

Міністерство освіти і науки України  
Національний університет біоресурсів і природокористування  
України

І. В. Сопівник, В. А. Будегай, А. Б. Альтанова,  
І. І. Демченко, О. В. Драчук, А. В. Наконечна,  
В. А. Мацола, О. Ю. Міхеєва, К. О. Федченко,  
О. П. Витриховська

**СОЦІАЛЬНА РОБОТА  
ЗАСОБАМИ ПРИРОДОТЕРАПІЇ  
ІЗ ПОСТРАЖДАЛИМИ ВНАСЛІДОК  
НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

КОЛЕКТИВНА МОНОГРАФІЯ

Київ – 2021

УДК 364-781-022.326.5 : 615.83

С 69

*Рекомендовано до друку Вченою радою  
Національного університету біоресурсів і природокористування України  
(протокол № 4 від 24 листопада 2021 року)*

**Рецензенти:**

**Коляда Наталія Миколаївна**, доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри соціальної педагогіки та соціальної роботи Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини;

**Сойчук Руслана Леонідівна**, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри педагогіки, початкової, інклюзивної та вищої освіти Рівненського державного гуманітарного університету;

**Тверезовська Ніна Трохимівна**, доктор педагогічних наук, професор, професор кафедри соціальної роботи та реабілітації Національного університету біоресурсів і природокористування України

Соціальна робота засобами природотерапії із постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій. Колективна монографія  
С 69 [І. В. Сопівник, В. А. Будегай, А. Б. Альтанова, І. І. Демченко, О. В. Драчук, А. В. Наконечна, В. А. Мацола, О. Ю. Міхеєва, К. О. Федченко, О. П. Витриховська]. К.: «Компринт», 2021. 556 с.

ISBN

Колективна монографія присвячена окремим аспектам соціальної роботи із особами, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій (різного походження) засобами природотерапії.

УДК 364-781-022.326.5 : 615.83

ISBN

© І. В. Сопівник, В. А. Будегай,  
О. Б. Альтанова, І. І. Демченко,  
О. В. Драчук, А. В. Наконечна,  
В. А. Мацола, О. Ю. Міхеєва,  
К. О. Федченко, О. П. Витриховська

## ЗМІСТ

Передмова .....	4
Альтанова А. Б. Соціальна робота засобами ландшафтної терапії з постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій .....	5
Сопівник І. В., Мацола В. А. Дослідження особливостей відновлення організму людини засобами природотерапії в умовах надзвичайних ситуацій .....	197
Демченко І. І. Використання аква-терапевтичних методик в лікувально-реабілітаційній роботі із постраждалими у надзвичайних ситуаціях .....	248
Будегай В. А. Соціально-психологічна робота із дітьми та молоддю з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного середовища .....	306
Наконечна А. В. Категоріальна класифікація психологічних проблем особистості .....	319
ГЛОСАРІЙ .....	420

## ПЕРЕДМОВА

Життя людини ХХІ століття піддається впливу надзвичайних ситуацій різного характеру (техногенного, воєнного, природного, соціального). У більшості випадків надзвичайні ситуації впливають на погіршення здоров'я людини, як фізичного, так і психологічного. Тому існує гостра потреба підготовки мультидисциплінарної команди фахівців (медики, психологи, соціальні працівники), які б допомагали постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій вийти із складних життєвих обставин із найменшими втратами та відновити стан свого здоров'я.

Однією із ефективних технологій відновлення людини є природотерапія, яка активно застосовується у зарубіжних практиках. Проте, в Україні природотерапія ще поки не знайшла достатньої реалізації на практиці та висвітлення в науковій літературі. Саме тому автори даної колективної монографії, які є науково-педагогічними працівниками Національного університету біоресурсів і природокористування України, поставили за мету поповнити теорію та практику застосування природотерапії у соціальній роботі із людьми, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій.

Не претендуючи на вичерпність, авторами колективної монографії, висвітлено авторський погляд на: соціальну роботу із постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій засобами ландшафтної терапії; застосування аква-терапевтичних методик в лікувально-реабілітаційній роботі; особливості соціально-психологічної роботи із дітьми з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного середовища; прояви агресії в умовах надзвичайних ситуацій, природотерапевтичні техніки відновлення організму людини після Covid-19; можливості застосування зарубіжного досвіду соціальної роботи в умовах надзвичайних ситуацій; класифікацію психологічних проблем особистості.

Колективна монографія адресована науковцям, науково-педагогічним працівникам, студентам, працівникам соціальних служб, а також усім, хто цікавиться соціальною роботою із постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій.

# **СОЦІАЛЬНА РОБОТА ЗАСОБАМИ ЛАНДШАФТНОЇ ТЕРАПІЇ З ПОСТРАЖДАЛИМИ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

## **ЗМІСТ**

### ***РОЗДІЛ 1.***

*Теоретико-методологічні та філософські підходи до вивчення впливу естетотерапії, ландшафтної терапії та ландшафтного дизайну на особистість*

1.1. Концепти «естетотерапія», «ландшафт», «ландшафтна терапія», «терапевтичний ландшафт», «ландшафтний дизайн» та суміжні з ними поняття

1.2. Головні завдання ландшафтної терапії як методики психотерапевтичної і соціальної роботи з особами, постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій

1.3. Ландшафтна терапія та ландшафтний дизайн як критерій якості життя

1.4. Поняття «антропогенне середовище»

1.5. Ландшафтна терапія крізь призму вчення В.І. Вернадського про біосферу і ноосферу

1.5.1. Поняття «ноосфера», «ноосферна цивілізація» та «коеволюція»

1.5.2. Поняття «ноетика»

1.5.3. Ландшафтотерапія крізь призму концепції біорізноманітності

1.6. Ландшафтний дизайн і ландшафтна терапія як різновид філософського мистецтва, спрямованого на формування нового світогляду і буття людини

### **Висновки до першого розділу**

Список використаних джерел до першого розділу

### ***РОЗДІЛ 2.***

### ***Особистість у надзвичайних і кризових ситуаціях***

2.1. Загальні положення про надзвичайну ситуацію: визначення і класифікації

2.2. Учасники надзвичайної ситуації: визначення статусу і характеристика

2.3. Вплив надзвичайної ситуації на стан людини та пов'язані з цим проблеми життєдіяльності

2.4. Особливості реабілітації учасників ліквідації надзвичайних ситуацій та потерпілого населення

2.5. Компетентності соціального працівника, необхідні для роботи з постраждалими в надзвичайних ситуаціях. Компетентності з домедичної допомоги в надзвичайних ситуаціях

2.5.1. Компетентності з фізичної та медичної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій

### **Висновки до другого розділу**

Список використаних джерел до другого розділу

## ***РОЗДІЛ 3.***

### ***Терапевтичний сад як підвид терапевтичного ландшафту***

3.1. Види терапевтичних садів

3.2. Принципи проектування успішних терапевтичних ландшафтів

3.3. Садотерапія як лікувальна та реабілітаційна методика в роботі медичних і соціальних установ

3.4. Переваги садівничої терапії

### **Висновки до третього розділу**

Список використаних джерел до третього розділу

## ***РОЗДІЛ 4.***

### ***Методи, що використовуються комплексно з ландшафтною терапією***

4.1. Методи арт-терапії у подоланні наслідків травматичного стресу

### **Висновки до четвертого розділу**

Список використаних джерел до четвертого розділу

## ***РОЗДІЛ 5.***

### ***Урбаністичний ландшафт як середовище психологічного комфорту***

#### ***та відновлення особистості***

5.1. Психоемоційний вплив кольору на людину як аспект ландшафтної терапії

5.2. Розвиток природоінтегрованої архітектури в міському ландшафті

5.3. Архітектурно-біонічні форми в дизайні ландшафту

### **Висновки до п'ятого розділу**

Список використаних джерел до п'ятого розділу

## СОЦІАЛЬНА РОБОТА ЗАСОБАМИ ЛАНДШАФТНОЇ ТЕРАПІЇ З ПОСТТРАЖДАЛИМИ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

### РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ФІЛОСОФСЬКІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ ЕСТЕТОТЕРАПІЇ, ЛАНДШАФТНОЇ ТЕРАПІЇ ТА ЛАНДШАФТНОГО ДИЗАЙНУ НА ОСОБИСТІСТЬ

#### 1.1. Концепти «естетотерапія», «ландшафт», «ландшафтна терапія», «терапевтичний ландшафт», «ландшафтний дизайн» та суміжні з ними поняття

Поняття «естетичного» є об'єктом філософських дискусій упродовж історії людства. Власне, поняття «естетичне» походить від «aisthanesthai», що в перекладі з грецького означає «сприймати», а «aistheta» – «відчутні об'єкти», а термін «естетика» вперше був введений А. Baumgarten у 1735 році. До цього часу, використовувалися поняття «краси» та «прекрасного» [Гатальська, с 42 ]. Поняття сучасної естетики формується в кінці XVII – на початку XVIII ст. на території Європи.

Ф. Шиллер одним із перших поєднав естетичну культуру з внутрішньої свободою людини, стверджуючи, що людині за допомогою естетичної культури сповна повертається *свобода бути тим, чим вона хоче бути*. Свобода людини як наслідок особливої здатності відношення можлива лише за умови *естетичного налаштування її духу* [57, с. 359–360].

Сутність *естетичної культури суспільства* аналізується у наукових працях Ю. Борева, В. Бичкова, О. Беляєва, М. Кагана, А. Пірадова, У. Суни, А. Уледова та ін., де вона розглядається як сукупність матеріального, духовного та художнього життя суспільства, що безпосередньо впливають на *формування у його членів специфічних духовних сил*, спрямованих на створення різноманітних конкретно-чуттєвих цінностей, насамперед краси [48, с. 15].

Обґрунтовуючи сутність естетичної культури суспільства, науковці (В. Лозовий, О. Беляєв, А. Цай) виділяють **рівні її функціонування**, а саме:

- *людинотворчий*, який забезпечує творення людиною самої себе як багатогранної, гармонійно розвиненої особистості й водночас як повноцінного творця історично-культурного процесу;
- *інформаційно-пізнавальний*, який забезпечує надання людині й людству естетичних знань;
- *ціннісно-орієнтуючий*, який визначає формування спектру цінностей у контексті певної історично-культурної доби та особистісного світобачення;
- *соціалізуючий*, який детермінує гармонійне, органічне входження людини в буття соціуму;
- *виховний*, який забезпечує процес гармонійного, всебічного становлення людини як особистості;
- *комунікативно-регулятивний*, який передбачає адекватну координацію особистісних, соціальних й загальнолюдських духовно-ціннісних орієнтацій [48, с. 16–17].

**Естетична культура людини**, на думку В. Самохвалової, – це *«здатність і вміння відчутти свою пов'язаність зі світом, змістовно пережити, по-людськи ціннісно висловити повноту, глибину і різноманіття цих відносин»*, де специфіка естетичного відношення виражається в цілісності, комплексності, всеохоплюючому характері даного відношення, яке не може бути реалізоване у частковій формі (тільки раціонально чи чуттєво), та якості об'єктно-суб'єктних відношень [47].

Каган аналізує естетичну культуру у вимірах розвитку суспільної свідомості людства, її культури. У зв'язку з цим вчений визначив періоди розвитку естетичної культури суспільства [20]:

1) Перший період припадає на епоху первісного і античного суспільства, характеризується синкретизмом усієї культурної сфери, злиттям процесів праці, спілкування і відтворення роду, етичної, релігійної, художньої діяльності. Відповідно і естетична сфера не була самотійною, не виділилася із матеріального життя і сфер соціальної комунікації.

2) Другий етап історії світової естетичної культури (за М. Каганом) досягає свого апогею в епоху домонополістичного капіталізму (припадає на 1860-і й 1870-і роки), коли естетичні



цінності майже повністю зникають з життя, праці і побуту переважної більшості міського населення, а зосереджуються, головним чином, у «витонченому» мистецтві, світському етикеті, церковній обрядовості.

3) Третій етап розвитку естетичної культури (за М. Каганом) охоплює ХХ – початок ХХІ ст. На початку ХХ ст. відбувається процес оновлення та «повернення» естетичних цінностей у всі сфери життєдіяльності людини. Естетична культура починає виконувати активно-перетворювальну функцію, стаючи прерогативою не лише мистецтва, а й промислового виробництва та наукової творчості, що було пов'язано з пошуком гармонії як засобу подолання хаосу і впорядкування дійсності [20].

Отже сучасне суспільство знаходиться на етапі «повернення» естетичних цінностей у всі сфери життєдіяльності людини. Не є виключенням і соціальна робота, яка активно залучає до арсеналу своїх засобів впливу естетотерапію в усіх різноманітних її проявах.

