EP+-		• Я відчуваю бажання розвиватися, але водночас відчуваю страх перед труднощами.
2EP=		• відчуваю, що втрачаю рахунок часу і відчуваю задоволення, коли справляюся із завданням.
2EP-		• Давно не знаходжу таких завдань, які б мене надихали.
4. Стосовно керівництва, партнерів та колег:		
3EP+		• Якщо хтось з керівництва критикує мою роботу, я відчуваю сильне почуття образи чи тривоги, навіть якщо конструктивна критика.
3EP+-		• Коли керівництво виявляє до мене підвищену увагу, я одночасно відчуваю вдячність та тривогу, що можу не виправдати очікування.

3EP=		• У спілкуванні з начальством я зберігаю впевненість і сприймаю будь-який зворотний зв'язок як можливість розвиватися та покращувати свої навички.
3EP-		• У спілкуванні з керівництвом я рідко відчуваю сильні емоції, найчастіше волю залишатися осторонь і не чекаю на цікаві завдання.
4EP+		• Ловлю себе на думці, що взаємодія з колегами (партнерами) викликає в мені бурхливі емоції чи то лютю чи, навпаки, захоплення.
4EP+-		• Коли я працюю в команді, я відчуваю одночасно радість від співпраці та занепокоєння, що хтось може оцінити мій внесок критично.
4EP=		• Співпрацюючи з колегами (партнерами), я часто знаходжу способи використати свої сильні сторони, і це приносить мені задоволення та радість від спільної роботи.
4EP-		• Спілкування з колегами (партнерами) рідко викликає у мене якісь емоції, і я не відчуваю зацікавленості у налагодженні тісніших стосунків.
Подумайте, кого ви можете вважати своєю родиною та близькими та відповідайте на запитання.		
5. У спілкуванні з близькими часто відчуваю:		
1EC+		• сильні емоції (радість, гнів, страх тощо)
1EC+-		• одночасно і любов, і роздратування
1EC=		• задоволення та спокій
1EC-		• байдужість до того, що відбувається в їхньому житті
2EC+		• мої емоції бувають настільки інтенсивними, що їх важко контролювати.
2EC+-		• потреба у спілкуванні з рідними, але водночас хочу усамітнитися.
2EC=		• Коли мене хтось критикує чи лає не ображаюся і беру з усього цього зазвичай багато корисного.
2EC-		• бажання дистанціюватися від обговорень, тому що не залучаюся.
6. У моїй сім'ї:		
3EC+		• Найменші дії чи чийсь слова часто викликають у мене сплеск емоцій.
3EC+-		• Можу одночасно відчувати бажання бути поруч із близькими та прагнення віддалитися від них.
3EC=		• Навіть у складних ситуаціях із сім'єю я зберігаю внутрішнє почуття балансу та гармонії.
3EC-		• Іноді мені здається, що мені байдужі конфлікти та радості у моїй сім'ї.
4EC+		• Можу різко змінити настрій, якщо ситуація у сім'ї зміниться.
4EC+-		• Можу одночасно відчувати підтримку та тиск із боку близьких.
4EC=		• Навіть у разі спорів, я зберігаю внутрішній спокій.
4EC-		• Мені буває важко включитися до сімейних справ, і вони здаються мені безглуздими.

Підрахунок балів:

«Афект» (ЕМ+, ЕР+, ЕС+) – сумуємо позначки «+» напроти варіантів відповідей з відповідними шифрами ділимо на 12 і помножуємо на 100. В результаті отримуємо показник у %.

Для шкал «Амбівалентність» (ЕМ+-, ЕР+-, ЕС+-) «Оптимум» (ЕМ=, ЕР=, ЕС=) і «Апатія» (ЕМ-, ЕР-, ЕС-) – робимо аналогічні підрахунки.

В результаті отримуємо у відсотках показники по 4-м шкалам.

Інтерпретація результатів тесту.

1. Шкала «Афект» відображає інтенсивність емоційної включеності, силу збудження, пристрасність, імпульсивність і тенденцію до афективних (часто неконтрольованих) переживань. Вона не обов'язково свідчить про патологію, але вказує на емоційний стиль реагування, у якому переважає збудження над стримуванням.

1.1. Високі показники (59% і більше):

Схильність до перенасичених афектами переживань — гнів, образа, сором, збудження, ейфорія можуть швидко активуватися й довго зберігатися.

Ймовірне домінування емоцій над раціональним контролем, особливо в стресових ситуаціях. Часто спостерігається швидка включеність у ситуацію, сильна реакція на критику, несправедливість або провокацію. Такі люди зазвичай реагують «від серця», можуть бути щирими, емоційно глибокими, але

одночас вразливими до емоційного вигорання або маніпуляцій. У професійному чи сімейному контексті можуть проявляти надмірну емоційну чутливість, вибуховість або драматизм.

Можливі ризики:

- емоційне виснаження, якщо афективні реакції не врівноважені оптимумом або рефлексією;
- імпульсивність у прийнятті рішень;
- труднощі з самозаспокоєнням, емоційна «інерція» — важко «відпустити» ситуацію.

За високих рівнів афекту в декількох сферах — рекомендовано оцінити рівень емоційної регуляції та психологічної гнучкості.

1.2. Середні показники (норма) по шкалі «Афект» (від 17% до 58%).

Такий результат свідчить про збалансовану емоційну включеність: особа здатна переживати афекти, але водночас не занурюється в них повністю.

Емоційні реакції є життєві, природні, але контрольовані — без надмірної драматизації чи придушення. Людина демонструє здорову емоційну чутливість, може виражати гнів, захоплення, обурення або радість, але ці стани не захоплюють повністю її поведінку. Респондент визнає і приймає свої сильні емоції, але має достатній внутрішній контроль, щоб перетворити їх на дію або утриматись від імпульсивності.

Психологічні характеристики осіб із середнім рівнем афекту:

- емоційна гнучкість, здатність до самозаспокоєння після напруження;
- помірна реактивність на стрес: реакція є, але не руйнівна;
- добре розвинена сфера міжособистісної чутливості, здатність емпатійно реагувати, але не “зливатися” з почуттями інших;
- здатність вчасно зупинитись, розібратись у своїх емоціях, не втратити себе в моменті.

Такий рівень афекту вважається функціональним і адаптивним. Особа може ефективно використовувати емоції для мобілізації в складних ситуаціях, при цьому не втрачаючи стабільності та цілісності.

Оптимальне поєднання з високим оптимумом (E=) та низькою апатією (E-) свідчить про емоційно здорову та автентичну саморегуляцію, яка сприяє реалізації тенденції до самоактуалізації.

1.3. Низькі показники по шкалі «Афект» (до 16%).

Такий результат свідчить про знижену здатність до афективної включеності — тобто особа рідко переживає сильні, живі емоції або уникає їх усвідомлення. Ймовірна блокада емоційного збудження, яка може мати як особистісне, так і захисне походження. Можлива емоційна “плоскість”, обмежена реактивність у відповідь на життєво значущі події — як позитивні, так і негативні. Такі особи зазвичай стримані, самоконтрольовані, іноді — надмірно раціональні, але при цьому можуть відчувати внутрішнє спустошення або віддаленість від власних переживань.

Психологічні ризики:

- зниження емоційного ресурсу, що зазвичай підтримує енергію, інтерес, включеність;
- уникання сильних переживань як форма захисту (наприклад, після травматичних досвідів);
- можлива відсутність пристрасті, творчої напруги, захопленості — особа діє “на автопілоті”;
- може зустрічатися в осіб із симптомами емоційного вигорання, деперсоналізації або алекситимії.

Диференціальна діагностика:

У поєднанні з високою апатією (E-) — типова картина емоційної загальмованості або втоми.

У поєднанні з високим оптимумом (E=) — можлива справжня врівноваженість, але потрібно перевірити рівень реального інтересу та включеності в життя.

Позитивний потенціал:

- особа, що не схильна до афективних “перегинів”, може діяти розсудливо, стабільно, особливо в умовах високого стресу;
- здатність тримати дистанцію від емоційно насичених ситуацій, зберігаючи функціональний спокій.

2. Шкала «Амбівалентність» в методиці ОДЕС-2-Е характеризує схильність людини до одночасного переживання суперечливих емоцій, коливання між протилежними оцінками, цінностями чи намірами.

Високий показник на цій шкалі вказує на інтенсивну внутрішню поляризацію, яка може мати як адаптивний, так і конфліктогенний характер.

2.1. Високі показники за шкалою «Амбівалентність» (68% і більше).

Особа часто переживає внутрішню двозначність, сумніви, внутрішні суперечності. Ідеї, рішення чи події одночасно викликають і притягнення, і страх, і схвалення, і неприйняття. Можлива нестійкість емоційної позиції, утруднення у виборі або в дії — людина «зависає» в стані нерішучості. Емоційні реакції є багатшаровими, суперечливими, складними, що унеможливорює пряmlinійність. Може свідчити про наявність кризи, переосмислення, конфлікту цінностей, пошуку нового сенсу. Це може бути проявом невпевненості, страху втрати контролю, або захисного уникання дії.

Такий результат характерний для осіб, які перебувають у фазі внутрішнього трансформаційного процесу, а також у тих, хто надмірно рефлексує, але не доходить до рішень. Хронічна амбівалентність може призводити до виснаження, емоційного вигорання, втрати орієнтирів. Людина боїться зробити крок, аби не втратити можливі альтернативи або не зіштовхнутися з наслідками. Сумніви замінюють дії, а емоційна складність блокує прийняття рішень. Людина переживає безпорадність, співзалежність і несамоствійна у прийнятті рішень.

Високий рівень амбівалентності — це також ознака глибокого внутрішнього аналізу, здатності бачити ситуацію з різних боків (хоча б двох).

У поєднанні з високим Оптимумом (E=) або середнім — це може бути зона зростання, внутрішній конфлікт, який веде до нової інтеграції.

Якщо водночас присутні афект і апатія — це ознака розщепленої системи емоційного реагування, а саме: нестабільності емоційної регуляції, хаотичної зміни збудження та емоційного відключення, внутрішнього розщеплення: людина ніби «перемикається» з емоційного вибуху на емоційне вигорання і навпаки.

2.2. Середні (нормальні) показники за шкалою «Амбівалентність» (від 33% до 67%).

Такий рівень амбівалентності свідчить про природну наявність внутрішніх сумнівів і суперечностей, які не блокують поведінку, а скоріше слугують ресурсом для роздумів, гнучкості та глибини переживань. Така особа не є емоційно пряmlinійною, але й не застрягає в паралізуючих внутрішніх конфліктах. У цьому діапазоні амбівалентність виконує адаптивну функцію: вона допомагає людині оцінювати ситуацію з різних боків, утримувати складні стани без втрати цілісності. Людина здатна до саморефлексії, але без патологічного «пережовування» думок. Присутня емоційна глибина, допитливість, здоровий скепсис до простих рішень. Людина може визнати, що одночасно хоче й боїться, любить і сердиться, вагається — але діє. Людина здатна кимось захоуватися, чимось захоплюватися, щось близько приймати до себе. Показник психологічної зрілості, особливо у складних життєвих ситуаціях, де «правильного» рішення не

існує. Така особистість здатна переосмислювати свої переконання, терпіти емоційні парадокси, не втрачаючи себе.

Якщо одночасно високий показник Оптимуму ($E=$) — це свідчить про внутрішню інтеграцію суперечностей.

Середній рівень амбівалентності вважається нормативним і бажаним, особливо у професійному чи міжособистісному контексті. Це також типово для періодів змін — наприклад, у трансформаційних фазах (перехідна криза, прийняття нових ролей, переоцінка цінностей).

2.3. Низькі показники за шкалою «Амбівалентність» (до 32%).

Низький бал свідчить про тенденцію уникати або заперечувати суперечливі переживання. Така особа може тяжіти до простих, однозначних рішень і суджень, уникаючи внутрішніх сумнівів або протиріч. Можлива схильність до емоційної прямолінійності, чорно-білих оцінок, жорстких схем реагування. Людина переважно не допускає емоційних конфліктів у собі або не помічає їх, що створює ілюзію внутрішньої визначеності.

Можливі причини і ризики:

- уникнення складних переживань як захисний механізм: небажання входити в емоційні протиріччя, уникнення творчих завдань і процесів;
- блокування рефлексії або пригнічення конфліктних емоцій;
- в окремих випадках — догматизм, жорсткі переконання, ідеалізація або заперечення реальних внутрішніх труднощів;
- така позиція може бути адаптивною в короткостроковій перспективі, але в довгостроковій — перешкоджати глибинному розвитку, переосмисленню, переходу на нові етапи життєвого циклу.

Можливі сильні сторони:

- висока зібраність, конкретність у діях, швидке прийняття рішень без надмірних вагань;
- психологічна цілісність, відсутність внутрішнього роздвоєння — за умови, що вона автентична, а не захисна.

Якщо паралельно високий Оптимум ($E=$) — це може бути справжня внутрішня узгодженість.

Якщо низька амбівалентність супроводжується високим афектом — можлива імпульсивна, некритична емоційність без роздумів.

Якщо низький рівень амбівалентності у поєднанні з високим рівнем апатії — ознака блокованої емоційної системи, що втратила динамізм і відкритість.

3. Шкала «Оптимум» відображає стан емоційної узгодженості, внутрішньої рівноваги, відчуття гармонії між діями, почуттями та глибинними цінностями. Це — центральний критерій есенціальної саморегуляції, що свідчить про цілісну, збалансовану внутрішню роботу особистості.

3.1. Високі показники за шкалою «Оптимум» (84% і більше).

Людина живе у відповідності до власних цінностей, діє на основі глибинного відчуття сенсу, не втрачаючи себе у зовнішніх обставинах. Присутнє стійке почуття емоційного самовизначення, зібраності, психологічного центру. Особа відчуває задоволення, спокій або натхнення, яке не залежить лише від зовнішніх успіхів, а ґрунтується на внутрішній згоді з собою. Рішення приймаються виважено, але не паралізовано сумнівами — це ознака інтегрованої, зрілої регуляції. У такої людини переживання функціональні — вони і мотивують себе та інших; і сигналізують про те, що відбувається в людині; вони динамічні і конструктивні.

Позитивні психологічні характеристики:

- висока емоційна стабільність без емоційної плоскості;

- здатність утримувати внутрішній центр у кризових або амбівалентних ситуаціях; наявність сенсів і життєвої опори — особа не діє з порожнечі;

- висока ймовірність автентичної поведінки.

Можливі застереження:

Надто високий показник може в окремих випадках вказувати на соціальну бажаність або ідеалізацію себе — особливо якщо інші шкали (афект, амбівалентність) надто низькі.

У поєднанні з іншими шкалами:

Високий рівень за шкалою «Оптимум» і помірний за шкалою «Амбівалентність» свідчить про гнучкість і саморефлексію.

Високий рівень за шкалою «Оптимум», низький — за шкалою «Апатія», помірний — за шкалою «Амбівалентність» і помірний за шкалою «Афект» — ресурсна особистість, здатна до цілісної самореалізації, її емоційна саморегуляція сприяє реалізації тенденції до самоактуалізації.

Високий рівень за шкалами «Оптимум» і «Афект» — здатність пристрасно діяти, не втрачаючи себе і емоційно заражати інших людей своїми цілями, цінностями, емоціями.

3.2. Середні (нормальні) показники за шкалою «Оптимум» (від 33% до 83%).

Особа загалом відчуває себе в емоційному контакті з реальністю, але цей стан може бути змінним: то врівноваженим, то нестійким залежно від обставин. Внутрішня узгодженість не є стійкою характеристикою, але вона наявна і доступна у важливих для людини сферах. Людина здатна знаходити тимчасову рівновагу після стресів чи криз, не втрачаючи орієнтирів. Емоційна саморегуляція функціонує, але може перебувати в процесі формування, розвитку або реконструкції. Людина частково інтегрує свої емоції й дії, але в складних ситуаціях може коливатись між спокоєм і напругою. Іноді відчуває впевненість у виборі, іноді — потребує підтвердження ззовні. Може демонструвати рефлексивність, гнучкість, іноді — тимчасову втрату внутрішньої опори. Цей рівень оптимуму часто буває в осіб, які проходять період зростання, адаптації або особистісної трансформації. За такого рівня можливе ефективне використання емоцій як ресурсу, за умови

відсутності перевантаження з боку інших шкал (наприклад, афекту чи апатії).