**Естетотерапія** – інтегроване психолого-педагогічне поняття, яке об'єднує дві складові – «естетичне» (від грец. «чуттєвий») та «терапія» (від грец. «лікування»). Це своєрідне педагогічне лікування душі за допомогою різноманітних засобів впливу на емоційно-чуттєву сферу (гра, спілкування, мистецтво, природа, рух, фольклор тощо). Цілющий вплив позитивних естетичних переживань, що носить катарсисний (тобто очищувальний) та самоорганізуючий характер, відомий з часів Давньої Греції [52, с. 7–8]. Щоправда авторка навчального посібника «Естетотерапія» О. А. Федій чомусь звужує можливості естетотерапії до впливу тільки *на дитячу душу*. В той час, як наше дослідження ландшафтної терапії як одного із засобів естетотерапії присвячене впливу саме на осіб дорослої вікової категорії, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій. Хоча авторка вважає цілком припускає ефективність використання певних природних елементів у реабілітаційній роботі з дітьми, що знаходяться у кризовому стані [52, с. 204].

**Естетотерапія** – природна система інтегративної терапії, яка передбачає лікування звуком, природою, рухом, драмою, малюнком, кольором, спілкуванням тощо й несе в собі **приховані**

інструкції збереження цілісності людської особистості, її духовного ядра [52, с. 8].

Г. Сотська наголошує, що початковою умовою, вихідним пунктом, точкою відліку й інструментом виявлення естетичного взагалі є чуттєвість. *Об'єктивна реальність сама по собі естетично нейтральна, естетичною вона стає тоді, коли потрапляє, транслює у сферу оцінного ставлення людини до об'єкта.* [48, с. 12]. А. Канарський писав, що «намір звернутися до суб'єктивного, зокрема, до чуттєвого акту, є цілком мотивованим. Адже досконалість, завершеність розвитку естетичного полягає не в тому, що воно існує як щось предметно застигле, статичне, природне, а в тому, що воно впливає на людину, присвоюється нею, у підсумку – *рухається самовідчуттям людини*» [22, с. 84–85].

**Ознаки естетотерапії** як складової сучасної психотерапії:

- міждисциплінарний характер;
- наявність різних шкіл та напрямів;
- випередення практики над теорією на сучасному етапі;
- визнання здатності клієнта до саморегуляції як основного механізму естетотерапевтичного впливу;
- спрямованість на усунення не первинних, суто медичних проблем, а вторинних соціально-психологічних новоутворень в структурі особистості [52, с. 8].

Соціального працівника під час застосування методу естетотерапії цікавить, насамперед, емоційно-суттєве самопочуття клієнта під час реабілітаційно-корекційного впливу на нього.

Сучасні вчені виділяють так звану **саногенну** функцію краси. Це означає, що краса здатна допомагати збереженню і підтримці зров'я людини і суспільства [52, с. 39].

За визначенням Н. Киященка, людина здорова й повноцінна, доки у порядку знаходиться її внутрішній світ, доки вона в злагоді із собою, доки існує стійка й справедлива ієрархія цінностей у її розумінні світу. Споглядання, переживання краси і гармонії призводить до гармонії й усі рухи душі, упорядковує й *гармонізує сприймання світу*. Краса врівноважує чуттєве й раціональне, створює для душі нову якість порядку [52, с. 39–40].

Здатність мистецтва, краси викликати емоції переважно позитивного характеру і стає основою для естетотерапії, коли ці

емоції викликаються навмисно, з метою упорядкування та регуляції психічного тону [52, с. 40].

Об'єктом естетотерапії як науки є особистість, яка має вади (проблеми) розвитку (фізичні, психологічні, соціальні).

Предметом естетотерапії є багаточисельні порушення психоемоційної сфери (психологічні дискомфорти, що виникають за певних обставин).

Відповідно до визначення естетотерапевтичної науки, можемо виділити такі завдання: створення психологічного комфорту для особистості, як супер-завдання – творче самовираження особистості [52, с. 41].

Основні засоби естетотерапії представлені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

**Основні форми естетотерапії**  
(джерело: [52, с. 44])

<b>Засоби естетотерапії</b>	<b>Види естетотерапії</b>
<i><b>мистецтво</b></i>	
літературне	бібліотерапія, техніка абсурдизації (римування, словотворчість, каламбури)
образотворче	терапія кольором, світлотерапія, арттерапія
музичне	музикотерапія, вокалотерапія, звукотерапія
<b>Синтетичні види мистецтва:</b>	
театрально-драматичне	психодрама, маскотерапія, іміджтерапія
хореографічне	формокорекційна ритмопластика, танцювальна терапія
мистецтво фотографії	фототерапія
TV-мистецтво	телевізійна психотерапія
фольклор	фольклорна арттерапія
<i><b>природа</b></i>	
ландшафт	натурпсихотерапія, природотерапія
пісок	пісочна терапія
вода	акватерапія

повітря	аеротерапія
аромат	ароматерапія
рослини	квіткотерапія, дендротерапія
тварини	анімалотерапія (петтерапія, дельфінотерапія, іпотерапія)
каміння (літосфера)	літотерапія
колір	кольоротерапія
світло	світлотерапія
смак	смакотерапія
<b><i>релігія</i></b>	
релігія	православна психотерапія
<b><i>казка</i></b>	
казка	казкотерапія
лялька	лялькотерапія
<b><i>гра</i></b>	
гра	ігротерапія
образ	імаготерапія
<b><i>спілкування</i></b>	
любов та дружба	мамотерапія, холдинг терапія
мікросоціум	групова психотерапія, сімейна психотерапія, комунікативна ігротерапія
телефон	телефонна терапія (телефон довіри)
колектив академічної групи	соціотерапія
<b><i>сміх / сльози</i></b>	
сміх	сміхотерапія
сльози	сльозотерапія
<b><i>спорт</i></b>	
рух	кінезітерапія
<b><i>праця</i></b>	
праця	трудотерапія
хобі	терапія улюбленою справою, хобі- терапія
<b><i>комп'ютер</i></b>	
комп'ютер	Delete-терапія

На жаль, О. А. Федій, подаючи в переліку засобів естетотерапії ландшафт, а інструментами реалізації цього засобу такі форми роботи, як натурпсихотерапія, природотерапія, зовсім не зупиняється на особливостях ландшафтної терапії.

### **Натурпсихотерапія**

Лікувально-корекційний вплив природних чинників на емоційно-чуттєву сферу людини розглядається сучасною наукою у двох напрямках:

- природотерапія як самостійний психотерапевтичний метод;
- використання лікувального впливу природи на стан людини як фоновому компоненту інших реабілітаційних методик (оскільки психотерапія передбачає обов'язкове використання вербальної інформації).

О. А. Федій називає наступні види терапії природними засобами: водна терапія; аеротерапія; пісочна терапія; літотерапія; ландшафтотерапія; анімалотерапія; дельфінотерапія; іпотерапія; дендротерапія; смакотерапія; ароматерапія; квітковотерапія тощо [52, с. 199].

Залишається відкритим питання ефективного застосування терапії природними засобами в психолого-педагогічній діяльності та соціальній роботі.

Значення натурпсихотерапії буде підвищуватись тим більшою мірою, чим більшого значення для людини періоду урбанізації і науково-технічної революції набуває спілкування з природою [52, с. 199].

Так, наприклад, у Японії почуття любові до прекрасного, в першу чергу до природи, розвивається у людини з дитинства. Головне – це естетичний вплив природи на людину, який звеличує і гармонізує особистість [52, с. 199].

**Лікувальними факторами при спілкуванні людини з природою** виступають такі:

- позитивний емоційний вплив (невербальна сугестія);
- седативний ефект;
- відволікаючий ефект;
- активізуючий ефект;
- катарсичний ефект;

- естетичний вплив (як найголовніший) [52, с. 200].

Ефект природотерапії полягає у:

- зміні ставлення особистості до навколишнього середовища, що призводить до усунення попередньої конфліктної ситуації;

- зміні самосприйняття, самооцінці людини, що також сприяє відновленню внутрішніх сутнісних сил особистості [52, с. 200].

Дотичними до методу ландшафтної терапії, які можуть використовуватись разом із останньою комбіновано, забезпечуючи бажаний синергетичний ефект, могли б стати хобі-терапія, туризм, кінезітерапія, йоготерапія, імаготерапія, ігротерапія, казкотерапія, кольоротерапія, літотерапія, анімалотерапія, квіткотерапія, дендротерапія, ароматерапія, аеротерапія, акватерапія, пісочна терапія, фототерапія, музикотерапія, бібліотерапія, терапія за допомогою образотворчого мистецтва (малювання, споглядання, обговорення) та інше.

Зупинимось на деяких **суголосних до ландшафтної терапії технологіях**.

В рамках вивчення впливу ландшафтної терапії на здоров'я та емоційний стан постраждалих від надзвичайних ситуацій варто звернути увагу на такий підвид естетотерапії, як **фототерапія**.

Фототерапія вважається одним з новітніх напрямків розвитку арттерапії на сучасному етапі, незважаючи на досить тривалий період існування самого мистецтва фотографії. Терапевтичний ефект фотографії привертає до себе увагу представників різних психотерапевтичних напрямків, які намагаються пояснити психокорекційний, психопрофілактичний та розвивальний вплив фотографії на особистість [52, с. 107].

Копитін А. І. дає таке визначення фототерапії: фототерапія – це своєрідний засіб самовираження, самопізнання, соціалізації та емоційно-чуттєвого виховання людини. Вона передбачає роботу з готовим матеріалом, або створення оригінальних авторських знімків.

Таким чином, основним змістом фототерапії є створення та / або сприймання фотографічних образів, яке доповнюється обговоренням та різними видами творчої діяльності.

Саме «технізоване» мистецтво фотографії багатогранне (інтегрує в собі різні види творчої діяльності). Фотографію можна розглядати як гру:

- вибір-гра з реальністю та її візуальним відображенням;
- комбінування;
- створення сюрреальності тощо.

Фотографія це:

- самопрезентація людини – представлення себе у певному образі реальній або уявній аудиторії;
- своєрідний міні-спектакль;
- інструмент для дослідження тілесного образу «Я».

Окремий цілющий ефект роботи з фотографією – нарративний, або описовий: супроводження показу фото певною розповіддю.

**Психолого-педагогічні функції фотографії (за А. І. Копитіним) [24; 25]:**

- фокусування / актуалізація (оживлення спогадів та повторне їх переживання людиною);
- стимулювання (при роботі з фотографією відбувається активізація різних сенсорних систем – зір, кінестетика, тактильна чутливість тощо);
- організація (інтегрування) (координація різних сенсорних систем, поява різних асоціацій);
- об'єктивація (здатність фотографії робити видимими переживання та особистісні прояви людини, що відображаються у зовнішності та вчинках);
- відображення динаміки зовнішніх та внутрішніх змін (якщо маємо достатню кількість знімків для ретроспективного аналізу);
- смислоутворювальна (здатність фотографії допомогти людині побачити смисл вчинків та переживань);
- деконструювання (звільнення людини від неправильних, «сконструйованих» значень та формування нової системи значень);
- рефреймінг та реорганізація (використання фотоколажу та фотомонтажу);

- утримування (контейнірування) (фотографія здатна «утримувати» почуття від їх підсвідомого відреагування у реальності; ідея сублімації);

- експресивно-катарсична (емоційне очищення, звільнення від важких переживань);

захисна (забезпечує дистанціювання від травматичних переживань, певний ступінь контролю над ними, саме людина може визначити момент, у який знімки можуть бути показані) [52, с. 109].

Атрибутом ландшафту часто є пісок, каміння, вода. Тому підчас ландшафтної терапії виникають широкі можливості для застосування **пісочної терапії**. Не зважаючи на асоціації цього виду терапії із суто дитячим віком (дитяча пісочниця), варто звернутись до історії використання цього методу з метою реабілітації дорослих.

Принцип «терапії піском» запропонований Карлом Густавом Юнгом, який є засновником аналітичної терапії. За Юнгом, пісок — це символ життя у Всесвіті, а піщини – це люди інші живі істоти у цьому Світі. Інший представник юнгіанської школи швейцарський аналітик Д. Калф, яка за порадою самого К. Юнга у 1956 році намагалась дослідити інший аспект у пісочній терапії, а саме: питання створення для своїх клієнтів «вільного, захищеного простору», де, граючись з піском вони відчували б себе вільно [52, с. 132].

### **Літотерапія**

Можливості літотерапії вивчали А. Малярчиков, М. Синявський, Л. Іванкін, В. В. Карпов та інші.

**Літотерапія** – це застосування лікувальних властивостей різних каменів при лікуванні багатьох хвороб. О. А. Федій зазначає факт існування в різних історичних епохах даних про певний психологічний, стабілізуючий вплив каменів на емоційно-духовну сферу людини та наводить наступні дані [52, с. 205].

У давнину і в епоху Відродження з добре відомого сьогодні **малахіту** вирізували амулети для дітей, які мали оберігати від хвороб і різних небезпек. Він вважався «каменем здоров'я». Світлі блідо-зеленуваті відтінки найбільш корисні для серця і кровоносних судин серця та легень. Темно-зелений різновид виявляє *благодійний вплив безпосередньо на м'яз серця*, сприяє



асиміляції їжі. Сучасні американські дослідники вважають, що малахіт є прекрасним *протирадіаційним засобом. Заспокоює надмірно збуджену нервову систему, поліпшує сон* [52, с. 205] (тут і далі курсивом виділені ті аспекти дії літотерапії, які були б доречними при впливі на осіб, постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій – авт. А. А.).

**Яшма** з чорними і білими смугами бурого кольору має свою яскраву назву – «тигрове око», або «котяче око», якщо має золотисто-зеленими чи сіро-зеленими переливами, які нагадують райдужну оболонку котячого ока. Здавна вважається, що вона вберігає від отрути і ненависті, є оберегом, тобто талісманом, що захищав власника від зради, поранень у бою. Цей камінь описується й як засіб, який *емоційно врівноважує, підвищує волю власника. Має «заземлюючу» дію, сприяє концентрації уваги, зменшує схильність до впертості, сприяє чіткому розумінню суті предметів і явищ, підвищенню проникливості* [52, с. 205].

У медицині та у психотерапії також використовують **перлини**. Про їх лікувальну дію згадується у «Каноні» Авіцени, древніх працях арабської медицини. А в знаменитому пам'ятнику тибетської медицини «Джуд-ши» пишеться, що перлини допомагають при хворобах мозку і при отруєннях. Застосовували їх всередину у складі різних інгредієнтів із рослин, продуктів тваринного походження і порошок з різних самоцвітів. У наш час в Японії перлинний порошок входить до складу порошоків, призначених для лікування *неврастенії*. Споглядання перлин *благотворно діє на збуджену психіку, приносить спокій і умиротворення* [52, с. 206].

Інший камінь, який має лікувальні властивості – це **аметист**. Назва каменя походить від грецького слова «аметистос» – *вільний від пияцтва*. Другий варіант назви – від давньосередньовічного «алхама». У грузинському трактаті Іоване Берая «Туалітаї» («Історія дорогоцінних каменів», 10 ст. н. е.) написано: «Дивлячись на аміфестоні (аметист) можна віщувати, коли прийде зима і піде дощ з повітряної вологи». У «Книзі історій» Аракеда Давріжеці наводяться дані про незвичайні властивості аметиста: «Той, хто носить його, не захворіє на проказу, коросту і подібні хвороби. Добро його не меншає, сам він і його слова приємні людям. *Носити цей камінь корисно для росту мудрості*».

Представник міжнародної асоціації Федерації дослідження кристалів Джофрі Кейт впевнений, що *аметист знімає стреси*. Носіння аметиста сприяє зміцненню ендокринної і нервової систем, збільшує активність правої півкулі головного мозку, нормалізує діяльність епофізу і гіпофізу, очищає кров, сприяє збільшенню енергетики. Він допомагає також при лікуванні розумових розладів, гармонізує всі рівні свідомості, сприяє підвищенню інтелекту і всебічному розвитку особистості. В той же час зменшує тягу до ілюзій, спрямовує здібності в потрібне русло, знімає нервові збудження. Є чудовим засобом для медитації, належить до типу «захисних» мінералів (захищає від шкідливих впливів ззовні) [52, с. 206].

**Смарагд.** За арабським повір'ям XI–XII століття, людина, яка носила смарагд, *не бачила страшних снів, не страждала на безсоння*, була застрахована від горя і підступів злих духів. За допомогою смарагду лікували численні захворювання. Камінь вважався незамінним *при епілепсії*. Його радили *споглядати на ніч як снодійний засіб*. Він *благодійно впливає на м'яз серця й імунну систему*. *Виявляє позитивний вплив на духовні якості людини: здатність мріяти, розуміти іншу людину*. Він мовби несе з собою любов, доброту, *заспокоєність* [52, с. 206].

**Гематитом** (названий від грецького слова «айма» – кров) лікували нарыви і поранення. Цей камінь *збільшує опірність стресам, поліпшує енергетику, сприяє збереженню оптимізму, душевної стійкості, хоробрості, волі*. Зменшуючи схильність до мрійливості, змушує тверезо дивитися на життя [52, с. 207].

Використовують в лікувальних цілях камінь **бірюза**. Його назва «бірюза» походить від персидського слова «фіруза», що означає – «та, що приносить перемогу, щастя». Проведені дослідження підтвердили, що бірюза змінює колір і тьмяніє від дотику хворої людини. Це камінь вірності, камінь любові і кохання, *здатний помирити подружжя*. Бірюза – улюблений камінь Сходу, «королівський камінь єгипетських фараонів», «священний камінь Тибету». Вважалося, що якщо зранку подивитися на бірюзу, то протягом дня людина позбудеться турбот. Той, хто носить бірюзу, буде довго жити в благоденстві і *не буде бачити поганих снів*. Бірюза володіє *тонізуючими і зміцнюючими властивостями, сприяє регенерації тканин*,

поліпшує функції дихання і кровотворення, сприяє врівноваженню емоцій, створює атмосферу дружнього спілкування, зміцнює почуття взаєморозуміння і відданості [52, с. 207].

На жаль, ми не зустріли в науково-методичній літературі даних, які свідчили б про апробацію можливостей впливу літотерапії та лікувально-стабілізуючі властивості природних мінералів під час соціально-психологічної і медичної реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій.

Визначення ландшафту з точки зору фізичні географії дає В. Д. Василега:

**Ландшафт** (від нім. land – земля, schaft – суфікс, що виражає взаємозв'язок, взаємозалежність) – це конкретна територія, яка має єдиний геологічний фундамент (місцева геологічна структура), один тип рельєфу (одна морфоскульптура), однаковий клімат, зональний тип ґрунтів і рослинності (у межах однієї природної зони), специфічний набір урочищ та місцевостей [5, с. 41]. У таблиці 1.2 систематизовані класи, підкласи та типи антропогенних ландшафтів.

Таблиця 1. 2

**Таксономічні одиниці антропогенного ландшафту  
(за Мільковим, 1973, 1990, зі змінами)**

*Джерело: [5, с. 303–304]*

<b>Класи</b>	<b>Підкласи</b>	<b>Типи</b>
1. Сільськогосподарські	1.1. Польові	
	1.2. Лучно–пасовищні	
	1.3. Садові	
2. Лісогосподарські	2. 1. Умовно натуральні	Типи вирізняються згідно з підходами лісової типології
	2. 2. Похідні	
	2. 3. Лісокультурні	
3. Селітебні	3.1. Міські	Малоповерхові
		Багатоповерхові
		Промислово–селітебні

		Водно– рекреаційні
		Садово–паркові
	3.2. Сільські	
4. Водні	4.1.Водосхови- ща	
	4.2. Ставки	
	4.3.Канали	
5. Промислові (гірничопромислові)		Кар’єрно– відвальні
		Просадочно– териконові
		Торфово-болотні пустища
6. Лінійно-дорожні		Автомобільних доріг
		Залізниць
		Аеродромів
		Нафто-, газопроводів
		Ліній електропередач
7. Рекреаційні	Ландшафти і ландшафтно- техногенні комплекси навколо санаторіїв, пансіонатів, будинків і баз відпочинку, туристичні бази, кемпінги, великі міські і приміські парки з атракціонами, лісопарки, гідропарки, ландшафтно- архітектурні музеї та ін.	
8.Белігеративні		Сторожові кургани, оборонні вали, вирви і траншеї
9.Тафальні		Кургани, цвинтарі

10.Сакральні	Геосистеми, виконуючі духовну функцію, пов'язану з релігійними запитами людства, що є також об'єктами паломництва
--------------	---

У фізичній географії існує інша типологія ландшафтів, яка наведена в таблиці 1.3.

Таблиця 1.3

### Типологічна класифікація ландшафтів

*Джерело: [5, с. 291–293]*

Головні ознаки	Приклади
Тип контакту і взаємодія геосфер у структурі ландшафтної оболонки	Наземні ландшафти, водні ландшафти
Поясно-зональні відмінності водно-теплогового балансу	Арктичні, субарктичні, бореальні, суббореальні семіаридні ландшафти
Секторні кліматичні відмінності, континентальність клімату	Помірно-континентальні; континентальні, різко континентальні ландшафти
Однакові морфоструктурні ознаки або один тип природної зональності – горизонтальної чи вертикальної	Рівнинні ландшафти; гірські ландшафти
Ярусна диференціація природних територіальних (географічних) комплексів (ПТК) на рівнинах і в горах	Рівнинні ландшафти: 1) низовинний; 2) височинний. Гірські ландшафти: 1) передгірні, 2) низькогірні, 3) середньогірні,

	4) міжгірно-улоговинні (котловини) та ін.
Тип водного геохімічного режиму, який визначається співвідношенням атмосферного, ґрунтового і нагічного зволоження; ступенем дренажності	Рівнинні ландшафти: елювіальні, напівгідроморфні і гідроморфні ландшафти
Ґрунтово-біокліматичні ознаки на рівні типів ґрунтів і класів рослинних формацій (зональні для елювіальної групи ландшафтів). Певне співвідношення тепла і вологи.	Рівнинні ландшафти: тундровий, тайговий, мішано-лісовий, лісостеповий, степовий та інші. Виділяють також болотні і лучні ландшафти; ці типи також мають відбиток зональних умов.
Ґрунтово-біокліматичні переходи в межах зони (на рівні підтипів ґрунтів і підкласів рослинних формацій)	Ландшафти лісостепових рівнин: лучно-лісовий (північний лісостеп), лісо-лучно-степовий (середній лісостеп), лучно-лісостеповий (південний лісостеп). Гірсько-лісовий тип ландшафтів: 1) лучно-лісові (передгір'я Карпат); 2) лісостепові посушливі (Крим); 3) широколистяно-лісові; 4) мішано-лісові та ін.
Генетичні типи рельєфу	Давньоалювіальні (терасові): моренно-зандрові ландшафти та ін.
Генетичні типи рельєфу й літологія поверхневих гірських порід	Лісостепові давньо-алювіальні ландшафти: піщані, галечникові, суглинисті тощо.
Подібність переважаючих у ландшафті місцевостей і урочищ (типи морфологічної структури)	Лісостепові рівнинні ландшафти: 1) алювіальна суглиниста і глиниста рівнина, з чорноземами опідзоленими,

	<p>під різнотравно-злаковою рослинністю;  2) денудаційно-акумулятивне плато з покривом лісоподібних порід, широколистяним лісом на сірих опідзолених ґрунтах</p>
--	--

Поняття «ландшафту» з точки зору *містобудівництва* розкрито в дисертації А. Большакова «Містобудівна організація ландшафту як чинник сталого розвитку території» (2003) [4]: «**Ландшафт** (від німецької land – земля, schaft – зв’язок) – ділянка земної поверхні, обмежена природними кордонами, що має закономірну організацію п’яти компонентів (гірські породи, ґрунти, води, повітря й біота – сукупність живих організмів) і своєї просторової структури. Земна поверхня організована як ландшафт. Усі п’ять компонентів – це оболонки, або сфери поверхні землі, мають кожний свою матеріально-енергетичну, генетичну і функціональну специфіку, й у взаємодії утворюють єдність, іменовану ландшафтом. Якісні характеристики компонентів і параметри процесів їхньої взаємодії змінюються від місця до місця. Ці зміни носять закономірний характер. Тому *ландшафтом називають ділянку поверхні, у межах якої характер змін властивостей компонентів відповідає конкретним дослідницьким або проектним завданням*» [4].

Розуміння наявної проблеми світовою спільнотою підтверджується прийняттям на міжнародному рівні ряду нормативно-правових документів та стратегій, у тому числі ратифікованих Україною. В першу чергу до таких відноситься *Європейська ландшафтна конвенція* де «ландшафт» визначений як територія, як її сприймають люди, характер якої є результатом дії та взаємодії природних та / або людських чинників [15]. В Рекомендаціях щодо збереження краси і характеру пейзажів місцевостей відзначається значущість краєвидів історичних і природних ландшафтів як чинників екологічної рівноваги, життєзабезпечення суспільства та національної ідентифікації країни, а окремі положення Міжнародної хартії з охорони та реставрації нерухомих пам’яток і

визначних місць (Венеціанська хартія) підкреслюють важливість охорони історичного характеру міста як сукупності матеріальних і духовних складових, які виражають його образ поряд із доцільністю утилітарного використання пам'яток та можливістю внесення змін, яких вимагає еволюція [31].