Поєднання з іншими шкалами.

Середній Оптимум і Амбівалентність - здорова рефлексивність, розвитока напруга.

Середній Оптимум і високий Афект - особа може бути емоційно яскравою, але потребує стабілізуючої саморефлексії.

Середній Оптимум і помірна Апатія - є ризики зниження енергії в окремих сферах, але загалом емоційна функція збережена.

3.3. Низький рівень за шкалою «Оптимум» (до 32%).

Людина не переживає гармонії між тим, що відчуває, думає і робить. Можливі ознаки внутрішньої розгубленості, емоційної роз'єднаності, втрати відчуття "власного шляху". Стан схожий на емоційний і смисловий вакуум: зниження мотивації, відсутність натхнення, сумнів у значущості того, що відбувається. Іноді це супроводжується відчуттям, що людина "живе не своє життя", діє механічно або з примусу. Можливі причини: хронічний стрес, вигорання, втрата орієнтирів; наявність внутрішнього або зовнішнього конфлікту, що не дозволяє з'єднати дії з цінностями; стадія життєвої кризи або переосмислення, коли колишні смисли вже не працюють, а нові ще не сформовані.

Психологічні ризики:

- схильність до емоційного виснаження, апатії, депресивних реакцій;
- відсутність доступу до власних ресурсів — емоційних, смислових, мотиваційних;
- якщо такий рівень спостерігається в усіх трьох сферах — це тривожний сигнал, який потребує професійної уваги.

Поєднання з іншими шкалами.

Якщо одночасно низькі показники і за афектом, і за амбівалентністю — це може бути загальна емоційна "приглушеність" або відмова від переживань.

Якщо низький оптимум поєднується з високою амбівалентністю — можливо, особа в процесі глибокої кризи і шукає новий сенс.

Якщо є висока апатія — загальна емоційна система може бути заблокованою.

Загалом, низький показник за шкалою «Оптимум» — важливий індикатор втрати внутрішньої узгодженості, і якщо це не тимчасовий стан, потребує глибшого аналізу або психотерапевтичної підтримки.

4. Шкала «Апатія» в методиці ОДЕС-2-Е відображає рівень емоційної відстороненості, втоми, байдужості, втрати включеності у події власного життя. Це показник деактивації емоційної системи: людина може бути присутньою фізично, але не емоційно залученою.

4.1. Високі показники за шкалою «Апатія» (понад 26%).

Людина переживає зниження емоційного тону, втрату інтересу, відсторонення від особисто значущих подій. Реакції на події можуть бути байдужими або індиферентними, навіть якщо зовні ситуація вимагає

емоційної участі. Емоції слабо проявляються або переживаються як "порожні", механічні, віддалені. Людина уникає залучення у справи, стосунки, діяльність — ніби перебуває в режимі енергозбереження. Можливі психологічні причини: емоційне вигорання, хронічне виснаження; депресивні тенденції або пригнічений стан; захисне емоційне "відключення" внаслідок перевантаження; втрата життєвого сенсу або переживання особистісної порожнечі. Типові прояви: «Мені нічого не хочеться.»; «Усе якесь однакове...», «Я не бачу сенсу починати щось нове.», «Нехай усе буде як буде.».

У поєднанні з іншими шкалами:

Апатія і низький оптимум — вказує на глибоку втрату життєвої узгодженості.

Апатія і афект — може свідчити про емоційні "гойдалки" або розщеплення реакцій (емоційний зрив на фоні внутрішнього спустошення).

Апатія і амбівалентність — людина вагається, але не діє, застрягає в безсиллі.

Психологічні ризики:

- зниження мотивації, ізоляція, емоційна "заморозка";
- нерідко — переддепресивний або депресивний стан, особливо якщо така картина тримається в усіх сферах;
- втрата внутрішнього контакту із собою, сенсами, цінностями.

Умовно позитивна функція:

У деяких випадках (особливо після афективного виснаження) апатія є тимчасовим станом "відновлення", відсторонення від зайвого.

У поєднанні з середнім або високим оптимумом — може свідчити про усвідомлену потребу в паузі, зниженні залученості, щоб зберегти ресурс.

4.2. Середній рівень (норма) за шкалою «Апатія» (від 9% до 25%).

Такий рівень свідчить про нормальний захисно-регуляторний баланс: людина іноді дистанціюється емоційно, але не відключається повністю. Це ознака усвідомленої вибіркової залученості — особа вміє виходити з ситуацій, які виснажують, і не витрачати емоційний ресурс даремно. Людина не завжди реагує з ентузіазмом чи включеністю, але не втрачає інтересу до життя в цілому. Такий рівень апатії часто відображає зрілі навички емоційної гігієни: «Я не мушу емоційно включатися в усе підряд». Гнучкість у саморегуляції: здатність вибирати, коли включитися емоційно, а коли — ні. Може бути проявом економного розподілу енергії, емоційного збереження ресурсу. У поєднанні з високим оптимумом — свідчить про автентичну самодистанцію, а не втечу від життя.

4.3. Низькі показники (нижній рівень норми) (до 8%).

Людина завжди емоційно залучена, має складнощі з дистанціюванням у перевантажуючих або чужих ситуаціях. Особа може переживати все "в повну силу", без здатності "відключитися", відпочити, абстрагуватись. Часто такий профіль супроводжується

високим афектом або амбівалентністю, що створює ризик емоційного виснаження. Людина відчуває провину або неспокій, якщо емоційно не включається, що вказує на внутрішню вимогу “завжди віддавати себе”.

Психологічні ризики:

- високий ризик вигорання, особливо в професійній або сімейній сфері;
- втрата здатності до емоційної гігієни — немає внутрішнього “перемикача” на спокій або байдужість у ситуаціях, де це доречно;
- схильність до емоційного перенапруження, тривожної реакції, самопожертви.

У поєднанні з іншими шкалами:

Низька апатія і високий афект - людина постійно “горить”, може знехтувати собою.

Низька апатія і середній оптимум - ресурсна, емоційно багата особистість, але без “кнопки паузи”.

Таким чином, низький рівень апатії — не завжди перевага: він може вказувати на відсутність навички емоційного захисту, що вимагає розвитку гнучкішої саморегуляції.

На графіку зображено типові емоційні профілі за методикою ОДЕС-2, що демонструють розподіл чотирьох шкал: Афект, Амбівалентність, Оптимум, Апатія для різних варіантів особистісного функціонування.

5. Короткий аналіз профілів:

5.1. Оптимальний профіль:

- високий Оптимум (85%);
- помірні Афект і Амбівалентність;
- низька Апатія.

Психологічно зріла, цілісна особистість із саморегулюючим потенціалом до реалізації тенденції до самоактуалізації.

5.2. Афективний профіль:

- високий Афект;
- низький Оптимум;
- майже нульова Апатія.

Імпульсивна, чутлива, емоційно нестабільна особистість. Є енергія, але мало внутрішньої опори.

5.3. Апатичний профіль:

- висока Апатія;
- низький Афект і Оптимум.

Низька емоційна включеність, втрата мотивації, ознаки емоційного згасання.

5.4. Амбівалентний профіль:

- висока Амбівалентність;
- середній Афект;
- низький Оптимум.

Внутрішня суперечність, напруга, пошук сенсу. Можлива стадія глибинної трансформації.

5.5. Низький емоційний профіль:

- усі шкали низькі.

Відсутність емоційного залучення, можливо — захисне “вимкнення емоцій”.

5.6. Високий емоційний профіль:

- високі Афект, Амбівалентність, Оптимум.

Сильна, насичена емоційність із ресурсом саморегуляції. Творчий, гнучкий, енергійний профіль. Надмірна емоційна залученість у всі життєві ситуації, ризик емоційного вигорання.

5.7. Неоптимальний профіль:

- підвищені Афект і Амбівалентність;
- зниження Оптимуму;
- помірна Апатія

Ризик дезорганізації: людина “горить”, сумнівається, але не має внутрішньої опори.

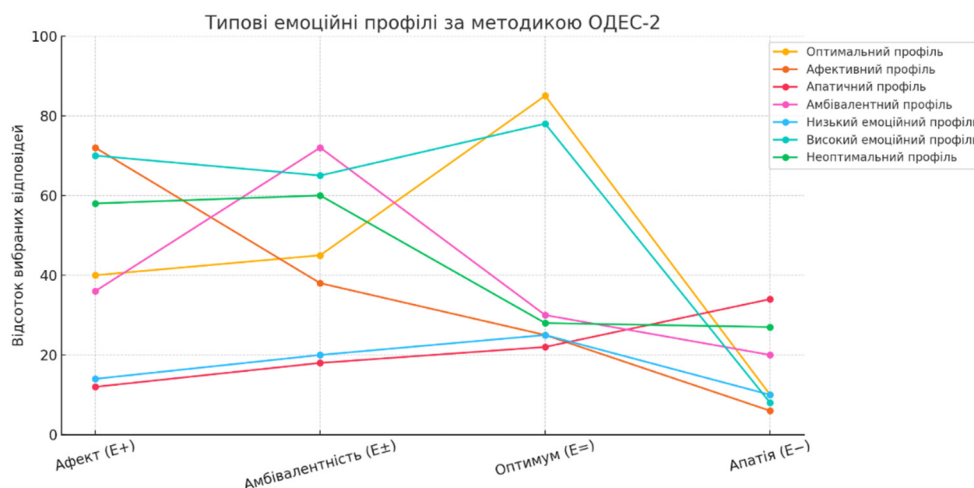


Рисунок 1. Типові емоційні профілі за методикою ОДЕС-2-E/Typical emotional profiles according to the QDES-2-E method

На рисунку 1 зображено типові емоційні профілі за методикою ОДЕС-2-E, що демонструють розподіл чотирьох шкал: Афект, Амбівалентність, Оптимум, Апатія для різних варіантів особистісного функціонування.

У межах авторської концепції есенційної саморегуляції розроблено діагностичну методику ОДЕС-2, що дозволяє досліджувати емоційні модули саморегуляції особистості у трьох ключових сферах

життя: загальний (екзистенційний), професійний та сімейний.

Висновки:

1. Методика побудована на теоретичному уявленні про чотири базові стани емоційної регуляції: афект, амбівалентність, оптимум та апатію. Кожен із них відображає певний рівень внутрішньої узгодженості або розбалансованості особистості у відповідь на життєві ситуації.

2. Унікальність методики «ОДЕС-2-Е» полягає в тому, що вона не лише вимірює емоційні реакції як такі, а й дозволяє встановити, наскільки ці реакції є функціональними у контексті збереження контакту із власною сутністю, цінностями та глибинними орієнтирами.

3. Завдяки ситуаційному формату та множинному вибору відповідей, методика відображає багатовимірність і неоднозначність емоційних процесів, що дозволяє гнучко інтерпретувати результати в індивідуальному контексті.

4. Методика може бути ефективно застосована в наукових дослідженнях, спрямованих на вивчення особистісної зрілості, самореалізації, внутрішньої узгодженості, а також у психотерапевтичній та консультативній практиці для виявлення дисбалансів емоційної регуляції у різних сферах життя.

Список використаних джерел/References:

- Dmytrienko, K. (2012). Саморегуляція поведінки засуджених, схильних до систематичних порушень режиму утримання в місцях позбавлення волі [Текст] : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.06 / Дмитрієнко Катерина Валеріївна ; Харк. нац. ун-т внутр. справ. [Self-regulation of the behavior of convicts prone to systematic violations of the detention regime in places of deprivation of liberty [Text]: autoref. theses of the candidate of psychological sciences: 19.00.06 / Kateryna Valeriivna Dmytrienko; Hark. national University of Internal Affairs affairs]. - X. - 18 с. (in Ukrainian).
- Kocharian, I. (2017). Система радости: эссенциальная саморегуляция психики и ее психологическая коррекция : монография / И. А. Кочарян. – 2-е изд., испр. –Х.: ХНУ им. В.Н. Каразина, 2017. [The system of joy: essential self-regulation of the psyche and its psychological correction: monograph / I. Kocharyan. - 2nd ed., ed. -H.: KHNU named after V.N. Karazina]. – 288 с.
- Johnson, M. K., & Casey, B. J. (2022). Self-regulation in early childhood: Neural and cognitive mechanisms. *Child Development Perspectives*, 16(1), 20–26. <https://doi.org/10.1111/cdep.12465>
- Dunne, J., Van Cappellen, P., & Reddy, S. (2021). Interoception and the development of emotion regulation. *Trends in Cognitive Sciences*, 25(10), 851–863. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2021.06.006>
- Montroy, J. J., Bowles, R. P., Skibbe, L. E., McClelland, M. M., & Morrison, F. J. (2016). The development of self-regulation across early childhood. *Developmental Psychology*, 52(11), 1744–1762. <https://doi.org/10.1037/dev0000159>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. New York: Plenum Press.
- Ryan, R. M., & Connell, J. P. (1989). Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(5), 749–761. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.5.749>
- Rieth, C. A., & Hagemann, D. (2021). Adaptive affect regulation during the COVID-19 pandemic. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 71, 101655. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2020.101655>
- Cole, P. M., Bendezú, J. J., Ram, N., & Chow, S. M. (2017). Dynamical systems modeling of early childhood self-regulation. *Emotion*, 17(4), 684–699. <https://doi.org/10.1037/emo0000272>
- Lobo, J. M., & Lunkenheimer, E. S. (2020). Emotion regulation in the context of parent–child interaction. *Development and Psychopathology*, 32(5), 1754–1765. <https://doi.org/10.1017/S0954579420001259>
- Lopez, R. B., Hofmann, S. G., Wagner, D. D., Kelley, W. M., & Heatherton, T. F. (2017). Neural predictors of regulation failure. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 12(3), 390–398. <https://doi.org/10.1093/scan/nsw131>
- Nakagawa, Y. (2017). Emotion regulation and decision-making under uncertainty. *Japanese Journal of Psychology*, 88(5), 426–435. <https://doi.org/10.4992/jjpsy.88.16218>
- Kocharian, I., & Servinskiy, V. (2019). Опитувальник діагностики есенційної саморегуляції та психометрична оцінка його завдань / І. О. Кочарян, В. В. Сервінський // Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія. Вип. 60. Харків: ХНПУ. [Diagnostic questionnaire of essential self-regulation and psychometric assessment of its tasks / I. Kocharian, V. Servinskiy // *Bulletin of H.S. Skovoroda KhnPU. Psychology*. Vol. 60. Kharkiv: KhNPU], 2019. – pp. 209 – 230. (in Ukrainian).
- Kocharian, I. O. (2023). Валідизація шкали есенціальності/інферальності (Е/І) опитувальника діагностики есенційної саморегуляції (ОДЕС) [Validation of the scale of essentiality/infertility (E/I) questionnaire for the diagnosis of essential self-regulation (QDES)]. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 19, 12–20. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-19-02> (in Ukrainian)
- Kocharian, I., & Kuznetsova, D. (2024). Особливості емоційного компоненту есенційної саморегуляції, що пов'язані із задоволеністю шлюбом жінок [Features of the Emotional Component of Essential Self-Regulation Associated with Women's Marital Satisfaction]. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 21, 18–24. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2024-21-03> (in Ukrainian)

QUESTIONNAIRE FOR DIAGNOSING THE EMOTIONAL COMPONENT OF ESSENTIAL SELF-REGULATION (QDES-2-E) AND ITS INTERPRETATION

Igor Kocharian

PhD., Associate Professor of General Psychology Department, V.N. Karazin Kharkiv National University
Svobody Sq., 4, Kharkiv, Ukraine, 61022

The article presents the author-developed psychodiagnostic method – “Questionnaire for Diagnosing the Emotional Component of Essential Self-Regulation (QDES-2-E)”, designed to study the emotional dimension of essential self-

regulation in personality. The concept of essential self-regulation is understood as an individual's ability to realize their inherent tendency toward self-actualization, maintain authenticity, inner coherence, and a sense of meaning in various life circumstances, relying not only on functional control mechanisms but primarily on the connection with personal values, deep needs, and essential identity. This approach is relevant in the context of studying personal growth, self-realization, overcoming existential crises, and preserving psychological well-being. The method allows the exploration of four types of emotional states: affect (intense, often impulsive arousal), ambivalence (emotional contradiction, inner conflict), optimum (a state of balance, harmony, integration), and apathy (lack of emotional involvement, detachment). Each of these modes is assessed across three key areas of functioning: general (existential), professional, and family. The test consists of 6 situational blocks that simulate typical life challenges; each block contains 8 response options. Respondents select from 3 to 5 options that best reflect their emotional reactions. This format allows for the registration of the multidimensionality of emotional experience and the identification of an individual self-regulation profile. The method is applicable in scientific research, psychotherapeutic and counseling practice, educational settings, and psychological support of personal development. The article presents the theoretical foundations of the method, its structure, scale design principles, logic of result interpretation, and practical applications for identifying personal strengths, vulnerabilities, and the potential for emotional integration.

Keywords: *self-regulation, essential self-regulation, affect, ambivalence, apathy, optimum, emotional regulation, integrity, authenticity, self-actualization*

The article was received by the editors 2.02.2025 (Стаття надійшла до редакції 2.02.2025)

The article is recommended for printing 19.05.2025 (Стаття рекомендована до друку 19.05.2025)

DOI 10.26565/2410-1249-2025-23-07

UDC 159.9.072

ПСИХОМЕТРИЧНА ОЦІНКА ОПИТУВАЛЬНИКА ДІАГНОСТИКИ ЕМОЦІЙНОГО КОМПОНЕНТУ ЕСЕНЦІАЛЬНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ (ОДЕС-2-Е)

Ігор Кочарян

Кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна,
майдан Свободи, 4, Харків, Україна, 61022

E-mail: ikoch1980@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0685-5774>

У статті представлено авторську психодіагностичну методику «Опитувальник діагностики емоційного компоненту есенціальної саморегуляції» (ОДЕС-2-Е), яка створена для вивчення глибинних механізмів емоційного функціонування особистості. Теоретичною основою методики є концепція есенціальної саморегуляції, що розглядається як здатність людини зберігати автентичність, внутрішню цілісність і смислову узгодженість у відповідь на зовнішні впливи, залишаючись у контакті з власними цінностями, потребами та тенденцією до самоактуалізації. Відповідно, методика спрямована не лише на вимірювання функціонального рівня регуляції, а й на діагностику смислового та емоційного ядра особистості. Інструмент включає чотири шкали: Афект (емоційна збудженість, імпульсивність), Амбівалентність (суперечливі емоції), Оптимум (внутрішня злагодженість, рівновага) та Апатія (відчуження, емоційне виснаження). Кожен модус діагностується в трьох сферах життя: загальній, професійній та сімейній. Структура методики складається з шести ситуаційних блоків, у кожному з яких респондент обирає 3–5 варіантів відповідей із 8 можливих, що дозволяє фіксувати багатовимірність емоційного реагування. Результати психометричного аналізу свідчать про належну надійність шкал (α -Кронбаха в межах 0,71-0,78), високу дискримінативність тверджень і відповідність теоретичної моделі на рівні 75% (за результатами факторного аналізу). Конструктивна валідність підтверджена кореляційними зв'язками з іншими психологічними інструментами: тестом емоційного інтелекту Н. Голла, шкалою психологічного благополуччя К. Ріффа та Чотиримодальним емоційним опитувальником Рабіновича. Стандартизація шкал дозволяє інтерпретувати результати як у відсотках, так і в сирих балах із використанням нормативних меж. Додатково проаналізовано відмінності між чоловіками і жінками: жінки показали вищі значення за шкалою Амбівалентності, а чоловіки — за шкалою Апатії, що може відображати відмінності в емоційному включенні та регуляції. Методика є зручною для використання в індивідуальній діагностиці, наукових дослідженнях, психотерапії, освітній і тренінговій роботі. Вона дозволяє не лише діагностувати стан емоційної саморегуляції, а й окреслити ресурсні можливості, зони розвитку та напрямки особистісного зростання.

Ключові слова: саморегуляція, есенціальна саморегуляція, афект, амбівалентність, оптимум, апатія, емоційна регуляція, валідність, надійність.

У сучасній психології саморегуляція розглядається як ключовий механізм забезпечення психологічного благополуччя, адаптації та розвитку особистості (Ryff, Singer, 1998; Baumeister, Vohs, 2007; Rogers, 1961; Ryan, Deci, 2000). Однак більшість наявних досліджень зосереджені на функціональних або реактивних аспектах саморегуляції, тоді як менш вивченими залишаються її глибинні екзистенційні виміри (Carver, Scheier, 1998; Gross, 2014). У цьому контексті особливої уваги заслуговує концепція есенціальної саморегуляції, що розкриває саморегуляційні процеси як інтегративну систему, налаштовану на реалізацію тенденції до самоактуалізації (Kocharian, 2024).

Згідно з авторською моделлю (Кочарян, 2016, с. 109 - 111), есенціальна саморегуляція базується на динамічній взаємодії трьох внутрішніх субструктур: есенціального Я (як джерела творчості, цілісності та автентичності), інфернального Я (яке несе деструктивні або спотворені послання), та Его, що виконує функцію вибору, посередництва та

відповідальності. Гармонійна робота цієї системи забезпечує здатність особистості жити у відповідності до своїх глибинних цінностей, створювати сенси та приймати зрілі рішення реалізовувати свій особистісний потенціал.

Для емпіричної оцінки емоційного компонента есенціальної саморегуляції нами була створена психодіагностична методика, що включає чотири шкали: Афект, Амбівалентність, Оптимум та Апатія. Кожна з них вимірюється у трьох життєвих сферах: професійній (робота/навчання), сімейній та екзистенційній (загальній), що дозволяє отримати комплексне уявлення про стан емоційної саморегуляції людини.

Метою цієї статті є психометрична оцінка валідності та надійності методики, а також визначення її зв'язків з такими психологічними конструкціями, як емоційний інтелект, психологічне благополуччя та емоційна регуляція.

У дослідженні взяли участь 136 осіб віком від 18 до 60 років (з них 112 жінок і 24 чоловіка). Всі піддослідні

How to cite: Kocharian I. (2025). Psychometric Evaluation of the Questionnaire for Diagnosing the Emotional Component of Essential Self-Regulation (QDES-2-E), *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 23, 45-53. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-07> (in Ukrainian)

Як цитувати: Кочарян І. (2025). Психометрична оцінка опитувальника діагностики емоційного компоненту есенціальної саморегуляції (ОДЕС-2-Е), *Психологічне консультування і психотерапія*, 23, 45-53. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-07>

© Кочарян І., 2025; CC BY 4.0 license

були або студентами заочної / другої вищої освіти (Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна, Національний аерокосмічний університет імені В.Н. Жуковського «ХАІ»), або членами їх родин, або друзями. Середній вік склав 36,51 років (стандартне відхилення – 9,49 років). Учасники заповнювали авторську методику ОДЕС-2-Е, чотирьохмодальний емоційний опитувальник (Л. Рабінович), шкалу психологічного благополуччя (К. Ріфф) та тест емоційного інтелекту Н. Голла. Дослідження проводилося індивідуально в онлайн форматі.

Методика містить 6 ситуацій, до кожної з яких надається 8 варіантів відповіді (по 2 на кожну шкалу). Сфери визначалися за контекстом ситуації: 2 блоки – загальні (ЕМ), 2 – професійні (ЕР), 2 – сімейні (ЕС).

Розроблена методика діагностики емоційних особливостей есенційної саморегуляції ґрунтується на авторській концепції есенційної саморегуляції (Кочарян, 2016, с. 111-116), яка ефективну саморегуляцію розглядає як результат взаємодії трьох підструктур: есенційного Я (втілення автентичних імпульсів розвитку), інфернального Я (джерело деструктивних послань) та Его (структура вибору, відповідальності та інтеграції). Раніше був розроблений перший варіант методики - ОДЕС, який містив 24 шкали, що відбивали емоційні, аутокомунікативні й поведінкові аспекти психологічних механізмів есенційної саморегуляції. В цій методиці велика кількість завдань (217) у формі тверджень, з якими людина або погоджувалася, або ні (Kocharian, Servinskyi, 2019), а також 1 шкалу у формі 9 пар цитат відомих людей (Kocharian, 2023). Для вдосконалення діагностики ми сформуливали окремий варіант тесту – ОДЕС-2-Е, який вимірює лише один з компонентів есенційної саморегуляції – емоційний. Емоційний компонент в цій системі виконує ключову роль: саме через неї особистість отримує сигнали про відповідність чи невідповідність свого життя тенденції до самоактуалізації. Пізніше можливо розробити подібні варіанти тесту і для діагностики інших компонентів – аутокомунікативного і поведінкового.

Методика ОДЕС-2-Е складається з 12 завдань – загальних питань, до яких додавалися по 8 варіантів відповідей, що відносяться до однієї з чотирьох шкал емоціонального компоненту есенційної саморегуляції (по 2 питання на кожну шкалу):

1. Афект - шкала вимірює інтенсивність і спрямованість емоційної включеності особистості в певній сфері життя. Афект є ознакою емоційної нестабільності і свідчить про наявність реактивного внутрішнього відгуку на події, сенси та взаємодії. Високі показники за цією шкалою відображає ризики викривлення самоактуалізаційної тенденції людини через емоційну імпульсивність, конфліктність, нездатність контролювати себе.

2. Амбівалентність – шкала відображає внутрішню суперечливість емоційного досвіду – одночасну присутність позитивних і негативних почуттів щодо тих самих об'єктів або ситуацій. Амбівалентність може виступати як ознака процесуального зростання, індикатор наявності напруги між есенційними та інфернальними тенденціями. У деяких випадках вона свідчить про кризу сенсу, готовність до трансформації або потребу у внутрішньому виборі, що активізує Его-структуру.

3. Оптимум – шкала вимірює гармонійний емоційний стан, у якому людина відчуває внутрішню узгодженість, задоволення, рівновагу між внутрішніми імпульсами та зовнішніми обставинами. Такий стан свідчить про налаштованість есенційної системи саморегуляції, її здатність підтримувати тонус без перенапруження. Високі значення цієї шкали розглядаються як ознака функціонального балансу та особистісного благополуччя.

4. Апатія - шкала апатії відображає зниження емоційної активності, втрату інтересу, емоційну відстороненість або «вимкнення». Такий стан може бути наслідком домінування інфернального Я, виснаження Его-ресурсу або результатом дезактивації есенційної тенденції. Апатія також може мати захисний характер — як тимчасове зниження чутливості перед обличчям перевантаження або внутрішнього конфлікту. Важливим є не лише рівень апатії, але й сфера, в якій вона проявляється.

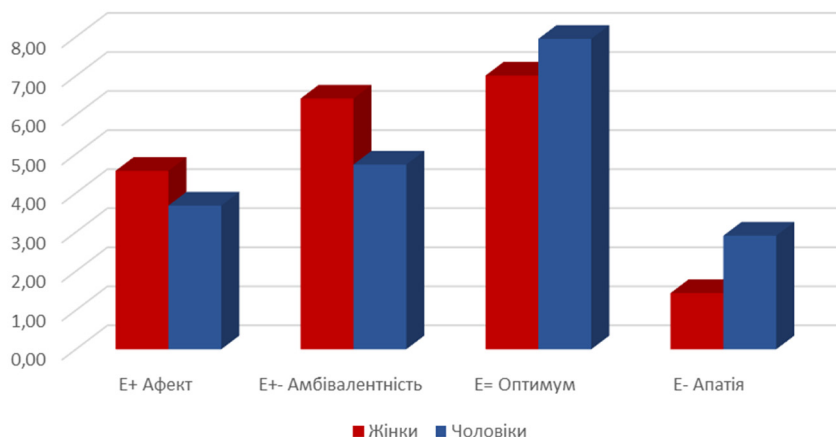


Рисунок 1. Діаграма показників за шкалами методики ОДЕС-2-Е в групах чоловіків і жінок/ Diagram of indicators according to the scales of the QDES-2-E methodology in groups of men and women

Таблиця 1. Порівняння показників за шкалами методики ОДЕС-2-Е між групами чоловіків та жінок/ Comparison of indicators according to the scales of the QDES-2-E methodology between groups of men and women

Статистичний критерій	E+ Афект	E+- Амбівалентність	E= Оптимум	E- Апатія
U Мана-Уїтні	1019,500	807,500	1020,000	802,500
W Вілкоксона	1272,500	1060,500	7575,000	7357,500
Рівень значущості розбіжностей	0,163	0,008	0,164	0,006

Діаграма відображає середні значення за шкалами ОДЕС-2-Е для жінок (червоний стовпчик) і чоловіків (синій стовпчик).

Жінки мають вищі середні значення за шкалою «Афект» ($\approx 4,57$), ніж чоловіки ($\approx 3,68$), однак ці розбіжності не є статистично значущими ($p \approx 0,16$). Жінки демонструють помітно вищий рівень амбівалентності ($\approx 6,42$) порівняно з чоловіками ($\approx 4,73$) (Різниця статистично значуща - $p < 0,01$). Групи суттєво не розрізняються ($p \approx 0,16$) за показники шкали «Оптимум» (жінки $\approx 7,01$; чоловіки $\approx 7,95$).

Чоловіки мають вищий рівень апатії ($\approx 2,91$), ніж жінки ($\approx 1,44$) при $p < 0,01$.

Отже, жінки частіше виявляють амбівалентні емоційні стани — суперечливі переживання, рефлексію, емоційні коливання. Це може свідчити як про глибину емоційної обробки, так і про більшу емоційну вразливість. Чоловіки мають вищу апатію, що може означати емоційне дистанціювання, зниження включеності або тенденцію до пригнічення емоцій.

У зв'язку з тим, що група чоловіків не достатньо велика ці результати ми сприймаємо як перспективні для подальшої корекції норм шкал.

Таблиця 2. Показники зв'язку віку обстежуваних зі шкалами ОДЕС-2-Е (τ-Кендала)/Indicators of the relationship between the age of the subjects and the QDES-2-E scales (τ-Kendall)

Параметр / шкала	E+ Афект	E+- Амбівалентність	E= Оптимум	E- Апатія
Вік	0,010	0,033	0,087	-0,091
Рівень значущості (p)	0,869	0,598	0,155	0,155

З таблиці 2 видно, що немає статистично значущого зв'язку між віком та емоційним компонентом есенціальної саморегуляції і в цілому тимчасово ми можемо використовувати норми показників за шкалами методики без деталізації за віком.

Оцінка відповідності теоретичної та факторної структури методики. Для оцінки відповідності емпірично виявленої структури теоретичному ключу шкал було проведено порівняння результатів факторного аналізу з авторською класифікацією тверджень. Кожна з 4 шкал методики включала по 12 тверджень. За результатами факторного аналізу для кожного твердження були отримані факторні навантаження по чотирьох факторах.

Для кожного твердження було визначено "оптимальний фактор" — той, який збігається з гіпотезою щодо відповідності фактору певній шкалі тесту. Після цього для кожної шкали було підраховано, скільки з 12 тверджень тяжіють до одного й того самого фактору. Відповідність розраховувалася як частка таких збігів, виражена у відсотках.

Гіпотеза 1: завдання тесту з поміткою в шифрі «+» повинні мати факторні навантаження $>0,3$ і входити у склад фактору «Афект»; завдання тесту з поміткою в шифрі «+» повинні мати факторні навантаження $>0,3$ і входити у склад фактору «Амбівалентність»; завдання тесту з поміткою в шифрі «=» повинні мати факторні навантаження $>0,3$ і входити у склад фактору «Оптимум»; завдання тесту з поміткою в шифрі «-»

повинні мати факторні навантаження $>0,3$ і входити у склад фактору «Апатія»; в складі будь-кого фактору можуть опинятися завдання тесту, які не відносяться до відповідних шкал, але мають факторні навантаження $<-0,3$.

Перед проведенням факторного аналізу було здійснено оцінку придатності вибірки за допомогою критерію Кайзера-Мейєра-Олкіна (КМО) та критерію сферичності Бартлетта. Значення КМО склало 0,360, що є нижчим за рекомендовану межу 0,60, і свідчить про обмежену адекватність вибірки для факторного аналізу. Водночас критерій Бартлетта виявився статистично значущим ($\chi^2 = 1930,063$; $df = 1128$; $p < 0,001$), що підтверджує наявність кореляцій між змінними, тобто змінні мають зв'язки і факторний аналіз теоретично можливий. Попри низьке значення КМО, факторний аналіз був застосований як попередній етап структурування шкал, з огляду на теоретично обґрунтовану модель та значущість критерію Бартлетта.