Одним із напрямів постнекласичної науки стала **тоталлогія**, що вивчає механізми та умови збереження суб'єкт-об'єктної єдності при зміні самих суб'єкт-об'єктних відносин [23]. З точки зору тоталлогії **ландшфт не може розглядається лише як просторовий об'єкт, адже характеризується диверсифікацією, перспективністю, сізигією (співпричетністю)** [10, с. 43].

Наявність взаємозв'язку людини та середовища відмічає і К. Lynch, який стверджує, що *міське середовище сприймається не само по собі, а у відношенні з оточенням, до пов'язаних із ним ланцюгом подій, пам'яті про попередній досвід індивіда* [86]. На *постійній взаємодії урболандшафту і людини* наголошує О. В. Іконніков, який визначає міське середовище як постійну взаємодію людського суспільства та предметно-просторового оточення, багатообразних систем діяльності та форм поведінки з об'єднаними у просторі матеріальними структурами [19].

Погляди О. В. Іконнікова розділяє В. Л. Глазичев, який міське середовище означає як взаємозв'язок предметно-просторового оточення та міжлюдської взаємодії, що відбуваються в ньому. Будівлю або комплекс будівель автор пропонує розглядати як *елемент не тільки функціонально-просторової, а й соціальної системи міста*, зосереджуючи увагу на важливості поєднання підходів до проектування міського середовища: «ззовні» (від природного оточення міста до його внутрішньої структури) і «зсередини» (від сприйняття міського ландшафту в цілому до окремих його фрагментів) [11].

У межах *теорії архітектури* зустрічаємо й більшість визначень поняття «**ландшафтний дизайн**». Тут також спостерігається розмаїття трактовок, що звужують або розширюють його вміст. У навчальному посібнику для закладів вищої освіти ландшафтний дизайн визначається як «*творча діяльність, спрямована на формування предметно-просторового довкілля прийомом та засобами ландшафтної архітектури*» та «художнє конструювання деталей культурного ландшафту», що



передбачає «детальну організацію безпосереднього оточення людини, синтез природних елементів, художніх форм і деталей благоустрою» [49, с. 4].

Більш широке поняття «ландшафтного дизайну» дає російський ландшафтний архітектор і теоретик В. Нефьодов. Спираючись на вітчизняну й закордонну практику, він пише, що «використовуваний за кордоном термін «landscape design» має найбільш широке трактування, що відповідає за змістом ландшафтному проектуванню різних об'єктів від невеликих композицій біля будівель до відкритих просторів великих розмірів, зокрема міські вулиці, площі, набережні, сади й парки. Дизайн у цьому разі можна визначити як художнє проектування «позаархітектурних» компонентів міського простору з використанням матеріалів природи» [33, с. 14].

Також у ландшафтному проектуванні є поняття «ландшафтне мистецтво». Його подає А. Сичева в навчальному посібнику для закладів вищої освіти: «**Ландшафтне мистецтво** – мистецтво створення антропогенних композицій із використанням природних і штучних компонентів (дерева, чагарники, трави, квіткові рослини, рельєф, вода, паркові споруди, малі архітектурні форми, зокрема альтанки, містки, фонтани, басейни, вази, скульптура й ін.)» [49, с. 4]. В. Боговая й Л. Фурсова щодо ландшафтного мистецтва пишуть, що воно подібне з ландшафтною архітектурою й вирішує аналогічні завдання, але виділяється якісним і естетичним рівнем [2, с. 3–4].

Зосереджуючи увагу на історичному аспекті **становлення естетики ландшафту, як наукового напрямку**, варто зауважити, що його фундатором вважається **A. Hettner**, який у 1927 р. запропонував виділити науковий напрям – **естетичну географію** та заклав його методологічні основи, що сприяло розвитку покомпонентного вивчення естетичної цінності території. Важливим в обґрунтуванні його теорії було загострення уваги на питанні об'єктивності оцінки естетичної привабливості ландшафту [78].

Відповідно, передумовою становлення естетики ландшафту був розвиток **поведінкової географії** на базі естетики географії. Варто зауважити, що поряд із значною увагою до цього науковців США, Канади, Австралії, Сполученого Королівства, Франції,

Швеції та деяких інших західноєвропейських країнах **в межах СРСР теорія естетики ландшафту упродовж ХХ ст. не мала широкого розвитку.** Трапляються лише роботи окремих науковців, серед яких варто відмітити «Екологію та естетику ландшафту» К. І. Ерінгіса [14; 10, с. 47].

У дисертаційній роботі Н. В. Гатальської «Теоретико-методологічні аспекти формування естетики паркового середовища» систематизовано наявну наукову інформацію щодо підходів оцінювання естетичних якостей ландшафту, які базуються на всіх сферах людського сприйняття, а також соціокультурному аспекті, що дозволило поглибити знання щодо естетичного сприйняття паркового середовища людиною і визначити його закономірності [10]. Відповідно теорії, в рамках яких розглядають або можуть бути розглянуті **аспекти виявлення естетичних якостей паркового середовища, об'єднано в низку підходів:**

- покомпонентний,
- пейзажно-композиційний,
- вимірнотворно-інформаційний,
- нормативний або просторово-нормативний,
- функціональний,
- феноменологічний,
- когнітивний,
- інформаційно-пізнавальний,
- еволюційний,
- експериментальний [10, с. 2–3].

*Соціокультурний контекст естетичного сприйняття ландшафту* досліджували Vidal de la Blanche та його учні, які виявили, що **існують групи населення, що відрізняються особливостями просторового сприйняття та пейзажно-естетичними уподобаннями і розробили концепцію «культурних кодів»** [14, 112]. Саме ці «коди» визначають духовні та раціоналістичні ландшафтно-естетичні симпатії людей [14].

Н.В. Гатальська зазначає, що *природний ландшафт формується без участі людини, а візуальне сприйняття, визначення естетичності і тим паче символічне трактування залежить виключно від суб'єкту сприйняття.* Такі обставини обумовлюють *непрогнозованість естетичної оцінки природного*

ландшафту, в той час як парковий формується як вираження певних естетичних уявлень автора (авторів) та передбачає виникнення певних емоційних вражень у спостерігача. Проте естетична цінність, що закладалася автором може суттєво відрізнятися від цінностей, що сприймається спостерігачем [10, с. 50].

М. Д. Гродзинським та О. В. Савицькою виокремлені **ландшафтоцентричні** (спрямовані на вивчення рис ландшафту, які визначають його естетичні якості) та **антропоцентричні** (спрямовані на пізнання людини як суб'єкту естетичного сприйняття, у свідомості якого формується образ ландшафту) **напрями дослідження естетики ландшафту**. Окрім того, автори виділили прецепційно-когнітивний напрям – сфокусований на дослідженні процесу естетичного сприйняття людиною ландшафту та відзначають перспективність останнього у сучасній естетиці ландшафту [12].

В. N. Sowinska-Swierkosz представила новий **кількісний індекс ландшафтної гармонії** (ІЛГ), що передбачає аналіз мальовничості ландшафту та екологічний аспект, а ландшафтна гармонія розглядається як взаємовідносини між абіотичними та біотичними чинниками. Окрім того, автором вводиться **індекс ландшафтної дисгармонії** (ІЛД), який вимірює вплив різних чинників (або елементів), що впливають на гармонійність ландшафту [106].

Питання дисгармонії ландшафту, а також показників, які можуть сприйматися як дисгармонійні досліджували R. Kaplan & S. Kaplan [82]. В свою чергу A. Ode, M. S. Tveit, & G. Fry [95] до показників дисгармонії відносять – наявність дисгармонійних компонентів та зону візуальної активності дисгармонійного елемента. *До дисгармонійних елементів, автори відносять перепони, які закривають огляд, тобто порушують візуальні зв'язки* [95].

Термін **терапевтичний ландшафт** (*therapeutic / healing landscape*) був визначений у 1992 році географом Вільямом Геслером як місце, «де фізичне та побудоване середовище, соціальні умови та людське сприйняття поєднуються, щоб створити атмосферу, яка сприяє зціленню» (Gesler, W., 1992) [76].

Концепція терапевтичного ландшафту описує **«особливий тип досвіду благополуччя, пов'язаного зі зціленням, відновленням і місцем»** Andrews, G. (2017) [63]. Вона виникла в субдисциплінарній галузі **медичної географії (науки, що вивчає вплив середовища на здоров'я людини)** у вирішальний момент її історії розвитку. Наприкінці 1980-х років ряд вчених у галузі охорони здоров'я почали наголошувати на **цілісному підході до здоров'я** та досліджувати **взаємодію між суспільством, зовнішнім середовищем, різними аспектами здоров'я і благополуччям**. Таким чином вони не зосереджувались тільки на «точках на карті», як це пропагувала медична географія.

З'являється піддисципліна **географія здоров'я**, що водночас досліджує **місце ландшафту в культурній географії** та висуває на центральний план **місце як «оперативну і живу конструкцію»**, яка має значення для процесу оздоровлення (Kearns, R. A. and Moon, G., 2002) [83].

*Традиційно медична географія сприймала ландшафт переважно з точки зору епідеміології, а простір – переважно з точки зору розподілу та доступу до ресурсів охорони здоров'я.* Проте, у теорії Геслера, концепція ландшафту забезпечила основу для прийняття суто **соціокультурного підходу** до дослідження того, **як місце впливає на здоров'я**.

Концепція ландшафту була використана метафорично, натхненна роботами географів-гуманістів і структуралістів, які показали, що **ландшафт – це більше, ніж взаємодія між діяльністю людини та фізичним місцем**.

З гуманістичної географії Геслер взяв уявлення про людську цінність і символічне значення ландшафтів. Поняття Майніга **«ландшафт як місце»** було використано, щоб підкреслити **спосіб одужання в місцях, де відчуття місця є ключовим інгредієнтом терапевтичної ефективності**. Геслер використовував додаткові категорії **«внутрішнє / значення»** і **«зовнішній / соціальний контекст»**, щоб пояснити, як виникають терапевтичні ландшафти через **накладання процесів, характерних для певного місця (фізичні умови, відчуття місця, символічні ландшафти, повсякденна діяльність тощо)**, а також ширших соціальних процесів (вірування, соціальні структури, територіальність тощо).

У терапевтичних ландшафтах мають **переважати зелений, блакитний, коричневий та сірий кольори**. Блакитний або водний простір здавна використовували як джерело зцілення; від класичних греків і римлян до сьогодення вважалося, що водойми мають лікувальні та відновлювальні властивості.

На відміну від зеленого простору, блакитний простір більш доступний для деяких груп людей. Наприклад, особи з інвалідністю зможуть відчувати свободу рухів у воді.

Незважаючи на те, що література про терапевтичні ландшафти в основному зосереджується на блакитних і зелених просторах, **білі та сірі простори, як-от засніжені гори або засніжені ландшафти, пляжі та пустелі, камені та скелі, були також досліджені**. Виявилось, що вони викликають різноманітні емоції.

Так, Ленген (Lengen, С. 2015) досліджував швейцарських психіатричних пацієнтів через метод малювання та розповіді, і багато учасників асоціювали такі біло-сірі пейзажі з відчуттям свободи, спокою та захоплення [85].

Тим часом Фінлей (Finlay, J., Franke, T., McKay, H., & Sims-Gould, J. (2015)) дослідив *досвід літніх людей у Міннесоті, де сніжить по 6 місяців в рік*. Виявилось, що більшість жителів мають *гарні асоціації з білим простором* і насолоджуються ним [75].

Зовсім недавно література про терапевтичні ландшафти торкнулася теми вивчення конкретних результатів для *психічного здоров'я* людини від зустрічі з природним середовищем. Цей новий напрям дослідження спирався на попередні роботи в галузі психології щодо *лікувального потенціалу природного середовища*. Особливо впливовою була **теорія Каплана** (Kaplan, S. (1995) про відновлення уваги, згідно з якою *покращення когнітивних функцій* стало результатом проведення часу на природі, враховуючи, що для спостереження не потрібно значної розумової енергії [81].

Дослідження, що стосуються переваг природного середовища для психічного здоров'я, часто зосереджуються на певних групах, зокрема, на *молодому поколінні, літніх особах та людях із проблемами психічного здоров'я*. По-перше, відвідування природного середовища дозволяє молодому поколінню фізично та розумово відмежуватися від стресових ситуацій і побути в самотності (Milligan, С., & Bingley, А. (2007)) []. Важливість

самотності досліджували Віндхорст і Вільямс, які виявили, що *студенти першого року навчання* розшукували природне середовище, щоб уникнути тиску та засудження суспільства.

Занурення в природне середовище мало такі ж позитивні наслідки для *літніх людей*, включаючи психічне відновлення, духовний зв'язок, фізичні вправи та можливості для соціалізації (Milligan, C., Gatrell, A., & Bingley, A. (2004)) [90].

*Люди з проблемами психічного здоров'я* можуть відчувати зцілення в природному середовищі завдяки можливості кинути виклик самому собі та набутті впевненості (Milligan, C., & Bingley, A. (2007)) [89]. Очевидно, що природне середовище функціонує як лікувальний ландшафт для людей різного віку та стану здоров'я.

**Терапевтичний сад (*therapeutic garden*) як підвид терапевтичного ландшафту можна розглядати як зовнішній простір, створений для задоволення фізичних, психологічних, соціальних і духовних потреб людей, які перебувають у закладі охорони здоров'я, і який допомагає цим людям підтримувати контакт з реальністю та забезпечує психофізичне благополуччя усім користувачам, тобто пацієнтам, відвідувачам та медичному персоналу.**

Винахідниками пейзажного парку N. Pevsner називає письменників та мистецтвознавців, а не архітекторів та садоводів [97]. Естетика формування садів періоду романтизму розвивається в напрямі *формування природних пейзажів «мистецтвом прикрашених»* (термін Л. Г. Якоба) [26].

Одним з найважливіших аспектів розвитку урбанізації, як в світі, так і на теренах України є пошук екологічної рівноваги міського середовища [10, с. 29].

В зауваженому контексті паркове середовище як елемент функціонально-просторової та соціальної системи міста може бути як об'єктом між людської взаємодії (наприклад у процесі рекреації в межах існуючих парків), так і її результатом (при проєктуванні нових паркових об'єктів). Однак, ***поряд із широким використанням поняття «міське середовище», паркові об'єкти в його структурі розглядаються як матеріальна складова міського ландшафту, акцентуючи увагу на його екологічному, естетичному, рекреаційному, культурно-історичному***

*значенні, а соціальні аспекти, здебільшого, лишаються по за увагою [10, с. 45–46].*

Дослідники зазначають, що паркове середовище поєднує в собі як природний, так і штучно створений тип естетичного об'єкту [104], що в свою чергу обумовлює наявність у ньому ознак двох видів естетичного об'єкту – середовища та твору мистецтва. Поряд із тим паркове середовище може бути як природним (національні природні парки, ландшафтні парки), так і сформованим людиною (штучно створені парки різного функціонального призначення). Ландшафт природних парків, у формуванні якого людина не приймала участь, не може бути визначений як твір мистецтва, проте може бути предметом естетичних досліджень. Паркове середовище, створене людиною відповідно до визначеної мети та з урахуванням певних естетичних та ідеологічних міркувань може вважатися *мистецтвом формування ландшафту* як естетичного об'єкту [10, с. 45].

У підсумку експериментальних досліджень та узагальнення даних наукових джерел літератури щодо ієрархічних ознак об'єктів ландшафтної архітектури, класифікації композиційної структури міста, характеристик об'ємно-просторової структури візуальних одиниць ландшафту, знакових систем архітектурної мови, Н. Гатальською сформульовано поняття *композиційної структури паркового середовища*, що може бути визначена як категорія архітектурної композиції, яка описує кількісне та якісне наповнення, просторове розміщення компонентів паркового середовища, взаємозв'язки між елементарними складовими в межах матеріальної та образної систем, їх ієрархічних рівнів, що формують цілісний усвідомлений образ відповідно до функції, тематики, стилістики об'єкта та задовольняють потреби людини [10, с. 4]. Дослідницею виявлено механізми взаємодії людини з парковим середовищем (на основі порівняльного аналізу результатів застосування різних способів досліджень – натурального та заміщення), які обумовлюються мультисенсорністю цього процесу та найсуттєвіше впливають на емоційно-асоціативне сприйняття – збільшують емоційний вплив та зменшують раціональну оцінку, а також знижують інформативність образної системи [10, с. 6]. За результатами комплексу проведених

досліджень обґрунтовано наукову концепцію, розширено понятійно-термінологічний апарат, удосконалено методологію дослідження та формування естетичних якостей паркового середовища.

Важливим загальним аспектом сприйняття природного, міського та паркового середовища як естетичного об'єкту є *мультисенсорність* (сприйняття відбувається за рахунок всіх органів чуття), що принципово відрізняється від творів мистецтва, які розраховані на візуальну сферу сприйняття (твори образотворчого мистецтва) або слух (музика) [10, с. 50].

Вплив системи цінностей та понять про красу, які домінують в певному суспільстві в межах історичного періоду на формування садів спостерігається від витоків садово-паркового мистецтва до сьогодення. Застосування архітектурних засобів виразності при формуванні садів відповідно до визначеного у певному соціумі ідеалу стала передумовою формування стилей в садово-парковому мистецтві. Слідування певним ідеалам зумовило створення шедеврів садово-паркового мистецтва, які нині є об'єктами культурної спадщини та ілюструють уявлення попередніх поколінь про красу [10, с. 71].

## **1.2. Головні завдання ландшафтної терапії як методики психотерапевтичної і соціальної роботи з особами, постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій**

Головним завданням практично будь-якої психотерапевтичної роботи з людиною є усвідомлення чи переживання невротичних змістів чи станів психіки, які за своєю сутністю адекватні хаосу [51]. І. Пригожин, маючи на увазі загальнометодологічні дослідження, зазначав, що «джерелом порядку є нерівноважність..., те, що породжує «порядок із хаосу» [41, с. 357].

Найбільший інтерес представляє сам момент перетворення хаосу на порядок і закономірності його протікання як психотерапевтичного процесу. У зв'язку з цим з'являються поняття «*граничності*», «*поза межності*» та «*незворотності*», що зрештою знову ж таки зводиться до *есхатологічного підходу* та *есхатологічності* [51].



Як зазначає Пригожин, має місце *абсолютно новий діалог людини з природою, в якому людина вже набагато більше обмежена у своїх активних «диктаторських» можливостях*, ніж у галузі ньютонівських лінійних законів. Природа вимагає від людини придбання нового, принципово іншого образу і змісту, щоб дати можливість подальшого повноцінного спілкування з собою (природою). Це стає все помітнішим і на психосоціальному рівні [41, с. 357].

Як зазначає А. Ткаченко, у людини з'являється органічна необхідність усвідомлення своїх штучних поведінкових масок тощо, що часто тягне її у лоно природи. Напевно, цим можна пояснити велику популярність серед наших людей усіляких пікніків, рибалок та полювання, туристичних рівнинних та гірських походів або просто господарювання на дачі чи ділянці. Дослідник описує власний досвід проведення групових психологічних тренінгів у лісі, горах, на березі річки чи моря [51].

Це природним чином приводить психіку, як систему, у неврівноважений динамічний стан, зростає роль природного фактора аж до *своєрідної залежності від нього*, з'являється непереборна потреба в радикальних якісних змінах, це занурює людину у більш глибинні утворення своєї психіки, в несвідомі області. Починають виникати сумніви в істинності та об'єктивності реального, усвідомлюваного світу. А внутрішній світ видається більш істинним, реальним та об'єктивним. Зростає флуктуація психіки до досягнення точки біфуркації, що призводить до настання моменту так званого *вибору*. При цьому перед людиною дуже чітко та недвозначно виникає ситуація, коли *необхідно визначатися у своєму подальшому розвитку*. момент такого вибору зазвичай супроводжувався багатьма ознаками описаних С. Грофом «духовних криз» та А. Маслоу «*пікових переживань*» [51].

Аналізуючи дослідження можливостей природотерапії в науковому дискурсі та психолого-педагогічній практиці (зокрема, в педагогічній спадщині В. А. Сухомлинського, який найбільше акцентував увагу на єдності дитини з природою в процесі пізнання нею світу), А. Ткаченко констатує, що психологічна наука так і *не змогла дійти розуміння природи як серйозного і вирішального у формуванні особистості чинника*, який би міг успішно просувати

особистість у пізнанні власної психіки та, можливо, у роботі з нею у вигляді самопсихотерапії [51].

Пояснюючи технічний аспект впливу природотерапії на особистість, що пережила кризову ситуацію, А. Таченко звертається до однієї з найскладніших і найнебезпечніших у всіх відношеннях професій – професії пілота, а вірніше до її психологічних, пов'язаних із граничними та позамежними станами та процесами особливостей. Зокрема, науковець звертається до досвіду відомого авіаційний психолога В. Пономаренка, який отримав освіту авіаційного лікаря та льотчика-винищувача лише для того, щоб на собі відчути предмет наукового дослідження [39, 40].

Викликає інтерес вивчення особливостей поведінки льотчиків, які потрапили в катастрофічні ситуації та залишилися живими, а також – у гранично важкі умови виконання своїх професійних функцій при веденні бойових дій. Своєрідна «формула» мислення людини в надзвичайній ситуації впливає з наступного висловлювання самого В. Пономаренка: «... психологічні особливості перебування людини «ТАМ» та «ТУТ» «надають льотному професіоналу особливий особистісний сенс» [39, с. 48]. «ТАМ» – це внутрішній, глибинний, як особистісний, так і трансперсональний неземний зміст психіки, що виявляється найнеймовірнішим чином у момент катастрофічної ситуації, коли чітко та недвозначно стоїть питання життя чи смерті. «ТУТ» – це зовнішній, екстернальний, земний, професійно-діяльнісний психічний прояв особистості в тих же ситуаціях, внаслідок чого приймаються та реалізуються конкретні рішення, від яких об'єктивно залежить життя [51].

На думку А. Ткаченка, сутність духовно-природної психотерапії полягає в наступному: роль психотерапевта як базового об'єкта цього процесу, бере на себе природа, функції ж соціального працівника чи психолога мають зводитись в основному спочатку до психологічної підготовки учасника до того, щоб «віддатися» (термін В. Райха в оргонній психотерапії [44]) в руки Природи, а потім супроводжувати учасника природотерапії, в нашому випадку, ландшафтотерапії) в якості посередника, що приєднався.

Дуже важливо для ведучого було якнайменше з власної ініціативи і волі втручатися у природні процеси психіки членів групи, що відбуваються.

А. Ткаченко, спираючись на досвід чисельних психологічних тренінгів, проведених на лоні природи, наводить наступні **структурні елементи процесу природотерапії** [51]:

**1. Поява та відчуття феномену Природи.** Учасники як би «починали помічати» красу, багатство, силу живої та неживої природи. Певним чином відчували можливість контакту, переймалися великими потенційними цілительськими можливостями.

**2. Словесна розмовна психологічна робота із використанням відповідних загальновідомих психотерапевтичних технік.** Починалася інтенсивна інтродукція особистості, усвідомлення масштабів власної психологічної проблемності та невротичності, проникнення у несвідомий світ.

**3. Вхідження в психологічний контакт із Природою і нібито «злиття» з нею.** Це виражалось в спонтанному вирізання дерев'яних фігурок, включення в психологічну роботу навколишніх природних символів, особливо на архаїчному рівні.

**4. Наближення до граничних областей психіки.** Актуалізація духовного початку.

**5. Кульмінація.** Безпосередній прояв граничних та позамежних психічних станів, подібних до «пікових переживань» (за А. Маслоу [30]) і «духовних криз» (за С. Грофом [13]).

**6. «Зачистка».** Психологічна робота з залишковими невротичними явищами граничних та позамежних переживань. Повернення психіки учасників до нормальної дійсності.

**7. Залучення** актуалізованої психіки до духовних культурних загальнолюдських цінностей, формування високодуховного особистісного початку [51].

Психологічна робота може торкатися звичайних життєвих проблем, проте кожна з них зрештою фокусується на таких значних загальнолюдських поняттях, як любов, сім'я, особистісні взаємини, професійна діяльність.

А. Ткаченко деталізує кожний із названих етапів природотерапії наступним чином:

## **1. Поява феномену Природи, коли учасники починали її помічати**

Ця стадія зазвичай виникала на самому початку природного тренінгу, буквально з появи групи в місці його проведення. При цьому починав відчуватися і розумітися загальний лейтмотив майбутньої роботи, наприклад, такий як жіночий або чоловічий початок. Помічались основні домінуючі *архетипічні символи*, на тлі яких розвиватиметься все дійство, зазвичай такі як *Річка, Море, Ліс, Гори, Болото*. Досить ефективним способом початкового ознайомлення були *щоденні фізично напружені піші переходи* до місця роботи та назад на відстань близько п'яти кілометрів та *тривалістю до однієї години*, у процесі яких цілком органічно людина могла «увійти» і потім так само «вийти» з відповідного «робочого» психічного стану. А досить велике фізичне навантаження дозволяло ще й паралельно звільняти від ззажимів відповідні м'язові та психологічні панцирі, відкриваючи доступ до глибинних шарів психіки. Це можна порівняти із райхіанською тілесною терапією [43, 44].