Загалом 4 фактори пояснюють 41% спільної дисперсії. Такий показник є прийнятним для психодіагностичних інструментів, що стосуються особистісних або емоційних характеристик, оскільки подібні конструкти часто мають високий рівень міжособистісної варіативності. Отримана структура підтверджує наявність логічно обґрунтованих шкал, які потребують подальшої перевірки на інших вибірках. При факторизації був використаний метод головних компонент з обмеженням до 4 факторів (згідно гіпотезі) з методом обертання Varimax.

Таблиця 3. Факторна структура опитувальника з критеріями відповідності гіпотезі/ Factor structure of the questionnaire with criteria for compliance with the hypothesis

Афект – 14%		Амбівалентність – 8%		Оптимум – 10%		Апатія – 9%	
Структура фактору	ВГ	Структура фактору	ВГ	Структура фактору	ВГ	Структура фактору	ВГ
1ЕМ+(0,35)	+	1ЕМ+-(0,38)	+	1ЕМ+-(0,37)	-	1ЕМ-(0,41)	+
2ЕМ+(0,64)	+	2ЕМ+-(0,35)	+	1ЕМ=(0,58)	+	2ЕМ-(0,31)	+
2ЕМ+-(0,33)	-	3ЕМ+-(0,52)	+	2ЕМ=(0,50)	+	3ЕМ-(-)	-
2ЕМ-(-0,36)	+	3ЕМ=(0,32)	-	3ЕМ=(0,45)	+	4ЕМ-(-)	-
3ЕМ+(0,63)	+	4ЕМ+-(0,44)	+	4ЕМ=(0,62)	+	1ЕР=(-0,40)	+
4ЕМ+(0,56)	+	4ЕМ=(-0,32)	+	1ЕР=(0,55)	+	1ЕР-(0,56)	+
1ЕР+(0,42)	+	1ЕР+(0,33)	-	2ЕР=(0,55)	+	2ЕР-(0,57)	+
1ЕР-(0,43)	-	2ЕР+-(0,45)	+	3ЕР+-(0,36)	+	3ЕР-(0,49)	+
2ЕР+(0,44)	+	2ЕР+(-)	-	3ЕР=(0,51)	+	4ЕР-(-)	-
2ЕР+-(0,34)	-	3ЕР+(0,39)	-	4ЕР=(0,52)	+	1ЕС-(0,61)	+
3ЕР+(0,39)	+	3ЕР+-(0,31)	+	1ЕС=(0,67)	+	2ЕС-(0,70)	+
3ЕР+-(0,32)	-	4ЕР+(-)	-	2ЕС=(-)	-	3ЕС-(0,80)	+
4ЕР+(-)	-	4ЕР=(0,30)	-	3ЕС=(0,54)	+	4ЕС+(-0,45)	+
4ЕР-(0,35)	-	1ЕС+-(0,55)	+	4ЕС=(0,54)	+	4ЕС-(0,64)	+
1ЕС+(0,73)	+	2ЕС+-(0,57)	+				
2ЕС+(0,62)	+	3ЕС+-(0,70)	+				
3ЕС+(0,36)	+	4ЕС+-(0,641)	+				
4ЕС+(0,45)	+	4ЕС=(-0,37)	+				
12 з 18 ознак	67%	12 з 18 ознак	67%	12 з 14 ознак	86%	11 з 14 ознак	79%

Примітки: ВГ – відповідність гіпотезі; «+» - завдання тесту відповідає гіпотезі, «-» - завдання тесту не відповідає гіпотезі.

Середній рівень відповідності між очікуваною структурою шкал і фактично виявленими факторами склав 75%. Це свідчить про підтвердження внутрішньої структури методики. Найвищу узгодженість показали шкали «Оптимум» (86%) і «Апатія» (79%), шкали «Афект» і «Амбівалентність» показали меншу узгодженість з теоретичною структурою, але цілком достатньою – по 67%.

Отже, отримані результати підтверджують гіпотезу, що більшість тверджень опитувальника дійсно згруповані відповідно до передбачуваної теоретичної структури, а методика має потенціал бути

використаною в подальших дослідженнях і практичній психодіагностиці. Окрему увагу варто приділити доопрацюванню окремих тверджень у шкалах Афекту та Амбівалентності з метою посилення їх факторної чистоти.

Для оцінки внутрішньої структури опитувальника було проведено кореляційний аналіз між чотирма шкалами емоційного компоненту есенціальної саморегуляції: Е+ (Афект), Е+- (Амбівалентність), Е= (Оптимум), Е- (Апатія). Результати наведено в таблиці 4.

Таблиця 4. Матриця кореляцій між шкалами методики ОДЕС-2-Е (n = 136)/ Correlation matrix between scales of the QDES-2-E methodology (n = 136)

	Е+ Афект	Е+- Амбівалентність	Е= Оптимум	Е- Апатія
Е+ Афект	1,000	0,165**	-0,350**	-0,013
Е+- Амбівалентність	0,165**	1,000	-0,210**	-0,073
Е= Оптимум	-0,350**	-0,210**	1,000	-0,124
Е- Апатія	-0,013	-0,073	-0,124	1,000

Примітки: n – кількість досліджених; ** - кореляція значна на рівні 0,01; * - кореляція значна на рівні 0,05

Аналіз показав, що шкала оптимальних емоційних реакцій (Е=) має помітні негативні кореляції з Афектом (Е+) ($\tau = -0,35$, $p < 0,01$) та Амбівалентністю (Е+-) ($\tau = -0,21$, $p < 0,01$). Це свідчить про те, що функціональні емоційні переживання суттєво знижуються у випадку виражених афективних чи амбівалентних станів.

Позитивна, хоча й слабка, кореляція між Е+ (Афектом) та Е+- (Амбівалентністю) ($\tau = 0,17$, $p = 0,01$) вказує на часте поєднання емоційної збудженості та внутрішнього конфлікту. Це може бути наслідком емоційної дезорганізації або нестабільної регуляції – підвищення емоційного тону.

Шкала Апатії (Е-) виявилася відносно незалежною від інших шкал — усі коефіцієнти кореляцій є низькими і статистично незначущими, що дозволяє розглядати її як окремий прояв зниження емоційного тону — виснаження або емоційної гальмованості.

Таким чином, отримані результати підтверджують конструктивну валідність шкал опитувальника ОДЕС-2-Е: шкала Е= (Оптимум) виступає індикатором функціонального емоційного стану, що протистоять деструктивним формам переживання (Афекту, Амбівалентності, Апатії), а кожна з негативних шкал виявляє власний профіль порушень емоційної регуляції.

Для поглибленої психометричної оцінки якості завдань методики діагностики емоційних особливостей есенційної саморегуляції були

розраховані два ключових показники — коефіцієнт ефективності та коефіцієнт дискримінативності.

Таблиця 5. Показники ефективності і дискримінативності завдань методики/ Indicators of effectiveness and discriminativeness of the tasks of the methodology

Шифр питання	КЕ	Д	Шифр питання	КЕ	Д	Шифр питання	КЕ	Д
1ЕМ+	0,16	0,21	1ЕР+	0,31	0,21	1ЕС+	0,50	0,42
1ЕМ+-	0,56	0,67	1ЕР+-	0,35	0,46	1ЕС+-	0,53	0,67
1ЕМ=	0,40	0,50	1ЕР=	0,59	0,08	1ЕС=	0,52	0,46
1ЕМ-	0,14	0,08	1ЕР-	0,22	-0,08	1ЕС-	0,03	0,17
2ЕМ+	0,45	0,67	2ЕР+	0,30	0,00	2ЕС+	0,34	0,38
2ЕМ+-	0,44	0,75	2ЕР+-	0,33	0,00	2ЕС+-	0,58	0,42
2ЕМ=	0,43	0,58	2ЕР=	0,51	0,50	2ЕС=	0,22	0,71
2ЕМ-	0,10	0,00	2ЕР-	0,14	0,58	2ЕС-	0,09	0,29
3ЕМ+	0,42	-0,08	3ЕР+	0,25	0,50	3ЕС+	0,27	0,29
3ЕМ+-	0,49	0,00	3ЕР+-	0,35	0,42	3ЕС+-	0,48	-0,08
3ЕМ=	0,48	0,00	3ЕР=	0,51	0,67	3ЕС=	0,36	0,00
3ЕМ-	0,24	0,75	3ЕР-	0,17	0,54	3ЕС-	0,16	0,00
4ЕМ+	0,32	0,58	4ЕР+	0,19	0,42	4ЕС+	0,51	0,88
4ЕМ+-	0,09	0,58	4ЕР+-	0,32	0,08	4ЕС+-	0,50	0,83
4ЕМ=	0,42	0,17	4ЕР=	0,59	-0,08	4ЕС=	0,30	0,42
4ЕМ-	0,11	0,54	4ЕР-	0,20	0,00	4ЕС-	0,11	0,08

Примітки: КЕ – коефіцієнт ефективності завдання; Д – коефіцієнт дискримінативності завдання; червоним виділені показники, які нижче норми.

Коефіцієнт ефективності визначався як співвідношення кількості ключових відповідей до загальної кількості відповідей, що дозволяє оцінити, наскільки завдання є зрозумілим і прийнятним для респондентів. Загалом більшість завдань продемонстрували середній рівень ефективності (0,30 – 0,59), що відповідає вимогам до діагностичних методик. Окремі завдання мали надто низькі показники ефективності (нижче 0,20), що може свідчити про їхню складність або нечіткість формулювання (наприклад, 1ЕМ- = 0,14; 2ЕМ- = 0,10; 1ЕР- = 0,22).

Коефіцієнт дискримінативності оцінював здатність завдання відрізнати осіб із високими та низькими результатами за тестом загалом. Високі значення дискримінативності спостерігалися у таких твердженнях, як 2ЕМ+- (0,75), 3ЕМ- (0,75), 4ЕС+ (0,88), 4ЕС+- (0,83), що свідчить про їхню сильну диференціюючу здатність. Водночас деякі твердження виявили нульову або негативну дискримінативність (наприклад, 2ЕР+, 2ЕР+-, 4ЕР-, 3ЕС=), що вказує на необхідність їхнього перегляду чи переформулювання.

Таблиця 6. Пропозиція щодо переформулювання завдань методики ОДЕС-2-Е з урахуванням показників їх ефективності і дискримінативності/ Proposal for reformulating the tasks of the QDES-2-E methodology taking into account indicators of their effectiveness and discriminability

Шифр	Завдання
1ЕМ+	моя злість закипає дуже швидко.
1ЕМ=	Я бачу це як можливість діяти впевнено й по-новому.
1ЕМ-	Я залишаюсь байдужим до цієї ситуації.
2ЕМ=	Мені важко сказати, що саме я відчуваю в цій ситуації.
2ЕМ-	Я не відчуваю жодного емоційного піднесення чи занепаду.
3ЕМ+	Я спалахую швидко
3ЕМ+-	Це мене дратує, але водночас так і тягне до таких ситуацій.
3ЕМ=	Зазвичай це не виводить мене з рівноваги, але далі дію більш обережно.
3ЕМ-	не бачу сенсу реагувати чи відповідати.
4ЕМ+-	відчуваю азарт, такі ситуації мене заводять.
4ЕМ=	Відчуваю різні емоції, але не втрачаю емоційну рівновагу.
4ЕМ-	Зазвичай це мене майже не турбує.
1ЕР=	Зазвичай я відчуваю повну зосередженість і задоволення від процесу, навіть якщо завдання складне.
1ЕР-	Я не надто переймаюсь — просто дію автоматично.
2ЕР+	я відчуваю різкий сплеск емоцій і це заважає мені зосередитись.
2ЕР+-	Я не бачу сенсу емоційно перейматися цим.
2ЕР-	Давно не зустрічався з такими завданнями, які б мене надихали.

Шифр	Завдання
3EP-	У спілкуванні з керівництвом я рідко відчуваю сильні емоції, найчастіше намагаюсь залишатися осторонь.
4EP+	Взаємодія з колегами (партнерами) викликає в мені бурхливі емоції і я втрачаю над ними контроль.
4EP+-	Коли я працюю в команді, я відчуваю одночасно інтерес та занепокоєння, що хтось може оцінити мій внесок критично.
4EP=	Співпрацюючи з колегами (партнерами), я зазвичай я отримую задоволення та радість від спільної роботи.
4EP-	Спілкування з колегами (партнерами) рідко викликає у мене якісь емоції.
1EC-	Вони перймаються тим, чому не слід приділяти стільки уваги
2EC=	Коли мене хтось критикує не ображаюся і беру з усього цього зазвичай багато корисного.
2EC-	Майже не реаую на критику зі сторони близьких.
3EC+-	відчуваю одночасно бажання бути поруч із близькими та прагнення віддалитися від них.
3EC=	в сім'ї я зберігаю внутрішнє почуття балансу та гармонії.
3EC-	Зазвичай мені не дуже цікаво проводити час разом.
4EC-	Мені буває важко включатися до сімейних справ - вони здаються мені нудними.

Загалом результати аналізу демонструють, що більшість тверджень методики мають задовільні психометричні характеристики, проте певні завдання потребують доопрацювання для підвищення їхньої валідності та дискримінаційної здатності. Зокрема, це стосується завдань із низькою дискримінативністю у сферах роботи та загальних установок, де виявлена найбільша кількість недостатньо виразних тверджень.

Таким чином, отримані результати свідчать про базову психометричну придатність методики для

діагностики емоційної складової есенційної саморегуляції, з рекомендацією подальшого вдосконалення окремих елементів для підвищення її точності та диференційованості.

Для оцінки надійності шкал методики діагностики емоційних особливостей есенційної саморегуляції було проведено розрахунок коефіцієнтів альфа Кронбаха (α -Кронбаха) (DeVellis, 2016, с. 43-44) для кожної з чотирьох шкал: Афекту, Амбівалентності, Оптимуму та Апатії.

Таблиця 7. Внутрішня узгодженість шкал опитувальника діагностики емоційного компоненту есенційної саморегуляції (n=75)/ Internal consistency of the scales of the questionnaire for diagnosing the emotional component of essential self-regulation (n=75)

	Афект E+	Амбівалентність E+-	Оптимум E=	Апатія E-
α -Кронбаха	0,78*	0,74*	0,78*	0,71*

Примітка: n – кількість досліджених, * - $\alpha > 0.70$ вважається прийнятним рівнем внутрішньої узгодженості.

Отримані результати свідчать про задовільну внутрішню узгодженість шкал. Зокрема, коефіцієнт альфа Кронбаха для шкали «Афект» склав 0,779, що вказує на високу консистентність тверджень, які вимірюють інтенсивність емоційної включеності. Шкала «Амбівалентність» продемонструвала коефіцієнт 0,741, що також є прийнятним рівнем надійності для дослідницьких цілей. Найвищу внутрішню узгодженість показала шкала «Оптимум», для якої альфа Кронбаха дорівнює 0,780, що свідчить про хорошу однорідність тверджень, пов'язаних зі станом емоційної рівноваги і внутрішньої узгодженості. Шкала «Апатія» мала найнижчий, хоча все ще прийнятний рівень надійності — 0,707, що вказує на достатню внутрішню консистентність тверджень, що описують емоційну відстороненість і втрату залучення.

Загалом, усі шкали показали коефіцієнти альфа Кронбаха в діапазоні від 0,707 до 0,780, що дає підстави вважати авторську методику психометрично надійною для використання як у наукових дослідженнях, так і в психодіагностичній практиці. Окрему увагу в подальших дослідженнях може бути приділено доопрацюванню окремих тверджень у шкалі апатії з метою підвищення її внутрішньої узгодженості.

Для оцінки конструктивної валідності (DeVellis, 2016, с. 95-10) методики ОДЕС-2-Е проведено

кореляційний аналіз з показниками Чотирьохмодального емоційного опитувальника Рабіновича, шкали психологічного благополуччя (К. Ріфф) та тесту емоційного інтелекту Голла (коефіцієнт кореляції Тау-б Кендалла, N=133–136).

Нами було висунуто такі гіпотези:

1. Шкала «Афект» (E+) буде позитивно корелювати з негативними емоціями (гнів, страх, печаль) і негативно — з саморегуляторними компонентами емоційного інтелекту та психологічного благополуччя.