Як відмічає А. Ткаченко, в окремих випадках використовувалися *особливості конкретного природного ландшафту*. Наприклад, на Карпатському тренінгу подібній психосоматичній підготовці до психологічної роботи сприяли *ранкові та вечірні так звані «омивання» у гірському струмку чи річці*. Таким чином, природа давала кожному учаснику всі необхідні йому можливості, щоб підготувати себе і свою психіку до ефективної психотерапії.

У міру «дорослішання» тренінгів такі підготовчі процедури ставали більш прийнятними, конструктивними, різноманітними та індивідуально орієнтованими. У них багато учасників, що мають найрізноманітніший попередній досвід психофізіологічної роботи з собою, знаходили природні способи його використання і відповідне місце в контексті спільної роботи, починали відчувати себе кожен у своїй стихії, що досить позитивно формувало необхідний рівень довіри, створюючи благодійну екологічно чисту психічну атмосферу для найсерйознішої душевної рефлексії [51].

## **2. Індивідуальна актуалізація психіки та ідентифікація групової тренінгової структури**

Після першого зіткнення з природою та сприйняття її феномену розпочиналася індивідуальна психологічна актуалізація кожного учасника. Багатий природно-природний стимульний матеріал актуалізував відповідні індивідуально-специфічні і загальні невротичні та психічні зміни особистості. На соматичному рівні це особливо інтенсивно відбувалося у процесі піших переходів, завдяки яким на момент початку основної вербальної роботи учасники приходили в актуалізований психічний стан.

Практично на всіх тренінгах виявлялися ознаки *тілесної психотерапії*. Природне розпускання «м'язової броні» у процесі піших переходів та інтенсивної фізичної активності, а також розкріпачення «панциру характеру» призводили до вербальної інтелектуальної активності. Досить стійко та ефективно у психологічній роботі використовувався музичний супровід, вибір якого проводився чуттєво-інтуїтивним чином [51].

Як досить ефективну синергетичну методику, яка використовувалась під час «природних» і «ландшафтних» тренінгів, А. Ткаченко вважає *спонтанне створення віршів*, присвячених, наприклад, архетипним символам «моря» та «гір», поєднаних у районі робочого місця групи. Дослідник вважає такий прояв творчості одним із найбільш цілісних у психологічній роботі при осмисленні психологічного змісту ситуації, оскільки у вірші, на його думку, дуже гармонійно поєднуються чуттєво-емоційний, та інтелектуальний вербальний фактори, створюючи закінчене уявлення про те, що відбувається.

**3. Очікувані результати природотерапії** (зокрема ландшафтної терапії) можна узагальнити думкою А. Ткаченка: «У перехідному кризовому стані особистості єдиною умовою, що стабілізує та гарантує подальший позитивний розвиток, є *набуття та постійне рефлексування стану духовності*. Це має відбуватися на природному емпіричному рівні у процесі практичної суспільно-корисної діяльності. В іншому випадку має місце лише ілюзія розвитку та духовності, коли людина розвивається лише у своїх фантазіях, черпаючи матеріал не з особистого досвіду, а з інших формальних джерел. *Одного разу набутий і зафіксований свідомо стан духовності необхідно підтримувати та розвивати*. Для цього запропоновано *психосоціальну технологію самовизначення*.

Вона передбачає стабілізацію та позитивну динаміку психічного та духовного розвитку з отриманням конкретного продукту аж до досягнення *особистісної зрілості*» [51].

### **1.3. Ландшафтна терапія та ландшафтний дизайн як критерій якості життя**

Якість життя трактується як головна мета соціально-економічного розвитку та найважливіший критерій ефективності управління економічними процесами та соціальною сферою. Посилення уваги до проблем якості життя населення змушує уряди розвинених країн світу враховувати при розробці стратегії соціально-економічного розвитку суспільну думку щодо пріоритетів розвитку. Важливо визначити, як впливає суспільство на світогляд та світосприйняття людини, чи є у неї можливість отримувати задоволення від процесу праці, чи може вона розвиватися протягом усього життя та, будучи здоровою, робити значний внесок у загально-суспільний розвиток. Це зумовлює необхідність виявлення взаємозв'язків складових якості життя, нових підходів до створення та використання методів оцінки якості життя людини [9, с. 9].

Актуальність проблем оцінки якості життя підтверджується ініціативами міжнародних організацій, насамперед ООН, урядами країн та експертною спільнотою. Певні зобов'язання взято з боку Європейської комісії, у тому числі шляхом встановлення цільових показників розвитку до 2020 року у стратегії Європейського Союзу «Європа 2020: стратегія розумного, сталого й інклюзивного зростання» [9, с. 10].

Сучасні демографічні дослідження вирізняються прагненням отримати цілісне уявлення про населення як систему, яке може бути реалізовано саме через комплексне вивчення якості населення у зв'язку з якістю його життя. Основні теоретичні та прикладні напрацювання щодо якості населення належать таким дослідникам як Дж. Беккер, Дж. А. Бердмор, О. Грішнова, Г. Дуг, Л. Йоргенсон, П. Кокс, В. Медков, А. Мінсер, М. Мутз, А. Пакон, Г. Парнс, Н. Рімашевська, А. Саградов, А. Сен, Дж. Сімон, Дж. Фріз, Ф. Хаузер, Т. Шульц та інші [32, с. 8].

Вагому роль вивчення якості життя в регулюванні динаміки якісних параметрів населення засвідчує досвід розвитку концепцій якості населення та розроблюваних на їх основі практичних заходів у розвинутих країнах [32, с. 8].

Якісні характеристики населення органічно поєднанні з якістю його життя. Якість життя є ширшим поняттям, ніж якість населення: якість життя охоплює не тільки підсумкові характеристики якості населення, але й **середовище, у якому живе людина**, та суб'єктивну оцінку [32, с. 8].

Дослідження якості життя останнім часом набувають усе більшої популярності. Проте цілісна концепція якості життя населення відсутня [32, с. 9].

Якість життя не є чітко визначеним поняттям, проте воно вже стало складовою нашого життя. Суспільний розвиток можна оцінити як покращення якості життя. Тому міжнародні та національні організації, фонди, дослідницькі й аналітичні центри, науковці все більше уваги приділяють оцінюванню якості життя населення [32, с. 12].

Організацією економічного розвитку та співробітництва (ОЕСР) впроваджується Глобальний проект «Оцінка суспільного прогресу» («Measuring the progress of societies»), діяльність якого спрямована на підвищення інформованості, мобілізацію політичної підтримки для оцінювання прогресу та розвиток системи ключових економічних, соціальних та екологічних індикаторів. У ході зустрічі лідерів «великої двадцятки» у Пітсбургу у 2009 р. було особливо наголошено на абсолютній необхідності розробки та практичного освоєння нових методів вимірювання суспільного прогресу, що **враховували б соціальні й екологічні аспекти при формуванні напрямів забезпечення збалансованого зростання** [9, с. 10].

Наразі державними та приватними установами розроблено більше 150 композиційних індикаторів добробуту для оцінки ефективності діяльності урядів різних країн в економічній, соціальній та екологічній сфері на міжнародному рівні [9, с. 12–13].

На даний час існує три основні теоретико-методологічні підходи до концепту «якість життя», які розрізняються між собою

за відповіддю на питання: а) що таке якість життя? б) як оцінити високу / низьку чи добру / погану якість життя?

Вони охоплюють: 1) економічний підхід; 2) соціальний підхід; 3) концепт суб'єктивного благополуччя.

Перший підхід, тобто **економічний вимір якості життя**, репрезентує підхід задоволення переваг (*The preference-satisfaction approach*). Він базується на теорії корисності і фокусується на тому, чи можуть індивіди отримати те, що вони бажають. Теорія корисності є складовою економічної теорії, яка пояснює економічну поведінку раціонального індивіда. Корисність – це суб'єктивна міра задоволення, яке отримує індивід від споживання того чи іншого блага, або набору послуг [32, с. 59].

Другий підхід базується на традиціях соціальної теорії та оцінює якість життя **крізь призму соціальних індикаторів**. Цей підхід з'явився як відповідь на обмеження, пов'язані з застосуванням економічних інструментів оцінювання якості життя. Він базується на системі норм, традицій, принципів, важливих для конкретного суспільства та індивідів. Найпоширенішими соціальними індикаторами якості життя є показники освіти, злочинності, екології та захисту прав свобод громадян [32, с. 59–60].

Багато соціальних показників настільки тісно корелюють із добробутом, що на перший погляд виникає сумнів, чи взагалі їх варто використовувати. Проте «соціальний» підхід до вимірювання якості життя на противагу «економічному» ставить під сумнів тезу, що «мати більше доходу» завжди означає «жити якісніше». «Жити якісно» не обмежується поняттям жити у багатій країні чи належати до багатой нації [32, с. 60].

Появу третього підходу до якості життя пов'язують із традиціями концепту **суб'єктивного благополуччя**, що використовується у поведінкових науках. Оцінка якості життя через **самооцінку благополуччя**, тобто концепт *Subjective well-being*, в останні десятиріччя набула значного поширення. Згідно з цим підходом якість життя визначена на основі здобутого й пережитого досвіду індивідів. Для оцінки якості життя такі фактори як **відчуття щастя й задоволення** відіграють значно вагомішу роль, аніж об'єктивні індикатори. Як наслідок, вимір якості життя змістився з об'єктивних показників до суб'єктивної



самооцінки індивідами свого життя та різних його аспектів [72; 70]: **якість життя є доброю, якщо сам індивід її так оцінює.**

На макрорівні обчислений для країн середній індекс суб'єктивного благополуччя тісно корелює з такими об'єктивними показниками як дохід, захист прав і свобод громадян, рівність або, іншими словами, з тим, наскільки повно й якісно суспільство задовольняє базові людські потреби [72]. На індивідуальному рівні висока оцінка суб'єктивного благополуччя передбачає високу задоволеність життям, роботою, **відпочинком** [32, с. 60].

Існує припущення, що представники індивідуалістичних культур і традицій почують себе щасливішими й задоволенішими через те, що суспільство не лише задовольняє базові людські потреби, але й створює сприятливі умови для індивідуальної свободи та самореалізації. Водночас суб'єктивне благополуччя не дорівнює гедонізму і не означає бути задоволеним усім без жодних переживань і проблем. Основна перевага цього показника у тому, що він **«вловлює» саме те, що важливо для конкретного індивіда, щоб бути задоволеним і щасливим.** Порівняно з об'єктивними показниками, розрахунок яких може мати методичні відмінності у різних країнах, оцінка суб'єктивного благополуччя за єдиною шкалою забезпечує можливість міжнаціональних порівняльних досліджень на єдиній методичній основі.

Кожен із описаних трьох підходів має переваги й недоліки [32, с. 61].

Таким чином, **якість життя** – це комплексне мультівимірне поняття, яке визначає рівень фізичного, емоційного, матеріального й соціального благополуччя (*well-being*) [32, с. 62].

#### **Складові якості життя**

**1) Індекс якості життя, розроблений аналітично-дослідницькою службою журналу «Економіст» (*The Economist Intelligence Unit's quality-of-life index*)**

Найвідомішим індексом якості життя є *the Economist Intelligence Unit's quality-of-life index* [108], розроблений фахівцями *Economist Intelligence Unit* і представлений 2005 року. Вони запропонували систему з дев'яти факторів і дев'яти індикаторів для оцінювання якості життя. Індекс розрахований за методологією, в основі якої лежить зв'язок між рівнем

суб'єктивного благополуччя та об'єктивними кількісними показниками, що характеризують різні сфери життєдіяльності. Індекс якості життя у цій системі – це показник задоволення життям (із соціологічних опитувань, оцінений за 10-бальною шкалою), скоригований за дев'ятьма факторами [32, с. 12].

Саме ці дев'ять факторів серед переліку багатьох інших виявились найбільш статистично значущими щодо впливу на рівень задоволення життям.

*The Economist Intelligence Unit's quality-of-life index* станом на 2005 рік був обчислений для 111 країн світу. Згідно з отриманими результатами перші п'ять місць у рейтингу 111 країн посідали Ірландія, Швейцарія, Норвегія, Люксембург та Швеція. Україна посіла 98 місце [32, с. 13].