2. Шкала «Амбівалентність» (E+-) проявить слабкі, але позитивні зв'язки з негативними емоціями та часткову кореляцію з внутрішньою напругою (низька автономія, мотивація), зворотній зв'язок з психологічним благополуччям.

3. Шкала «Оптимум» (E=) матиме позитивні кореляції з компонентами психологічного благополуччя (самоприйняття, автономія, особистісний ріст, мета в житті) та з емоційним інтелектом.

4. Шкала «Апатія» (E-) корелюватиме з низькою емоційною обізнаністю та емпатією, а також негативно пов'язуватиметься з мотивацією і контролем.

Результати аналізу підтвердили ці гіпотези частково або повністю:

Шкала афекту (E+) дійсно демонструє високі позитивні кореляції з гнівом ($\tau = 0,498$, $p < 0,01$; $n = 134$), страхом ($\tau = 0,248$, $p < 0,01$; $n = 134$) та печаллю ($\tau = 0,359$, $p < 0,01$; $n = 134$), а також негативні зв'язки з більшістю шкал психологічного благополуччя (автономія: $\tau = -0,209$, $p < 0,01$, $n = 133$; самоприйняття: $\tau = -0,184$, $p < 0,01$, $n = 133$; управління середовищем: $\tau = -0,272$, $p < 0,01$, $n = 133$; інтегративний показник психологічного благополуччя ($\tau = -0,232$, $p < 0,01$, $n = 133$). Ці дані підтверджують гіпотезу про деструктивний характер афекту як форми емоційної реакції у контексті есенційної саморегуляції.

Шкала Амбівалентності (E+-) також має значущі позитивні кореляції з негативними емоціями (печаль: $\tau = 0,218$, $p < 0,01$, $n = 134$; гнів: $\tau = 0,140$, $p < 0,05$, $n = 134$) та негативні — з психологічним благополуччям (мета в житті: $\tau = -0,243$, $p < 0,01$, $n = 133$; інтегративний показник психологічного благополуччя ($\tau = -0,232$, $p < 0,01$, $n = 133$). Це

узгоджується з гіпотезою про нестійкий, конфліктний характер емоційного стану.

Шкала Оптимуму (E=) виявила найбільш чіткі та позитивні зв'язки з усіма шкалами психологічного благополуччя: інтегративний показник психологічного благополуччя ($\tau = 0,294$, $p < 0,01$, $n = 133$); самоприйняття ($\tau = 0,197$, $p < 0,01$, $n = 133$), особистісний ріст ($\tau = 0,166$, $p < 0,01$, $n = 133$), мета у житті ($\tau = 0,278$, $p < 0,01$, $n = 133$), управління середовищем ($\tau = 0,291$, $p < 0,01$, $n = 133$), а також із інтегративним рівнем емоційного інтелекту ($\tau = 0,230$, $p < 0,05$, $n = 54$). Це свідчить про конструктивний потенціал цього емоційного стану як індикатора узгодженості, глибини й смислової насиченості особистісного функціонування.

Шкала Апатії (E-) практично не демонструє значущих зв'язків із більшістю показників, за винятком негативної кореляції з емоційною обізнаністю ($\tau = -0,300$, $p < 0,01$, $n = 54$) та емпатією ($\tau = -0,232$, $p < 0,05$, $n = 53$), що вказує на її емоційно-дефіцитний характер.

Таблиця 8. Гіпотези щодо конструктивної валідності і результати їх перевірки/ Hypotheses regarding construct validity and the results of their testing

№	Шкала методики	Гіпотеза (очікувані зв'язки)	Основні кореляції
1	Афект (E+)	Позитивно з негативними емоціями; негативно з саморегуляцією	Радість (-0,18**), Гнів (0,50**), Страх (0,25**), Печаль (0,36**); Автономія (-0,21**), Мета у житті (-0,18**) Самоприйняття (-0,18**) Позитивні відносини (-0,13*) EI (-0,31**) Управління середовищем (-0,27**) ПБ (-0,23**) Управління емоціями (-0,45**) Самомотивація (-0,40**)
2	Амбівалентність (E+-)	Слабко позитивно з негативними емоціями; частково негативно з ПБ	Печаль (0,22**), Гнів (0,14*); Мета в житті (-0,24**), Самоприйняття (-0,21**), Автономія (-0,20**) EI (-0,20*) ПБ (-0,23**) Управління середовищем (-0,27**) Управління емоціями (-0,35**) Самомотивація (-0,37**)
3	Оптимум (E=)	Позитивно з психологічним благополуччям і EI	Радість (0,28**), Гнів (-0,37**), Страх (-0,16**), Печаль (-0,33**) Мета в житті (0,28**), Самоприйняття (0,20**), EI (0,23*) Управління середовищем (0,29**) Управління емоціями (0,23**) Самомотивація (0,25**) Позитивні відносини (0,21**) Особистісний ріст (0,17**) ПБ (0,29**)
4	Апатія (E-)	Негативно з емпатією, емоційною обізнаністю	Емоційна обізнаність (-0,30**), Емпатія (-0,23*)

Примітки: ПБ – психологічне благополуччя, EI – інтегративний рівень емоційного інтелекту, ** - значущість на рівні $p < 0,01$, * - значущість на рівні $p < 0,05$.

Загалом результати підтверджують конструктивну валідність шкал методики ОДЕС 2 Е, оскільки виявлені кореляційні зв'язки є теоретично обґрунтованими, внутрішньо узгодженими і статистично значущими. Особливо прогнозовано себе

проявили шкали Оптимуму та Афекту як полярні конструкції, що відображають емоційну врівноваженість і деструктивну емоційну активізацію відповідно.

Таблиця 9. Нормативні показники за шкалами методики ОДЕС-2-Е/ Normative indicators according to the scales of the QDES-2-E methodology

Шкала	Середнє (М)	Ст. відхилення (SD)	Нижня межа норми		Верхня межа норми	
	Сирий бал	Сирий бал	Сирий бал	%	Сирий бал	%
Е+ (Афект)	4,43	2,92	2	17	7	58
Е+- (Амбівалентність)	6,15	2,37	4	33	8	67
Е= (Оптимум)	7,16	2,89	4	33	10	83
Е- (Апатія)	1,68	1,79	0	0	3	25

Для визначення нормативних показників за кожною з чотирьох шкал емоційного компоненту методики ОДЕС-2-Е було проведено стандартизацію на основі емпіричних даних. У таблиці 9 наведено середні значення (М), стандартні відхилення (SD), а також нижні та верхні межі нормативного інтервалу в сирих балах і у відсотках від максимально можливого показника.

Нормативний інтервал визначено як діапазон у межах одного стандартного відхилення від середнього ($M \pm 1SD$), що охоплює приблизно 68% випадків у нормально розподіленій вибірці. Це дозволяє окреслити умовну «норму» функціонального рівня вираженості кожного типу емоційної регуляції.

Так, для шкали «Афект» (Е+) середній показник становить 4,43 бала, з нормативним діапазоном від 2 до 7 сирих балів (що відповідає 17–58% від загальної частки вибраних відповідей). Для шкали «Амбівалентність» (Е±) середнє значення становить 6,15, а межі норми — від 4 до 8 балів (33–67%). Шкала «Оптимум» (Е=) має найвищий середній бал (7,16), а норма варіюється в межах 4–10 балів (33–83%). Натомість шкала «Апатія» (Е-) має найнижчий середній рівень (1,68), а нормативно вважається кількість від 0 до 3 балів (0–25%).

Наведені стандарти дозволяють інтерпретувати індивідуальні результати респондентів у термінах високої, середньої (нормальної) або низької вираженості кожного емоційного модусу. Застосування як сирих балів, так і відсоткового вираження забезпечує гнучкість в інтерпретації — як у клінічному, так і в дослідницькому контексті.

Висновки

1. У межах авторської концепції есенціальної саморегуляції було створено психодіагностичну методику ОДЕС-2-Е, яка дозволяє кількісно оцінювати чотири емоційні модуси: афект, амбівалентність, оптимум і апатію — у трьох ключових сферах життя: загальній, професійній та сімейній. Методика фіксує як емоційні ресурси, так і прояви внутрішньої напруги, дисбалансів та потенціалу до самоактуалізації.

2. Психометричний аналіз показав, що шкали методики мають задовільну внутрішню узгодженість

(α -Кронбаха від 0,71 до 0,78), достатній рівень дискримінативності завдань та переважно високі коефіцієнти ефективності. Отримані дані свідчать про надійність інструменту для індивідуальної та групової діагностики.

3. Виявлено часткові гендерні відмінності: жінки продемонстрували вищий рівень амбівалентності, тоді як чоловіки — вищу апатію. Ці розбіжності потребують подальшого дослідження з більшими вибірками. Зі змінними віку зв'язків не виявлено, що дозволяє поки що застосовувати загальні нормативи без вікової диференціації.

4. Факторний аналіз підтвердив теоретичну модель чотирьох шкал: 75% тверджень відповідають своїм концептуальним факторам. Найкращу відповідність виявлено у шкал «Оптимум» (86%) та «Апатія» (79%). Шкали «Афект» і «Амбівалентність» показали помірну відповідність (по 67%), що свідчить про потребу в доопрацюванні окремих тверджень.

5. Конструктна валідність підтверджена статистично значущими кореляціями шкал ОДЕС-2-Е з теоретично пов'язаними психометричними інструментами: чотирьохмодальним емоційним опитувальником Рабіновича, шкалою психологічного благополуччя (Ріфф) та тестом емоційного інтелекту Голла. Зокрема, шкала «Оптимум» узгоджується з показниками психологічного функціонування, тоді як «Афект» та «Амбівалентність» пов'язані з дистресом, конфліктністю та зниженим благополуччям.

6. Здійснена стандартизація дозволяє інтерпретувати результати у відсотковому та баловому форматі. Запропоновані межі норм ($\pm 1 SD$) забезпечують об'єктивне порівняння індивідуальних результатів з нормативними показниками.

Таким чином, методика ОДЕС-2-Е має достатній рівень надійності та валідності, підтверджену психометрично й емпірично, і може бути рекомендована для використання у дослідницькій, консультативній та психотерапевтичній практиці. Подальші дослідження можуть бути спрямовані на уточнення норм, удосконалення формулювань окремих завдань та розвиток версій методики для інших вікових груп.

Список використаних джерел/References

- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1–28. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0901_1
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2007). Self-regulation, ego depletion, and motivation. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 115–128. <https://assets.csom.umn.edu/assets/90559.pdf>
- Rogers, C. R. (1961). On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Houghton Mifflin. https://teots.org/wp-content/uploads/2021/08/On-becoming-a-person-by-Rogers-Carl-R.-z-lib.org_.pdf
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). On the self-regulation of behavior. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139174794>
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and practical issues. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3–20). Guilford Press. <https://www.iccpp.org/wp-content/uploads/2020/07/Handbook-of-emotion-regulation.pdf>
- Kocharian, I. O. (2024). Особливості емоційного компоненту есенціальної саморегуляції, що пов'язані із задоволеністю шлюбом жінок [Emotional component of essential self-regulation related to women's marital satisfaction]. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 21, 18–24. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2024-21-03> (in Ukrainian)
- Kocharian, I. (2017). Система радости: эссенциальная саморегуляция психики и ее психологическая коррекция : монография / И. А. Кочарян. – 2-е изд., испр. –Х.: ХНУ им. В.Н. Каразина, 2017. [The system of joy: essential self-regulation of the psyche and its psychological correction: monograph / I. Kocharyan. - 2nd ed., ed. -H.: KHNU named after V.N. Karazina]. – 288 с.
- Kocharian, I. O., & Servinskyi, V. V. (2019). Опитувальник діагностики есенційної саморегуляції та психометрична оцінка його завдань [Essential self-regulation questionnaire and psychometric evaluation of its items]. *Visnyk KhNPU imeni H. S. Skovorody. Psykholohiya*, (60), 209–230. (in Ukrainian)
- Kocharian, I. O. (2023). Валідизація шкали есенціальності/інферальності (Е/І) опитувальника діагностики есенціальної саморегуляції (ОДЕС) [Validation of the scale of essentiality/infertility (E/I) questionnaire for the diagnosis of essential self-regulation (QDES)]. *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 19, 12–20. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2023-19-02> (in Ukrainian)
- DeVellis, R. F. (2016). Scale development: Theory and applications (4th ed.). Sage. <https://tms.iau.ir/file/download/page/1635238305-develis-2017.pdf>

PSYCHOMETRIC EVALUATION OF THE QUESTIONNAIRE FOR DIAGNOSING THE EMOTIONAL COMPONENT OF ESSENTIAL SELF-REGULATION (QDES-2-E)

Igor Kocharian

PhD., Associate Professor of General Psychology Department,
V.N. Karazin Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

This article presents a psychometric evaluation of the questionnaire designed to assess the emotional component of Essential Self-Regulation" (QDES-2-E), designed to study the deep mechanisms of emotional functioning in personality. The theoretical foundation of the method is the concept of essential self-regulation, which is understood as a person's ability to maintain authenticity, internal integrity, and meaningful coherence in response to external influences, while remaining in contact with their own values, needs, and tendency toward self-actualization. Thus, the method aims not only to assess the functional level of regulation but also to diagnose the emotional and existential core of personality. The instrument includes four scales: affect (emotional arousal, impulsivity), ambivalence (emotional contradiction), optimum (internal coherence, balance), and apathy (emotional detachment, exhaustion). Each scale is assessed within three life domains: general, professional, and family. The structure consists of six situational blocks, each presenting eight response options. Respondents choose 3–5 options that best reflect their emotional reaction, allowing the multidimensionality of emotional experience to be captured. Psychometric analysis indicates satisfactory reliability of the scales (Cronbach's alpha ranging from 0.71 to 0.78), high item discrimination, and 75% agreement with the theoretical model (according to factor analysis). Construct validity is confirmed by statistically significant correlations with other psychological instruments: Hall's Emotional Intelligence Test, Ryff's Psychological Well-Being Scale, and Rabinovich's Four-Modal Emotional Questionnaire. Scale standardization enables interpretation of results both in percentages and in raw scores using normative thresholds. Additionally, gender differences were analyzed: women scored higher on the ambivalence scale, while men scored higher on the apathy scale, suggesting possible differences in emotional engagement and regulation. The method is suitable for individual assessment, scientific research, psychotherapy, education, and training. It allows not only for diagnosing the state of emotional self-regulation but also for identifying personal resources, areas for development, and directions for personal growth.

Keywords: self-regulation, essential self-regulation, affect, ambivalence, optimum, apathy, emotional regulation, validity, reliability.

The article was received by the editors 5.02.2025 (Стаття надійшла до редакції 5.02.2025)

The article is recommended for printing 15.05.2025 (Стаття рекомендована до друку 15.05.2025)

SECTION: WORKS OF YOUNG SCIENTISTS
РОЗДІЛ РОБОТИ МОЛОДИХ ВЧЕНИХDOI 10.26565/2410-1249-2025-23-08
UDC 159.942.22

ЕМОЦІЙНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ В ПЕРЕЖИВАННІ ТРАВМИ СВІДКА ВІЙНИ

Костянтин Волков

аспірант кафедри педагогічної та вікової психології
Волинського національного університету імені Лесі Українки, Луцьк, Україна
e-mail: mykostyavolkov@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3427-5358>

Стаття присвячена емпіричному обґрунтуванню емоційної резистентності в переживанні травми свідка війни на вибірці студентської молоді. Метою презентованого матеріалу є емпірична експлікація особливостей вияву емоційної резистентності в переживанні травми свідка війни. В основу покладено методи бібліографічного огляду емпіричних джерел із зазначеної проблеми, починаючи з 2015 року по 2024 рік та емпіричні методи з використанням діагностичних (шкала оцінки стійкості до стресу Коннора-Девідсона (CD-RISC), симптоматичний опитувальник (SLR-90-R); опитувальник соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда, опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте; шкала диференціальних емоцій К. Ізарда; шкала базових переконань Р. Янова-Бульмана; опитувальник посттравматичного зростання Р. Тадеші і Л. Калхаун); статистичних засобів (процедура стандартизації або z-перетворення даних, дискримінантний аналіз, непараметричний критерій Манна-Уїтні, факторний аналіз, множинний регресійний аналіз. До результатів належить методологічна презентація теоретичних припущень щодо зумовленості переживання травми свідка війни реальними показниками психічного стану людини та показниками емоційної стійкості, що у психологічному альянсі є потужним особистісним ресурсом переживання емоційно-напруженої ситуації війни. Розроблена програма емпіричного дослідження, а також комплекс використаних методів математичної обробки результатів дослідження дали змогу визначити особистісні симптомокомплекси прояву емоційної резистентності для студентів з високим та середнім рівнем прояву стресостійкості. Психологічний профіль студентів з високим рівнем стресостійкості визначається адаптивними якостями гнучкості мислення і поведінки, самоорганізації та просоціальної взаємодії з іншими людьми; а психологічний профіль студентів з середнім рівнем стресостійкості характеризується цілеспрямованістю, вираженим почуттям справедливості, усвідомленням особистісної відповідальності за життєві обставини та прагненням до домінування. У висновках зазначено, що отримані результати можуть успішно використовуватися психологами в системі освіти для моніторингу психологічного відновлення та посттравматичного зростання студентів.

Ключові слова: емоційна резистентність, стресостійкість, психічний стан, травма свідка війни, студентська молодь

Актуальність теми. Концептуальна позиція розуміння резистентності закладена в психоаналізі З. Фрейда, який неодноразово стверджував, що резистентність супроводжує лікування крок за кроком, адже кожна асоціація, промова чи то вчинок пацієнта завжди містить опір, і саме цей опір може представляти примирення між силами, які борються за одужання і силами, які цьому протистоять. Тому опір це елемент лікування. Сьогодні ми говоримо про резистентність не тільки в контексті психоаналітичного опору, але й контексті набуття психологічної рівноваги, завдяки якому людина може вести діалог зі своєю реальністю, отримуючи захист перед обличчям ризикових ситуацій за допомогою захисних механізмів та інтерактивних процесів, які діють. Тому презентований матеріал присвячений аналізу емоційної резистентності в переживанні травми свідка війни.

Метою презентованого матеріалу є емпірична експлікація особливостей вияву емоційної резистентності в переживанні травми свідка війни.

Методи дослідження. В основу покладено метод бібліографічного огляду емпіричних джерел із зазначеної проблеми, починаючи з 2014 року по 2024 рік та емпіричні методи з використанням діагностичних (шкала оцінки стійкості до стресу Коннора-Девідсона (CD-RISC), симптоматичний опитувальник (SLR-90-R); опитувальник соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда, опитувальник Плутчика-Келлермана-Конте; шкала диференціальних емоцій К. Ізарда; шкала базових переконань Р. Янова-Бульмана; опитувальник посттравматичного зростання Р. Тадеші і Л. Калхаун; статистичних засобів (процедура стандартизації або z-перетворення даних, дискримінантний аналіз, непараметричний критерій Манна-Уїтні, факторний аналіз, множинний регресійний аналіз (МРА). Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою комп'ютерного забезпечення SPSS для Windows версія 21.0.

Результати. Емпіричні доробки останніх років характеризуються посиленням вивченням

How to cite: Volkov K. (2025). Emotional Resistance in the Experience War Witness Trauma, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 23, 54-63. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-08> (in Ukrainian)

Як цитувати: Волков К. (2025). Емоційна резистентність в переживанні травми свідка війни, *Психологічне консультування і психотерапія*, 23, 54-63. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2025-23-08>

© Волков К., 2025; CC BY 4.0 license

різновекторних питань мілітарної психології від особливостей гібридної та реальної війни до специфіки бойового стресу, травми, психічного здоров'я, психореабілітації тощо (Гошовська & Гошовський, 2023). Останніми роками в межах психопатології було систематизовано широкий спектр соціальних явищ, що оформилися в окрему галузь психотравматизму, яка об'єднує різноманітні підходи не лише психологів, а й представників правової, культурної, біологічної, соціологічної та інших галузей, які вивчають соціальну травму війни (Kirmayer et al., 2007).

В межах вітчизняної психології особливо виокремлюються дослідження психологічної травми в учасників воєнних дій на сході України, починаючи з 2014 року; внутрішньо переміщених осіб, і особливо у дітей (Зубовський, 2018; Колесникова & Чанцева-Коваленко, 2018; Карут, 2017; Тополь, 2015; Virna, 2016). Посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації у постраждалих унаслідок військового конфлікту та психологічні особливості поведінки дітей, які пережили психотравмуючу подію піддані глибокому теоретичному аналізу у працях таких науковців (Кочарян та ін., 2018; Keshet et al., 2019; Малімон & Пархоменко, 2024; Virna et al., 2024).

У теоретичному ракурсі заслуговує на увагу розробка Т. Титаренко концепції соціально-психологічної реабілітації особистості в умовах травматизації та поетапну модель соціально-психологічної реабілітації травмованої особистості (Титаренко, 2018). У дослідженні А. Харченко виявлено структурні особливості організації емоційної сфери демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, що полягають у домінуванні емоцій тривожно-депресивного та гостро-негативного спектру, вираженому «злипання» негативної емоційності стенозного та астенічного кола, деструктивній конотованості позитивних емоцій «радості» та «здивування», наявності феномену потенціювання негативної емоційності, втрата ресурсності «гніву», контамінованого «страхом»; та існуванні «наскрізних» емоцій страху, гніву, горя та сорому, які стають стрижневою характеристикою емоційної сфери (Харченко, 2019); Т. Кочубинська визначила особливості соціально-психологічної адаптації до мирного життя учасників операції Об'єднаних сил та її взаємозв'язок з Я-концепцією, зокрема гармонійністю або ж дизгармонійністю, а також запропоновано модель соціально-психологічної адаптації учасників операції Об'єднаних сил, що розкриває вплив зовнішніх чинників (перебування в зоні військових дій, проблеми соціальної взаємодії, складність працевлаштування, напружені та конфліктні стосунки в сім'ї) та внутрішніх чинників (а саме емоційну, комунікативну, поведінкову та мотиваційно-ціннісну складову проявів соціально-психологічної адаптації) на компонентний склад Я-концепції учасників операції Об'єднаних сил (Я-психічне, Я-фізичне, Я-соціальне: Я-професійне, Я-

сімейне, Я-учнівське) (Кочубинська, 2021); у колективній праці Л. Березовської та В. Богайчук щодо вивчення емоційної стійкості військовослужбовців-офіцерів, наголошено на таких характеристиках емоційної стійкості як загальна волюва саморегуляція, самовладання та наполегливість, які дають можливість їм виконувати якісно свої професійні обов'язки (Березовська & Богайчук, 2022). Цікаві факти щодо емоційної стійкості знаходимо у ще одному колективному дослідженні психологічної стійкості волонтерів кол-центру Військ територіальної оборони Збройних Сил України та Національного інформаційного бюро, а саме йдеться про базові антропологічні здібності, стійкі стратегії подолання та життєву філософію цих учасників воєнного буття (Антонович та ін., 2022). Щодо сучасного студентства, то знаходимо факти, що особистісна модель боротьби зі стресом створюється на основі побудови внутрішніх суб'єктивних умов, а емоційна стійкість під час психологічної адаптації та відновлення є однією із динамічних властивостей емоційності (Потапюк, 2023). У дослідженні Н. Шель емоційну стійкість визначено як інтегративну якість особистості, що забезпечує найбільш успішне досягнення цілей діяльності у складному емотивному середовищі, а в умовах війни емоційна стійкість є здатністю протистояння важким випробуванням, усвідомлення своїх чуттєвих станів, адекватного та продуктивного переживання та вміння самовідновлюватися (Шель, 2024).

Перераховані дослідження не поодинокі у царині психологічних знань, адже вони охоплюють різні аспекти адаптації та стійкості українців у складних умовах війни. Тому й презентоване дослідження є специфічним внеском у вивчення такого вкрай важливого психологічного феномену в умовах війни на вибірці студентів вищих навчальних закладів, адже саме молодь ще за мирних часів вважалась однією з вразливих категорій до соціально-психологічної адаптації, а під час війни вона переживає різні психічні та фізичні втрати, які руйнують її автономність, ідентичність та гідність (Вірна & Марчук, 2024).

Теоретичний аналіз детермінант та наслідків різного рівня та критеріїв емоційної резистентності в переживанні травми свідка війни підтверджений проведеним констатувальним експериментом, який був скерований на перевірку та підтвердження теоретичних припущень щодо зумовленості переживання травми свідка війни реальними показниками психічного стану людини та показниками емоційної стійкості.

Дослідження проводилося на вибірці респондентів вікової категорії 17-25 років, що є студентами вищих навчальних закладів м. Запоріжжя, м. Кривий Ріг та м. Луцьк (n=320). Діагностична хвиля тривала з вересня по грудень 2023 року. Опитування здійснювалось за допомогою он-лайн панелі https://docs.google.com/forms/d/1FLr82pIrmcmawnzKIRKc4Rlm_6puHqG0FCE-qhFmayl/edit. Формування вибіркової сукупності відбувалось шляхом добору

вибірки з генеральної сукупності, яка за своїми ключовими характеристиками відповідала предмету дослідження та була релевантна дослідницькому набору методів психодіагностики.

Передусім усю вибірку сукупність респондентів було диференційовано на субвибірки на основі оцінки результатів стійкості до стресу (методика Коннора-Девідсона): субвибірка 1 – особи з високий рівнем стресостійкості (53 % від загальної кількості респондентів); субвибірка 2 – особи з середнім рівнем стресостійкості (45,5 %); субвибірка 3 – особи з

низьким рівнем стресостійкості (1,5 %). Зауважимо, кількісний склад останньої групи є надто малочисельним, що при подальшому аналізі не дасть нам можливості розповсюджувати отримані результату на генеральну сукупність осіб, а лише дасть змогу констатувати дані стосовно кількох вказаних респондентів.

Застосування дискримінантного аналізу дало змогу визначити канонічні ортогональні вісі диференціації центроїдів класів (субвибірок) та дати можливість визначити відмінність між двома групами (табл. 1).

Таблиця 1. Власні значення канонічних функцій за результатами дискримінантного аналізу/ Eigenvalues of canonical functions based on discriminant analysis results

Функція	Власне значення	% поясненої дисперсії	Кумулятивний %	Канонічна кореляція
1	3,046 (a)	86,2	86,2	,868
2	,488 (a)	13,8	100,0	,573

Примітка: а – в аналізі використовувалися перші 2 канонічні функції.

Згідно отриманих результатів можемо говорити про те, що перша канонічна функція володіє 86,2 % дискримінантних можливостей, а друга – майже 14 %, що у підсумку вказує на стовідсоткову інформативність власних значень виділених канонічних дискримінантних функцій (табл. 2).

Таблиця 2. Показники λ -Уїлкса та χ^2 за результатами дискримінантного аналізу/ Wilks' λ -rank and χ^2 indices based on discriminant analysis results

Перевірка функції (й)	Лямбда Уїлкса	Хі-квадрат	Ступінь свободи	Знач.
від 1 до 2	.166	502,656	134	.000
2	.672	111,277	66	.000

З отриманих даних видно, що повний набір функцій володіє дуже високою дискримінантною здатністю, яка дещо зменшується, проте не виходить за

межі $p \leq 0,05$. Візуалізація територіального співвідношення між виділеними групами представлена на рис. 1.

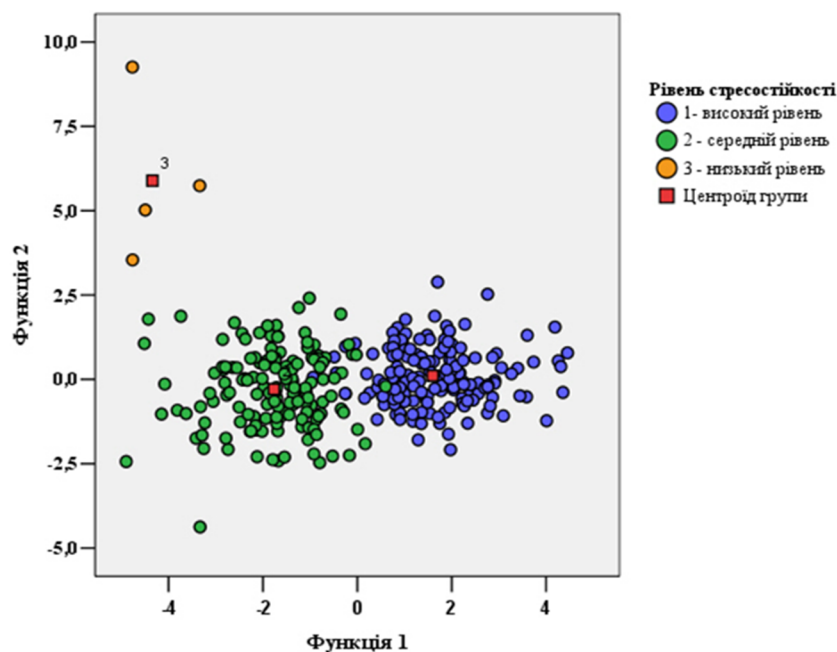


Рисунок 1. Графічне відображення канонічних дискримінантних функцій

Щодо класифікації в цілому, то відсоток збігу реальної класифікації і класифікації об'єктів за

допомогою канонічних функцій становить, за результатами дискримінантного аналізу, 97 %. Решта

3 % об'єктів не піддаються чіткій класифікації, оскільки їх діагностичні показники дають змогу

констатувати у таких респондентів ситуативно-залежний рівень стресостійкості (табл. 3).

Таблиця 3. Результати класифікації у ході дискримінантного аналізу

		Рівень стресостійкості	Приналежність до групи			Всього
			1,00	2,00	3,00	
Вихідні змінні	Частота	1,00	164	5	0	169
		2,00	4	143	0	147
		3,00	0	0	4	4
	%	1,00	97,0	3,0	0,0	100,0
		2,00	2,7	97,3	0,0	100,0
		3,00	0,0	0,0	100,0	100,0

Примітка: а 97,2% вихідних згрупованих спостережень класифіковано правильно.

Для перевірки відмінностей між цими групами респондентів використано непараметричний U-критерій Манна-Уїтні. Статистично значущими ($p \leq 0,05$, $p \leq 0,01$, $p \leq 0,001$) виявились відмінності між переважною більшістю діагностичних критеріїв, що ще раз підтверджує правомірність диференціації респондентів на субвибірці залежно від базового рівня стресостійкості.

Наступним кроком у вивченні симптомокомплексу емоційної резистентності респондентів з різним рівнем стресостійкості став процес мінімізації кількості змінних та концентрації інформації про детермінанти формування вказаних типажів у вигляді невеликого масиву характеристик. Для реалізації цього завдання нами використано факторизацію методом головних компонент (Principal Components) з наступним варімакс-обертанням (Varimax) матриці психологічних шкал (змінних). Правомірність застосування методу факторного аналізу до вибірки також перевірялась за критерієм Кайзера-Мейєра-

Олкіна: значення кореляції між фактором та змінними, що входять в його структуру менше 0,5 не брались до уваги в аналізі та критерієм сферичності Бартлетта ($p \leq 0,001$).

Нами встановлено факторну структуру складових високого рівня стресостійкості у субвибірці з високим рівнем стресостійкості та перевірено за допомогою критерію адекватності вибірки Кайзера-Мейєра-Олкіна (критерій КМО=0,845), а також критерію сферичності Бартлетта (приблизне значення $\chi^2=7183,780$; $df = 1378$; $p = 0,000$), що засвідчило доцільність та можливість використання заданого типу аналізу для обраних даних.

Після варімакс-обертання матриця факторних навантажень виявилася доволі структурованою, з чітко вираженими дев'ятьма факторами, що описують майже 70 % дисперсії масиву емпіричних даних.