## **2) Індекс «де народитися» («where-to-be-born» index)**

2013 року *Economist Intelligence Unit* розробив та оприлюднив індекс «where-to-be-born» [108, 114], який аналізує потенціал країн для забезпечення найвищої якості життя своїх громадян. Індекс охоплює 10 показників [32, с. 14].

## **3) Індекс якості життя згідно з базою даних Numbeo (*Numbeo Quality of Life Index*)**

Набуває популярності індекс якості життя, що міститься у глобальній базі даних *Numbeo* [94] – найбільшій у світі базі даних користувачів, яка надає актуальну та своєчасну інформацію про умови і якість життя у країнах і містах усього світу. Крім загального індексу якості життя, *Numbeo* містить набір субіндексів [32, с. 14].

2019 року на перше місце вийшла Данія, з нею першу п'ятірку за індексом якості життя склали Швейцарія, Фінляндія, Австралія, Австрія. У цьому рейтингу Україна посідає 62 позицію (з 71 країни, для яких розраховано оцінку) [32, с. 15].

База даних *Numbeo* [99] визначає рейтинг кращих міст світу за індексом якості життя, враховуючи вісім субіндексів:

- 1) індекс купівельної спроможності;
- 2) вартість нерухомості відносно доходів населення;
- 3) індекс безпеки;
- 4) охорона здоров'я;
- 5) вартість життя;
- 6) індекс часу руху транспорту;

- 7) забруднення;
- 8) клімат.

П'ять українських міст – Львів, Київ, Одеса, Харків і Дніпро – увійшли у цей список; серед них найбільшу кількість балів набрав Львів і посів у рейтингу 175 місце. Київ опинився на 192 місці, Одеса – на 195, Харків – на 196, Дніпро – на 202. Загалом у рейтингу було представлено 227 міст із багатьох країн світу. Найкращим містом за індексом якості життя за рейтингом *Numbeo* є столиця Австралії Канберра, друга сходинка у Ейндховена (Нідерланди) [29].

#### **4) Рейтинг якості життя у містах світу від Mercer Human Resource Consulting (Quality of living city ranking)**

Міжнародна консалтингова група *Mercer Human Resource Consulting* з питань добору персоналу для міжнародного бізнесу, щорічно публікує **рейтинг якості життя у містах світу** (*Mercer Quality of Living Survey*). Такі фактори як клімат, санітарні норми, хвороби, поширені на певних територіях, легкість, доступність і зручність зв'язку впливають на успішність закордонного відрядження.

Рейтинг якості життя у містах набув широкої популярності не лише у науковців та управлінців, але й населення загалом, використання рейтингу виходить далеко за межі початкової мети його створення, слугуючи певним орієнтиром для потенційних мігрантів, які мають намір покращити умови свого життя, а також виразником наряду і швидкості розвитку міст. У ході укладання рейтингу фахівці міжнародної консалтингової компанії *Mercer* розглядають ситуацію і умови життя у 420 містах світу на шести континентах і аналізують 39 факторів, згрупованих у 10 категорій [32, с. 17].

Серед цих факторів принаймні три – **соціально-культурне середовище; відпочинок і розваги та природне середовище і клімат – можуть, в певній мірі, характеризувати вплив ландшафтної терапії (ландшафтного дизайну) на якість життя населення, в цілому та, зокрема, вплив на населення при надзвичайних ситуаціях.**

2019 року за цим рейтингом Київ посів 173 місце у світі за якістю життя (загалом рейтинг охопив 231 країну) (табл. 1.4). Перше місце традиційного обійняв Відень (Австрія), друге –

Цюріх (Швейцарія), третє – Ванкувер (Канада), четверте – Мюнхен (Німеччина), п'яте – Окленд (Австралія) [32, с. 18].

Таблиця 1.4

**Київ у рейтингу міжнародної консалтингової компанії  
Mercer, 2011–2019 рр.**

Рік	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Київ	158	161		176	176		174	173	173
Кількість міст у рейтингу	221	221		230	230				231

Джерело: [100].

**5) Індекс соціального здоров'я нації (*the Index of Social Health*)**

Індекс соціального здоров'я нації було запропоновано М. Л. Мірінгофом. Якби прогрес вимірювався лише за допомогою показників ВВП, ефективності фондових ринків та інших суто економічних параметрів, зазначав він, то неможливо було б дізнатися про фактори, через які життя стає нещасним або цікавим чи хорошим [96].

Індекс соціального здоров'я покликаний виявити сукупний ефект ряду соціальних проблем та оцінити загальну якість життя [91], зосереджено у 16 соціальних показниках [92].

Подальший розвиток індекс соціального здоров'я отримав у Едмонтонському **індексі соціального здоров'я** (*the Edmonton Social Health Index*), розробленого Радою соціального планування у місті Едмонтон (*the Edmonton Social Planning Council*, Канада), яка велику увагу приділяє соціальним дослідженням, особливо у сферах низького доходу та бідності. *Edmonton Social Health Index* на початок нового тисячоліття складався з 15 соціальних, медичних, економічних та інших показників (у публікаціях 1999–2001 рр.) [64].

Оскільки ми досліджуємо можливості соціальної роботи з постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій, цей індекс зацікавив нас включенням у свій перелік таких показників, як:

- підтримка у кризових ситуаціях;
- тривалість життя;
- передчасна смерть;
- самогубства;
- захист дітей [32, с. 19].

У публікаціях «*Tracking the Trends*» 2009 і 2011 рр. Едмонтонський індекс соціального здоров'я був представлений вже 25 основними показниками, які вимірюють різні аспекти особистого, сімейного та громадського добробуту [110, 84]. У контексті нашого дослідження нас зацікавили такі показники, як:

- поїздки на маршрутному транспорті, велосипеді чи пішки;
- потреба у житлі;
- служби у справах дітей та сім'ї [32, с. 20].

Доволі популярними стали публікації Канадського центру політичних альтернатив: «*Найкращі та найгірші місця в Канаді, щоб бути жінкою*». 2019 року Канадський центр політичних альтернатив (*Canadian Centre for Policy Alternatives, CCPA*) оцінив 26 міст Канади за допомогою індексу гендерних розривів, який аналізував дані за п'ятьма напрямками [32, с. 20].

Цікавим також, зокрема через урахування багатьох характеристик стану середовища проживання, є *Справжній показник прогресу США (Genuine progress indicator, GPI)*. Він враховує 26 параметрів [64]. Серед них є такі, що характеризують стан довкілля, в тому числі, його негативні зміни внаслідок надзвичайних ситуацій, або аналізують довкілля певної місцевості яке опосередковано може виступати засобом природотерапії та впливати на стан здоров'я населення, зокрема:

- вартість зменшення забруднення домогосподарств;
- вартість забруднення води;
- вартість забруднення повітря;
- вартість забруднення шумом;
- втрата водно-болотних угідь;
- втрата сільськогосподарських угідь;
- виснаження невідновлюваних ресурсів енергії;

- інші довготривалі екологічні збитки;
- вартість виснаження озонового шару;
- втрата лісів старого зростання [32, с. 21].

#### **б) Індекс якості життя у працях деяких учених і дослідницьких колективів**

Дослідженням якості життя займались не лише дослідницькі центри, а й окремі вчені або наукові колективи. Наприклад, С. А. Айвазян запропонував методику, за якою інтегральний індекс якості життя розраховується за п'ятьма напрямками: якість населення, добробут населення, соціальна безпека (якість соціальної сфери), якість навколишнього середовища, природно-кліматичні умови. Перший напрям – якість населення – є невід'ємною від життєдіяльності населення інтегрованою сукупністю властивостей, притаманних населенню і проявлених у взаємодії з різними явищами навколишнього середовища [1].

Іншим прикладом включення у поняття якості життя населення показників умов середовища проживання і діяльності, а також якості населення, є дослідження географів К. М. Місевича, С. В. Рященко, М. В. Воробйова. Оцінку якості життя населення отримано за допомогою об'єктивних критеріїв, об'єднаних у групи: якість середовища життєдіяльності населення (житловий фонд і його *благоустрій*, соціальна інфраструктура, *екологічна ситуація*) і *ступінь соціальної комфортності населення* [32, с. 22].

#### **7) Індекс кращого життя, розроблений Організацією економічного співробітництва та розвитку (*Organisation for Economic Co-operation and Development*)**

Індекс кращого життя (*Better Life Index*) презентований Організацією економічного співробітництва та розвитку (ОЕСР, *Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD*) 2011 року як складова її Ініціативи щодо покращення життя (*Better Life Initiative*). Фактично цей індекс є першою спробою об'єднати зіставні на міжнародному рівні показники добробуту як багатовимірної концепції, враховуючи рекомендації Комісії з виміру економічних показників і соціального прогресу (*Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*) від 2009 року.

Зокрема, у рекомендаціях комісії наголошено, що стандартна макроекономічна статистика (наприклад, ВВП) має певні недоліки з точки зору повноти інформації про добробут, якість та умови життя населення. Тому вимір благополуччя та суспільного прогресу запропоновано здійснювати за такими трьома сферами: матеріальні умови, якість життя і сталість [88], кожна з яких має відповідні власні виміри [32, с. 24].

Найважливішими та універсальними складовими добробуту населення (в цілому та по групах) ОЕСР визначила 11 аспектів, у тому числі з точки зору:

- якості життя (стан здоров'я, **баланс роботи та особистого життя**, освіта та навички, залучення громадянського суспільства і управління, **якість навколишнього середовища**, особиста безпека, **суб'єктивний добробут**);

- матеріальних умов (дохід та матеріальні статки, робота та заробіток, **житлові умови**) [32, с. 24].

Як ресурси для зростання добробуту (його підтримки і збереження у майбутньому) запропоновано розглядати **природний**, економічний, людський та соціальний **капітали**. Показники цієї сфери доповнюють поточні аспекти добробуту, тобто характеризують **сталість добробуту у часі** [32, с. 24].

Основна мета *Better Life Index* – широке суспільне обговорення проблематики добробуту суспільства, у тому числі шляхом покращення обізнаності пересічних громадян щодо сутності та виміру добробуту, а також розширення участі громадськості у процесі формування відповідних політик [55; 32, с. 27].

## **8) Європейське опитування якості життя (*European Quality of Life Survey*)**

Європейський Союз кожні чотири роки публікує дані опитування, метою якого є вивчення об'єктивних умов життя громадян країн ЄС та їхнього ставлення до цих умов і життя загалом. Опитування передбачає низку питань стосовно зайнятості, доходів, освіти, житла, сім'ї, здоров'я, балансу зайнятості та життя, рівня щастя людей, їхнього задоволення власним життям і сприйняття якості суспільства. Протягом багатьох років *European Quality of Life Survey (EQLS)* перетворилось на цінний набір показників, який доповнює

традиційні показники економічного зростання та рівня життя, такі як ВВП чи дохід. Показники *EQLS* настільки ж чіткі та привабливі, як і ВВП, проте більше враховують екологічні та соціальні аспекти прогресу. Тому вони легко інтегруються в процес ухвалення рішень, їх враховують під час публічних дебатів на рівні ЄС та на національному рівні у країнах ЄС.

Опитування було розпочато 2003 року у 28 країнах (27 країн – членів ЄС і Туреччина) та проведене в 2007 (31 країна), 2011 (34 країни) та 2016 (33 країни) роках [74]. Якість життя охоплює суб'єктивне благополуччя, здоров'я та аспекти індивідуальної ситуації, такі як умови життя, житло та матеріальне позбавлення, а також баланс між зайнятістю та життям і обов'язки з догляду (табл. 1.5) [32, с. 28].

Таблиця 1.5

**Складові дослідження якості життя за методологією**  
*European Quality of Life Survey*, джерело: [74]

<b>Напрямок</b>	<b>Складова</b>
Якість життя	<ul style="list-style-type: none"> <li>• суб'єктивне благополуччя</li> <li>• оптимізм</li> <li>• здоров'я</li> <li>• рівень життя та аспекти депривації</li> <li>• баланс між зайнятістю та життям</li> </ul>
Якість суспільства	<ul style="list-style-type: none"> <li>• соціальна незахищеність</li> <li>• сприйняття соціального відчуження та суспільної напруженості</li> <li>• довіра до людей та установ</li> <li>• участь та залучення до життя у громаді</li> <li>• участь у навчанні / навчанні протягом усього життя</li> </ul>
Якість державних послуг	<ul style="list-style-type: none"> <li>• охорона здоров'я</li> <li>• тривала допомога</li> <li>• догляд за дітьми та інші державні послуги</li> </ul>



## **9) Оцінювання якості життя деякими статистичними організаціями**

Власна методологія оцінювання якості життя у країнах – членах ЄС була розроблена 2011 року Європейським комітетом статистичних систем (*European Statistical System Committee*). Для розрахунків виконано об'єднання даних із різних джерел за дев'ятьма напрямками – складовими Індексу якості життя, кожен з яких об'єднує кілька груп показників [98]. Наприклад, оцінюються такі напрями як:

- дозвілля (відпочинок) та соціальні комунікації (взаємодія);
- природа та середовище існування;
- загальне сприйняття життя / задоволеність життям [32, с. 30].

## **10) Оцінювання якості життя Всесвітньою організацією охорони здоров'я**

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) трактує якість життя як «сприйняття особою її місця у житті з урахуванням культурних цінностей особи та її цілей, очікувань, стандартів і пересторог». ВООЗ розглядає якість життя з точки зору економіки здоров'я як комплексне поняття, що охоплює шість основних сфер якості життя [80; 32, с. 32].

Усі компоненти цих сфер прямо чи опосередковано стосуються здоров'я, що вказує на важливість останнього для забезпечення якісного життя індивідууму. Якість життя надзвичайно важлива з огляду сучасного підходу до суспільного розвитку як процесу, в основі якого перебуває людина. Отже, **умови її життєдіяльності використовують для оцінки ефективності соціальної політики.**

У складі ширшого концепту якості життя ВООЗ виділяє також поняття «якості життя, пов'язаної зі здоров'ям» (*Health-related quality of life, HRQOL*) [69]. Відповідна концепція постала у 1980-х роках. На індивідуальному рівні цей термін характеризує сприйняття особою різних аспектів якості життя, пов'язаних зі станом здоров'я: фізичних, психологічних, функціональних і соціальних. На рівні громади *HRQOL* оцінює ресурси, умови, політику й практику, що впливає на стан здоров'я населення [32, с. 32].

**Основні сфери якості життя за класифікацією ВООЗ**

<b>Сфера якості життя</b>	<b>Загальна якість життя</b>
1	<b>Фізична сфера</b> (біль і дискомфорт, життєва активність (енергія і втома), сон і відпочинок)
2	<b>Психологічна сфера</b> (позитивні і негативні почуття, мислення, здатність до навчання, пізнавальні функції, самооцінка, вигляд тіла і зовнішність)
3	<b>Рівень незалежності</b> (мобільність, працездатність, здатність до самообслуговування, залежність від лікування та ліків)
4	<b>Соціальні стосунки</b> (особисті (в т. ч. сексуальна активність), суспільні, соціальна підтримка)
5	<b>Навколишнє середовище</b> (фізична безпека, домашнє оточення і умови проживання, фінансові ресурси, доступність і якість медико-соціальної допомоги, доступність отримання нової інформації та здобуття нових навичок, можливість для відпочинку, довкілля (забруднення, шум, особливості клімату), транспорт тощо)
6	<b>Духовна сфера</b> (духовність, релігія, особисті переконання)

Джерело: [80]

З цією метою *Відділ здоров'я дорослих та громад Національного центру профілактики хронічних захворювань та зміцнення здоров'я (The Division of Adult and Community Health (DACH) in the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion)* наприкінці 1980-х років запропонував використовувати у соціологічних опитуваннях чотири основні питання для самооцінки власного здоров'я. Кожний може визначити кількість здорових і нездорових днів. Пізніше, 1995 року, запропоновано 10 додаткових питань стосовно **днів**,

прожитих із відчуттям болю, тривоги, депресією, безсонням, та енергійних днів [32, с. 33].

### **11) Суб'єктивне оцінювання якості життя**

Важливі також суб'єктивні аспекти якості життя, відчуття щастя є найважливішим із них. Дослідження потенційних позитивних **впливів щастя на здоров'я і довголіття** людини є областю, що розвивається в останні десятиліття, та все більше привертає увагу науковців, викликаючи інтерес політиків і громадськості [105].

Прагнення до щастя і задоволення є спільною метою і бажанням в житті більшості людей. Дорослі різного віку, зокрема у старості, часто повідомляють про досвід щастя як детермінанту гарного якісного життя [32, с. 34].

Важливо встановити, чи існують надійні докази того, що щастя і пов'язані з ним суб'єктивні відчуття добробуту безпосередньо знижують смертність.

Перевірці суспільного поняття того, що щастя корисне для здоров'я, присвячено масштабне дослідження П. Вінховена [111]. У синтетичному аналізі опублікованих результатів 30 разових і довгострокових досліджень показано, що щастя не забезпечує довголіття хворого населення, на противагу поліпшенню стану здорового. Тобто щастя не виліковує хворобу, а захищає від хвороб. Вплив щастя на тривалість життя в здорових популяціях дуже сильний, порівняний із відмовою від куріння [111].

12) У Новій Зеландії з кінця 1990-х років реалізується національний проект «Якість життя», мета якого – забезпечення владних органів та урядових інституцій інформацією і даними про якість життя населення. **Проект був ініційований у відповідь на зростаючий тиск на міські громади, стурбованість з приводу наслідків урбанізації та її впливу на добробут жителів** [67, 68].

### **13) Якість смерті як аспект якості життя**

Люди воліють якомога менше думати та говорити про смерть. Але якість смерті, як і якість життя, – всебічна характеристика існування, обидва його боки. Глобальне дослідження якості смерті та розрахунок відповідного індексу (*The Quality of Death Index*) дало можливість скласти рейтинг країн світу за показником якості догляду за людьми похилого віку і безнадійно хворими у завершальний період їхнього життя.

Дослідження розпочато 2010 року за ініціативою міжнародної соціально-екологічної організації *The Lien Foundation*, яка базується в Сінгапурі, і названо його авторами за аналогією з поширеним терміном «Якість життя» (*Quality of Life*). Індекс якості смерті характеризує рівень і якість життя на порозі смерті.

Дослідження стосується доступності соціальних і медичних служб, якості їхньої роботи, обізнаності людей про те, які послуги вони можуть отримати, а також особливостей національної культури, пов'язаних зі сприйняттям смерті. На першому етапі об'єктами дослідження стали 40 країн: 30 членів ОЕСР і 10 з економікою, що розвивається, для яких є достовірні статистичні дані. З часом перелік держав було розширено, до нього включено й Україну. Методологія передбачає експертне оцінювання і статистичний аналіз 24 якісних і кількісних показників, об'єднаних у чотири основні групи:

- 1) базові соціальні та медичні послуги для людей наприкінці життя;
- 2) наявність і доступність послуг;
- 3) вартість послуг;
- 4) якість послуг [32, с. 37–38].

У 2015 році за Індексом якості смерті, в якому Україна посіла 69 місце серед охоплених дослідженням 80 держав [32, с. 38].

Виконана у звіті *Quality of Death Index 2015* оцінка ситуації в Україні є невтішною (табл. 1.7) [45]. Фахівці вважають, що паліативна допомога в Україні має значні можливості удосконалення.

Таблиця 1.7

**Індекс якості смерті та його складові, Україна, Велика Британія, 2015 р.**

Категорія	Кількість балів, зі 100 можливих	
	Україна	Велика Британія
Паліативна медицина і охорона здоров'я	39,8	85,2
Людські ресурси	39,8	89,2
Доступність допомоги	12,5	100
Якість допомоги	20,0	100
Залученість громади, в тому числі волонтерів, і сімей	42,5	92,5
Загальна оцінка	25,5	93,9

*Джерело:* [107]

### **Якість життя мігрантів**

Міграційна активність у світі постійно зростає. Якщо виключити вплив на міграцію соціальних катаклізмів, то переважними причинами міграції є економічні, тобто незадоволеність матеріальним становищем у місці постійного проживання, і, відповідно, – неможливість забезпечити бажаний рівень якості життя [32, с. 44].

Група фахівців із університету Ватерлоу запровадили власну систему розрахунків для визначення *індексу якості життя Канади (Canadian index of wellbeing [67])*, виділивши вісім основних галузей добробуту: життєздатність громади, залучення у демократію, освіта, довкілля, здорове населення, дозвілля та культура, стандарти проживання, використання часу.

У межах кожної галузі запропоновано використовувати широкий спектр індикаторів. Визначення більшості індикаторів ґрунтувалося на аналізі наявних у Канаді статистичних даних, проте дослідники включили у перелік індикаторів декілька позицій, які не мають емпіричного підґрунтя для аналізу. Йдеться про індикатори «сприйняття» та «досвід» у галузі дозвілля і

культури. Максимальне часове охоплення показників: 1994–2014 рр., для ряду індикаторів дані з 1994 р. відсутні і збір інформації починається з різних дат.

Обстеження **«Де експати насолоджуються життям за кордоном»** (*Where Expats Enjoy Life Abroad*) охоплює 68 країн, у кожній з яких опитано не менше 75 осіб, які порівняно недавно переїхали до країни на проживання і оцінюють якість життя у ній «стороннім оком». Сам індекс, який складається з шести частин — **«Варіанти дозвілля»**, **«Здоров'я та добробут»**, **«Зручність та безпека»**, **«Особисте щастя»**, **«Подорожі та транспорт»** та **«Цифрове життя»**, – був представлений 2018 року [115; 32, с. 47].

### **Якість життя літніх людей**

#### **Закордонний досвід**

Зростання актуальності питань вивчення якості життя літніх осіб обумовлено демографічними трансформаціями, наслідком яких є зростання частки осіб похилого віку та відповідне загострення широкого кола соціально-економічних проблем старіючого населення.

В останні десятиліття питання якості життя літніх людей все частіше розглядають крізь призму **концепції активного старіння або ж «активного довголіття»** (*active ageing*). Відповідно до визначення ВООЗ, активне старіння – процес оптимізації можливостей забезпечення здоров'я, участі в житті суспільства, зайнятості і захищеності людини з метою поліпшення якості її життя в ході старіння. Активне старіння базується на трьох компонентах – хорошому здоров'ї людей літнього віку, їхній зайнятості та активній життєвій позиції й соціальній інтеграції. Завдання стратегій активного старіння полягає в тому, щоб, **створивши наповнене можливостями середовище, максимально задіяти потенціал людей літнього віку й знизити їх залежність від сім'ї і держави.**

Вивчення якості життя літніх людей у наш час відбувається за участі міжнародних організацій, наукових спільнот, неурядових громадських організацій. З одного боку, створюються комплексні індикатори, які охоплюють найвагоміші фактори якості життя літніх, з іншого – системи тематичних показників, спрямованих на різностороннє висвітлення якості життя та активного старіння людей поважного віку.

2017 року вчені з Колумбійського та Стенфордського університетів представили *Індекс Хартфорда (John A. Hartford Foundation Aging Society Index)* для вимірювання рівня адаптації країн до старіння населення, оцінювання сучасних умов життя літніх, який має слугувати інструментом сприяння реалізації відповідної політики і оцінювання її ефективності [87]. Індекс складається з 20 показників, розподілених на п'ять блоків: «Продуктивність», «Добробут», «Рівність», «Соціальна інтеграція», «Безпека». На даний час індекс розраховують для 30 розвинутих країн на основі статистичної інформації від ОЕСР. Для України його не розраховують.

2011 року американська дослідницька організація *Population Reference Bureau* в співпраці зі Стенфордським центром вивчення довголіття (*Stanford Center on Longevity*) розробили Індекс благополуччя населення літнього віку (*SCL / PRB Index of Well-Being in Older Populations*), який базувався на 12 показниках із чотирьох сфер: матеріальне, фізичне, соціальне та емоційне благополуччя – «Матеріальний добробут», «Соціальне залучення», «Фізичне й психічне благополуччя», «Емоційне благополуччя». Індекс було розраховано усього для 12 країн [77; 32, с. 48].

#### **Узагальнення досвіду**

Наведений огляд вимірювання якості життя дає змогу зробити такі висновки.

Якість життя є комплексним поняттям, яке може бути охарактеризоване та виміряне на основі визначеної системи показників. Як правило, показники об'єднуються у змістовні блоки. Найтипівішими є такі блоки показників: матеріальне благополуччя, умови проживання, зайнятість, здоров'я, освіта, політична свобода.

Матеріальне благополуччя вимірюється у різних обстеженнях такими показниками як ВВП на душу населення, рівень бідності, дохід, купівельна спроможність, витрати на харчування, вартість оренди чи купівлі житла, житлові умови тощо.

До умов проживання у дослідженнях відносять доволі різні складові: це може бути екологія, кліматичні умови, розвинутість

транспортної інфраструктури, смертність унаслідок ДТП, криміногенна ситуація тощо [32, с. 56].

Дослідження, орієнтовані на визначення якості життя певної соціально-демографічної групи, мають специфіку у постановці питань, хоча основні блоки залишаються такими самими. Виокремлюють кілька соціально-демографічних груп, яким приділяється найбільше уваги: мігранти, біженці, ВПО, особи літнього віку, жінки.