Виділення найбільш значущих факторів підтверджено відповідними високими показниками коефіцієнтів факторних навантажень (рис. 2)



Рисунок. 2. Номінативно-інформативна факторна структура симптомокомплексу характеристик емоційної резистентності респондентів з високим рівнем стресостійкості/ Nominative-informative factor structure of the symptom complex of emotional resistance characteristics of respondents with a high level of stress resistance

Перший фактор «емоційна лабільність» містить критерії, що вказують на диференціацію емоцій діагностованих: стан паніки (-.817), конфузливий (.813), зляканий (.808), винуватий (.807), лютий (.797), оскаженілий (-.786), зневажливий (-.785), гнівний (.753), презирливий (-.749), боязливий (.720), зломлений (.679), боязкий (-.676), стан жалю (.653),

похмурий (.628), сумний (.587), сором'язливий (-.584). На жаль, усі перераховані емоції належать до гострих негативних та тривожно-депресивних, проте є шкали, які демонструють від'ємні значення, що вказує на здатність до позитивного емоційного забарвлення поточної діяльності. Вміст вказаного фактору дозволяє нам узагальнити його у назві

До другого фактору «адаптивність» увійшли такі шкали: адаптація (.895), інтернальність (.822), самоприйняття (.801), емоційна комфортність (.757), прийняття інших (.728). Тобто, респонденти з високим рівнем стресостійкості проявляють високий рівень адаптивності завдяки пошуку емоційного комфортного стану, приймають особливості себе та інших через здатність до рефлексії.

Третій фактор «інтерперсональна чутливість» конкретизується у змінних з симптоматичного опитувальника SCL-90-R: інтерперсональна чутливість (.816), соматизація (.742), депресія (-.705), параноїдність (.670), психотизм (-.664), obsесивно-компульсивний розлад (.590), ворожість (-.540), тривожність (.540). Аналізуючи вміст цього фактору можемо стверджувати, що емоційна резистентність осіб з високим рівнем стресостійкості формується, у тому числі, завдяки загостреному почуттю усвідомлення власного Я та негативним очікуванням щодо міжособистісної взаємодії, когнітивну раціоналізацію можливих страхів тощо. Проте депресивність, психотизм, ворожість не властиві особам з високим рівнем стресостійкості.

До четвертого фактору «позитивні емоції» з найбільшою факторною вагою увійшли показники: радісний (.832), здивований (.823), щасливий (.785), вражений (.737), стан насолоди (.735), які формують загальний індекс позитивних стану.

П'ятий фактор «контрольованість світу» проявляється через сукупність критеріїв, що розкривають зміст базових переконань особистості: контрольованість світу (.762), прихильність до світу (.756), ступінь удачі (.649), справедливість світу (.648), ступінь самоконтролю над подіями (.524).

До шостого фактору «пострауматичне зростання» з найбільшою факторною вагою увійшли показники: сила особистості (.768), ставлення до інших (.717), підвищення цінності життя (.657), духовні зміни (.643).

Сьомий фактор «захист психіки» проявляється через такі діагностичні показники як: заперечення (.742), заміщення (.682), раціоналізація (.668), регресія (.630).

До восьмого фактору «позитивно-емоційна сконцентрованість» увійшли такі характеристики високого рівня стресостійкості: сконцентрованість (.699), зібраність (.608), уважність (.595).

Дев'ятий фактор «віра у випадок» визначається лише через одну змінну – випадковість як принцип реальних подій (.589).

Наступний етап дослідження передбачав пошук факторної структури симптомокомплексу характеристик емоційної резистентності респондентів з середнім рівнем стресостійкості. У результаті факторизації було отримано дев'ятифакторну модель, правомірність якої перевірено за допомогою критерію адекватності вибірки Кайзера-Мейєра-Олкіна (критерій КМО = 0,822), а також критерію сферичності Бартлетта (приблизне значення $\chi^2=6258,488$; $df = 1378$; $p = 0,000$), що засвідчило доцільність та можливість використання заданого типу аналізу для обраних даних.

Після варімакс-обертання матриця факторних навантажень виявилася доволі структурованою, з чітко вираженими дев'ятьма факторами, що описують 69,74 % дисперсії масиву емпіричних даних (рис. 3).

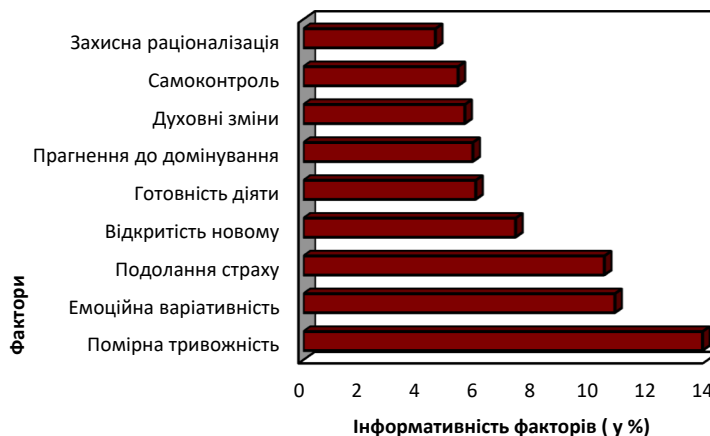


Рисунок 3. Номінативно-інформативна факторна структура симптомокомплексу характеристик емоційної резистентності респондентів з середнім рівнем стресостійкості/ Nominative-informative factor structure of the symptom complex of emotional resistance characteristics of respondents with an average level of stress resistance

Перший фактор «помірна тривожність» характеризує такі психологічні особливості середнього рівня стресостійкості як: тривожність (.877), депресія (-.838), параноїдність (.825), соматизація (-.811), інтерперсональна чутливість (-.794), obsесивно-компульсивний розлад (.794), ворожість (.756).

До другого фактору «емоційна варіативність» з найбільшими факторними навантаженнями увійшли показники емоції, які належать до гострих негативних та тривожно депресивних станів: лютий (-.815), гнівний (.811), відчуття огиди (-.796), оскаженілий (.792), презирливий (.729), зневажливий (-.642), похмурий (-.628), зломлений (.617), сумний (.582).

Третій фактор «*подолання страху*» найбільшою мірою визначають такі показники: боязкий (-.811), боязливий (-.792), зляканий (.784), сором'язливий (.709), конфузливий (.707), стан паніки (.695), винуватий (-.684), стан жалю (.635). Перераховані змінні вказують на переживання тривожно-депресивних емоцій сорому, страху та провини. Проте від'ємні значення частини змісту фактору вказують на ситуативність таких емоцій, тимчасовість їх впливу на життєдіяльність особистості.

Четвертий фактор «*відкритість новому*» інтегрував такі показники застосованих нами діагностичних методик: вражений (.830), здивований (.809), щасливий (.768), радісний (.747), стан насолоди (.643), які детермінують високий індекс позитивних емоцій та процес позитивного сприймання навколишнього світу.

П'ятий фактор «*готовність діяти*» об'єднав характеристики: зібраний (.846), сконцентрований (-.823), уважний (.789), які вказують на високий емоційний інтерес до життєдіяльності оточуючого світу.

До шостого фактору «*прагнення до домінування*» увійшли: прагнення до домінування (.656), емоційна комфортність (.629), самоприйняття (.611), інтернальність (.591), адаптація (.577).

Сьомий фактор «*духовні зміни*» інтегрував такі показники як: духовні зміни (.821), сила особистості (.811), підвищення цінності життя (.781), ставлення до інших (-.693), які вагомо орієнтовані на посттравматичне зростання.

Восьмий фактор «*самоконтроль*» найбільшою мірою визначають такі показники: ступінь самоконтролю (.821), прихильність до світу (.723), справедливість світу (.710), ступінь удач (.674), які вказують на ключові засоби соціально-психологічної адаптації.

Дев'ятий фактор «*захисна раціоналізація*» наповнений змістом психологічного захисту через показники механізмів: раціоналізація (.686), заперечення (.665), регресія (.651), заміщення (-.649).

Завершальним етапом статистичного аналізу симптомокомплексу емоційної резистентності осіб з різним рівнем стресостійкості стало використання *методу множинного регресійного аналізу* з використанням зворотнього покрокового методу (Backward).

Для осіб з високим рівнем стресостійкості було отримано остаточну модель множинної регресії, яка пояснює 51 % дисперсії залежної змінної («стійкість до стресу») (при цьому коефіцієнт множинної кореляції остаточної регресійної моделі складає 0,696) (табл. 4).

Таблиця 4. Коефіцієнти множинного регресійного аналізу (а) характеристик осіб з високим рівнем стресостійкості/ Multiple regression analysis coefficients (a) of characteristics of individuals with a high level of stress resistance

Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Знч.
		B	Стд. помилка	Бета (β)		
1	(Константа)	75.248	.571		131.890	.000***
	Фактор 1	.344	.572	.041	.601	.549
	Фактор 2	2.706	.572	.326	4.729	.000***
	Фактор 3	-1.113	.572	-.134	-1.945	.050*
	Фактор 4	1.656	.572	.199	2.894	.004**
	Фактор 5	1.494	.572	.180	2.610	.010*
	Фактор 6	.789	.572	.095	1.379	.170
	Фактор 7	.572	.572	.069	1.000	.319
	Фактор 8	1.264	.572	.152	2.210	.029*
	Фактор 9	.864	.572	.104	1.509	.133

Примітка: а – залежна змінна «стійкість до стресу»; рівень достовірності: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Під час аналізу отриманих результатів основна увага приділяється величинам стандартизованих коефіцієнтів регресії (β), які дають змогу зробити висновок щодо вкладу кожного фактору у формування величини залежної змінної. Тому основними детермінантами стійкості до стресу серед респондентів з високим рівнем стресостійкості є:

- фактор (2) «адаптивність» ($\beta=0.326$; $p < 0,000$);
- фактор (4) «позитивні емоції» ($\beta=0.199$; $p = 0,004$);
- фактор (5) «контрольованість світу» ($\beta=0.180$; $p = 0,010$);
- фактор (8) «позитивно-емоційна сконцентрованість» ($\beta=0.152$; $p=0,029$).

Сукупність проаналізованих характеристик дозволяє стверджувати, що представники цієї групи володіють особистісними якостями, які сприяють

ефективній адаптації до життєвих умов та соціального середовища переважно за рахунок гнучкості мислення і поведінки та сформованого вміння змінюватися відповідно до ситуації. Вони легко інтегруються в нові колективи, вміють швидко орієнтуватися у різноманітних ситуаціях і обирати відповідну модель поведінки. У респондентів спостерігається високий рівень самоорганізації в емоційній та духовній сферах, що проявляється в умінні гармонізувати власні очікування з реальними можливостями та соціальними вимогами. Вони демонструють емоційно-психологічну зрілість, відкритість до спілкування, доброзичливе ставлення до інших і позитивне сприйняття різних точок зору. Їхня щирість, емоційна виразність, готовність до взаємодії та чуйність сприяють налагодженню позитивних взаємин з оточуючими.

Результати застосування методу множинного регресійного аналізу щодо факторних оцінок осіб з

середнім рівнем стресостійкості було отримано остаточну модель множинної регресії, яка пояснює майже 60 % дисперсії залежної змінної («стійкість до

стресу») (при цьому коефіцієнт множинної кореляції остаточної регресійної моделі складає 0,767) (табл. 5).

Таблиця 5. Коефіцієнти множинного регресійного аналізу (а) характеристик осіб з середнім рівнем стресостійкості/
Multiple regression analysis coefficients (a) of characteristics of individuals with an average level of stress resistance

Модель		Нестандартизовані коефіцієнти		Стандартизовані коефіцієнти	t	Знч.
		B	Стд. помилка	Бета (β)		
1	(Константа)	51.382	.527		97.445	.000***
	Фактор 1	-3.070	.529	-.319	-5.803	.000***
	Фактор 2	-1.055	.529	-.110	-1.995	.058
	Фактор 3	-2.301	.529	-.239	-4.348	.000***
	Фактор 4	1.747	.529	.182	3.301	.001***
	Фактор 5	2.008	.529	.209	3.795	.000***
	Фактор 6	3.215	.529	.334	6.077	.000***
	Фактор 7	3.241	.529	.337	6.126	.000***
	Фактор 8	3.242	.529	.337	6.126	.000***
	Фактор 9	.500	.529	.052	.945	.346

Примітка: а – залежна змінна «стійкість до стресу»; рівень достовірності: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Базовими детермінантами формування стійкості до стресу серед респондентів з середнім рівнем стресостійкості є:

- фактор (8) «самоконтроль» ($\beta=0.337$; $p < 0,000$);
- фактор (7) «духовні зміни» ($\beta=0.337$; $p < 0,000$);
- фактор (6) «прагнення до домінування» ($\beta=0.334$; $p < 0,000$);
- фактор (5) «готовність діяти» ($\beta=0.209$; $p < 0,000$);
- фактор (4) «відкритість новому» ($\beta=0.182$; $p = 0,001$);

Обернений взаємозв'язок між стійкістю до стресу серед осіб з середнім рівнем стресостійкості та сформованими характеристиками демонструють такі фактори як:

- фактор (1) «Помірна тривожність» ($\beta = -0.319$; $p < 0,000$);
- фактор (3) «Подолання страху» ($\beta = -0.239$; $p < 0,000$).

Респонденти цієї субвибірки вирізняються цілеспрямованістю та стійкістю у досягненні поставлених завдань. Вони переконані, що світ можна передбачити й контролювати, мають позитивне ставлення до соціального середовища й демонструють схильність до просоціальної поведінки — готовності підтримувати та допомагати іншим. Віра в справедливий устрій світу й уявлення про роль випадковості у життєвих подіях виступають для них ключовими чинниками соціально-психологічної адаптації. Прояви посттравматичного зростання у цих осіб пов'язані зі змінами у світогляді, глибшим інтересом до духовності та пошуком особистісного сенсу. Їхня внутрішня впевненість сприяє розвитку емпатії, довірливості та відкритості у взаємодії з іншими. Серед адаптаційних особливостей домінують емоційна врівноваженість, позитивне самосприйняття, прийняття власної індивідуальності та усвідомлення

особистої відповідальності за поведінку і життєві обставини. Водночас у цих респондентів спостерігається прагнення до домінування, яке проявляється у формі ініціативності, прагнення контролювати ситуацію та впевненості у власній позиції. Їх підвищена емоційна включеність у навколишню дійсність виражається через уважність, зосередженість і внутрішню зібраність.

У завершенні дослідження хотілося б зазначити, що досліджені характеристики емоційної резистентності студентів можуть мати й іншу конфігурацію розподілу, що залежить від емпіричних завдань дослідження з обов'язковим врахуванням соціальних умов їх життя. Тобто функціональна специфічність емоційної резистентності студентів в умовах війни є лише фрагментом цілісного уявлення про оптимальні адаптаційні характеристики людини, але у кожному такому фрагменті можна віднайти цікаві психологічні факти. В цьому ракурсі є попередні дослідження життєстійкості студентів, а саме: дослідження копінг-стратегій поведінки в емоційно-напружених умовах військового стану показало, що в умовах труднощів, з якими стикаються учасники освітнього процесу, посилено заявляють про себе конструктивні копінг-стратегії (Predko, 2022); проаналізовано зв'язок життєстійкості із особистісними ресурсами людини та визначено позитивний зв'язок із такими здібностями як надія, довіра і контакти, а також зазначено, що саме «...любов найбільше впливає на прогнозування показника життєстійкості» (Чиханцова, 2023, с. 34); при вивченні психоемоційних станів та життєстійкості студентів під час війни виокремлено «кластер «неадаптованих» українців, які переживаючи значне емоційне напруження, схильні себе обмежувати в розвагах та задоволеннях, та мають сильне психологічне виснаження та низьку життєстійкість» (Ткалич, 2022 : 240); конкретизуючи структурні прояви життєстійкості особистості в умовах війни, доведено, що розвинений внутрішній локус контролю особистості

забезпечує сприятливий рівень проактивної зацікавленості та ентузіазму (Данилюк, 2023).

Презентоване дослідження логічно продовжує серію зазначених досліджень, і ще раз доводить, що емоційна резистентність є тим потужним механізмом регулювання людської діяльності, який в умовах воєнного стану складає ресурсну основу поствоєнного відновлення.

Висновки і перспективи. Проведене дослідження демонструє специфічну феноменальність прояву емоційної резистентності студентської молоді, адже нами зафіксовано тільки високий і середній рівень їх стресостійкості, а це підтверджує виражений особистісний ресурс переживання емоційно-напруженої ситуації воєнного стану.

На основі розробленої програми дослідження проведено діагностичний зріз емпіричних даних та засобом методів математичної статистики виокремлено особистісні симптомокомплекси прояву емоційної резистентності: психологічний профіль студентів з високим рівнем стресостійкості визначається адаптивними якостями гнучкості мислення і поведінки, самоорганізації та просоціальної взаємодії з іншими людьми; а психологічний профіль студентів з середнім рівнем стресостійкості характеризується цілеспрямованістю, вираженим почуттям справедливості, усвідомленням особистісної відповідальності за життєві обставини та прагненням до домінування. Узагальнюючі розмірковування підкреслюють необхідність проведення подібних досліджень для студентської молоді в умовах воєнного стану, що дасть можливість використовувати такий матеріал у моніторингових зрізах їх поствоєнного психологічного відновлення та посттравматичного зростання.

Отримані результати можуть бути використані в роботі психологічних служб вищих навчальних закладів України.

Список використаної літератури/References

- Антонович М., Аралова О., Барінов С. (2022). Особливості психологічної стійкості добровольців Центру технічного обслуговування військ територіальної оборони Збройних Сил України та Національного інформаційного бюро. *Психологічне консультування та психотерапія*. (18). 6-15. / Antonovych M., Aralova O., Barinov S. (2022). [Peculiarities of psychological stability of volunteers of the Centre for Technical Service of the Territorial Defence Forces of the Armed Forces of Ukraine and the National Information Bureau]. *Psychological counselling and psychotherapy*. 18. 6-15. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2022-18-01> [in Ukrainian].
- Березовська Л., Богайчук В. (2022). Емоційна стійкість військовослужбовців-офіцерів: емпіричний ракурс. *Вісник Національного університету оборони України*. / Berezovska L., Bohaychuk V. (2022). [Emotional stability of military officers: an empirical perspective]. *Bulletin of the National Defence University of Ukraine*. 67(3). 19-25. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-67-3-19-25> [in Ukrainian].
- Вірна Ж.П., Марчук Р. (2024). Смысловый конфликт молодости под час війни: довіра, ідентичність та гідність. *Перспективи та інновації науки (серія Педагогіка, Психологія, Медицина)*. 7(41). 643-658. / Virna Zh.P., Marchuk R. (2024). [Semantic conflict of youth during the war: trust, identity and dignity]. *Perspectives and Innovations of Science (series Pedagogy, Psychology, Medicine)*. [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7\(41\)](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-7(41)) [in Ukrainian].
- Гошовська, Д. Т., Гошовський, Я. О. (2023). Сучасна мілітарна психологія: різновекторність досліджень. *Психологічні перспективи*. 42. 38-54. / Hoshovska D.T., Hoshovskiy Y.O. (2023). [Modern military psychology: diversity of research]. *Psychological Prospects Journal*. 42. 38-54. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2023-42-hoshovskiy> [in Ukrainian].
- Данилюк І., Предко В., Трайно Р. (2023). Характеристика основних структурних проявів життєстійкості особистості в умовах війни. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*. V. 51. 46-52. Danyliuk I., Predko V., Trayno R. (2023). [Characterization of the main structural manifestations of personality hardness in the conditions of war]. *Problems of humanitarian sciences. Psychology*. 51. 46-52. <https://doi.org/10.32782/2312-8437.51.2023-1,6> [in Ukrainian].
- Зубовський Д. С. (2018). Структура прояву особистісного зростання учасників АТО у посттравматичний період. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. № 3(1). 177-188. / Zubovsky D.S. (2018). [Structure of the manifestation of personal growth of ATO participants in the post-traumatic period]. *Theoretical and practical problems of psychology*. 3(1). 177-188. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tipp_2018_3\(1\)_26](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tipp_2018_3(1)_26) [in Ukrainian].
- Карут К. (ред). (2017). Почути травму. Розмови з провідними спеціалістами з теорії та лікування катастрофічних досвідів. Інтерв'ю провела Кеті Карут. Київ: ДУХ І ЛІТЕРА. 496 с. / Karut K. (ed.). (2017). [Hearing Trauma. Conversations with leading experts in the theory and treatment of catastrophic experiences. Interviews conducted by Katie Caruth]. Kyiv: DUKH I LITERA. 496 p. [in Ukrainian].
- Колесникова В. Ф., Чанцева-Коваленко О. М. (2018). Соціально-психологічна адаптація до працевлаштування учасників АТО. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12 : Психологічні науки : зб. наук. праць*. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова. 7(52). 197-205. / Kolesnikova V.F., Chantseva-Kovalenko O.M. (2018). [Social and psychological adaptation to employment of ATO participants]. *Scientific Journal of the National Pedagogical Dragomanov University. Series 12: Psychological sciences : digest of scientific works*. Kyiv: Drahomanov National Pedagogical University. 7(52). 197-205. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2018_7_28 [in Ukrainian].
- Кочарян О.С., Барінова Н.В., Харченко А.О. (2018). Особливості структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією. *Психологічне консультування і психотерапія*. 2018. Т. 1. Вип. 9. 34-41. / Kocharyan O.S., Barinova N.V., Kharchenko A.O. (2018). [Peculiarities of the structure of infantile traumatic experience in demobilised combatants in Ukraine with post-stress psychological maladjustment]. *Psychological counselling and psychotherapy*. 1(9). 34-41. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2018-9-04> [in Ukrainian].
- Кочубинська Т.М. (2021). Особливості взаємозв'язку Я-концепції і соціально-психологічної адаптації до

- мирного життя учасників операції об'єднаних сил : дис. канд. психол. наук; 053 Психологія. Вінниця. 212 с. / Kochubynska T.M. (2021). [Features of the relationship between self-concept and socio-psychological adaptation to the peaceful life of participants in the Joint Forces Operation]: PhD in Psychology; 053 Psychology. Vinnytsia. 212 p. [in Ukrainian].
- Малімон Л., Пархоменко В. (2024). Ресурси резильєнтності осіб з травматичним досвідом. Психологічні перспективи. (43). 132-142. / Malimon L., Parkhomenko V. (2024). [Resilience resources of people with traumatic experience]. *Psychological Prospects Journal*. 43. 132-142. <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2024-43-mal> [in Ukrainian].
- Потапук Л.М. (2023). Особливості формування стресостійкості студентів в умовах російсько-української війни. Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія. № 2. 34-38. / Potapiuk L.M. (2023). [Features of the formation of students' stress resistance in the context of the Russian-Ukrainian war]. *Scientific Bulletin of Uzhhorod National University. Series: Psychology*. 2. 34-38. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.2.6> [in Ukrainian].
- Предко В.В. (2022). Психологічні особливості прояву копінг-стратегій учасників освітнього процесу з різним рівнем життєстійкості. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Т. 33 (72). №. 2. 64-72. / Predko V.V. (2022). [Psychological features of the manifestation of coping strategies of participants in the educational process with different levels of vitality]. *Academic notes of TNU named after V.I. Vernadskyi. Series: Psychology*. 33(72). 2. 64-72. <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2022.2/11> [in Ukrainian].
- Титаренко Т.М. (2018). Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогі в умовах тривалої травматизації : монографія / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД. 160 с. / Titarenko T.M. (2018). [Psychological health of the individual: means of self-help in conditions of prolonged traumatisatation] : monograph / National Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Institute of Social and Political Psychology. Kropyvnytskyi: Imex Ltd. 160 p. [in Ukrainian].
- Ткалич М.Г. (2023). Психоемоційні стани та життєстійкість: Психологічна адаптація під час війни. Психологічні закономірності соціальних процесів та розвитку особистості в сучасному суспільстві. Рига: Видавництво «Балтія». 230-243. / Tkalych M.G. [Psychoemotional states and resilience: Psychological adaptation during war]. *Psychological patterns of social processes and personality development in modern society*. Ryga: Baltija Publishing. 230-243. <http://baltijapublishing.lv/omp/index.php/bp/catalog/view/347/9561/19927-1>. [in Ukrainian].
- Тополь О.В. (2015). Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. Вісник Чернігівського нац. пед. ун-ту. Педагогічні науки. Вип. 124. 230-233. / Topol O.V. (2015). [Social and psychological rehabilitation of participants of the anti-terrorist operation]. *Bulletin of Chernihiv National Pedagogical University. Pedagogical sciences*. 124. 230-233. http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vchdpup_2015_124_61 [in Ukrainian].
- Харченко А.О. (2019). Психологічні особливості структури травматичного досвіду мобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією: дис. канд. психол. наук; 19.00.01. Харків. 198 с. / Kharchenko A.O. (2019). [Psychological features of the structure of the traumatic experience of mobilised combatants in Ukraine with post-stress psychological maladjustment]: PhD in Psychology; 19.00.01. Kharkiv. 198 c. [in Ukrainian].
- Чиханцова О.А. (2023). Життєстійкість як ресурс психологічної стійкості. Психологічний журнал. V. 9. Випуск 1(69). 32-40. / Chikhantsova O.A. (2023). [Vitality as a resource of psychological stability]. *Psychological journal*. 9. 1(69). 32-40. <https://doi.org/10.31108/1.2023.9> [in Ukrainian].
- Шель Н.В. (2024). Емоційна стійкість особистості в умовах війни. Вісник Донецького національного університету імені Василя Стуса. Серія Психологічні науки. (11). 13-20. / Shel N.V. (2024). [Emotional stability of the personality in the conditions of war]. *Bulletin of Vasyl' Stus Donetsk National University. Series Psychological Sciences*. 11. 13-20. [https://doi.org/10.31558/2786-8745.2023.2\(3\).2](https://doi.org/10.31558/2786-8745.2023.2(3).2) [in Ukrainian].
- Keshet H., Foa E.B., Gilboa-Schechtman E. (2019). Women's self-perceptions in the aftermath of trauma: The role of trauma-centrality and trauma-type. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*. 11(5). 542-550. <https://doi.org/10.1037/tra0000393>
- Kirmayer, L. J., Lemelson, R., & Barad, M. (Eds.). (2007). *Understanding trauma: Integrating biological, clinical, and cultural perspectives*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511500008>
- Virna Zh. (2016). Safety of personality in migration terms within the military conflict: organizational conditions of education and psychotherapy. *American Journal of fundamental & experimental research*. 1(1). 94-103. <http://journal.ua-usa.org/current-number/12-1/19-zhanna-v-safety-of-personality-in-migration-terms-within-the-military-conflict-organizational-conditions-of-education-and-psychotherapy>
- Virna Zh., Lazko A.M., Volkov K.M. (2024). Prosocial stress resistance trends of Ukrainian students under the martial law. *Youth Voice Journal*. 14. 2056-2969; <https://www.rj4allpublications.com/product/prosocial-stress-resistance-trends/>

EMOTIONAL RESISTANCE IN THE EXPERIENCE WAR WITNESS TRAUMA

Kostyantyn Volkov

Postgraduate student, Department of Pedagogical and Age Psychology, Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, Ukraine

The article is devoted to the empirical substantiation of emotional resilience in the experience of war witness trauma on a sample of student youth. The purpose of the presented material is to empirically explicate the peculiarities of emotional resilience in the experience of war witness trauma. The basis is the methods of a bibliographic review of empirical sources on this issue, from 2015 to 2024, and empirical methods using diagnostic methods (Connor-Davidson Resilience Inventory Scale (CD-RISC), Symptom Questionnaire (SLR-90-R); Rogers-Diamond Socio-Psychological Adaptation Questionnaire, Plutchik-Kellerman-Conte Questionnaire; K. Izard; R. Janov-Bulman Basic Beliefs Scale; R. Tadeshi and L. Calhoun Posttraumatic Growth Questionnaire); statistical tools (data standardisation or z-transformation procedure, discriminant analysis, nonparametric Mann-Whitney test, factor

analysis, multiple regression analysis). The results include a methodological presentation of theoretical assumptions about the conditionality of the experience of war witness trauma by real indicators of a person's mental state and indicators of emotional stability, which in the psychological alliance is a powerful personal resource for surviving the emotionally stressful situation of war. The developed empirical research programme and the set of methods used for mathematical processing of the research results made it possible to identify personal symptom complexes of emotional resistance for students with high and medium levels of stress resistance. The psychological profile of students with a high level of stress resistance is determined by the adaptive qualities of flexibility of thinking and behaviour, self-organisation and prosocial interaction with other people; and the psychological profile of students with an average level of stress resistance is characterised by purposefulness, a pronounced sense of justice, awareness of personal responsibility for life circumstances and the desire for dominance. The conclusions indicate that the results obtained can be successfully used by psychologists in the education system to monitor the psychological recovery and post-traumatic growth of students.

Keywords: *emotional resilience, stress resistance, mental state, war witness trauma, student youth*

The article was received by the editors 15.03.2025 (Стаття надійшла до редакції 15.03.2025)

The article is recommended for printing 4.06.2025 (Стаття рекомендована до друку 4.06.2025)

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕННЯ СТАТЕЙ ДЛЯ ЗБІРНИКА

«Психологічне консультування і психотерапія»

Відповідно до постанови Президії ВАК України №7-05/1 від 15 січня 2003 р. «Про підвищення вимог до фахових видань. Внесених до переліків ВАК України» при підготовці статей до фахового збірника слід дотримуватися таких вимог:

- постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями;
- аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми, на які спирається автор;
- виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
- формування цілей статті (постановка завдання);
- виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
- висновки з цього дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямі;
- список використаних джерел у транслітерації (література оформляється відповідно до вимог ДАК МОН України)

До редакції подаються паперова та електронна версії статті. Обсяг статті – 8–12 сторінок.

Електронна версія подається до редакції у форматі *.doc, яку необхідно надіслати на адресу: scrpjournal@karazin.ua.

Шрифт Times New Roman, 10 кегль, через 1 інтервал.

Поля: зверху – 2,5 см; знизу – 2 см; ліворуч – 2 см; праворуч – 2 см. Папір – А4. Шрифт Times New Roman, 11 кегль, через 1,2 інтервали. Кольори на зображеннях повинні розрізнятися при чорно-білому друку. Усі малюнки мають бути у форматі jpg.

Перед статтею подаються: ORCID усіх авторів статті, УДК, назва статті, прізвище та ініціали – українською та англійською мовами; анотації та ключові слова – російською, українською та англійською мовами. Викладення матеріалу в анотації повинно бути стислим і точним (від 1800 знаків і більше). Належить використовувати синтаксичні конструкції, притаманні мові ділових документів, уникати складних граматичних зворотів, необхідно використовувати стандартизовану термінологію, уникати маловідомих термінів та символів. Використовувати для перекладу комп'ютерні програми заборонено. Список літератури подається у двох стандартах ДСТУ та АРА (Американської психологічної асоціації): <https://guides.lib.monash.edu/citing-referencing/apa>.

Для назв з використання кирилических символів застосовуються наступні правила: прізвища авторів подаються латиницею, назва статті (книги, доповіді і т.п.) – мовою оригіналу, та у квадратних дужках надається переклад англійською мовою. Назва видавництва подається у транслітерації (якщо немає англійського варіанту назви), назва міста розташування видавництва – повністю без скорочень. Наприкінці у круглих дужках зазначається мова видання.

Назви таблиць та рисунків вказуються двома мовами:

Наприклад:

Таблиця 9. Нормативні показники за шкалами методики ОДЕС-2-Е/ Normative indicators according to the scales of the QDES-2-E methodology

Наприкінці статті вказується внесок авторів та конфлікт інтересів.

Наприклад:

1. Yung, K.G. (1991). *Архетипы и символы [Archetypes and Symbols]*. Moscow: Renessans. (in Russian)
2. Bondarenko, A.F. (2014). *Этический персонализм. Методическое пособие по психологическому консультированию, сообразному русской культуре. [Ethical personalism. Methodological manual on psychological counseling, in accordance with Russian culture]*. Kyiv: Alfa Reclama. (in Russian)
3. Bulan, A.A. (2015). Психоемоційні стани комбатантів в умовах бойових дій [Psychoemotional states of combatants in combat situations], *Aktualni problemi sotsiologiyi, psihologiyi, pedagogiki*, 4(29), 9-12. (in Ukrainian)

Наукове видання

**Психологічне консультування
і психотерапія**

Випуск 23

**Збірник наукових праць
англійською та українською мовами**

Відповідальний за випуск Барінова Н. В.
Комп'ютерне верстання Гірник С. А.

Підписано до друку 30.06.2025. Формат 60×84/8.
Папір офсетний. Друк цифровий.
Ум. друк. арк. 4,97. Обл.-вид. арк. 6,21
Тираж 50 пр. Зам. 22/25. Ціна договірна

Видавець і виготовлювач
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна
61022, Харків, майдан Свободи, 4
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.09

Видавництво Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна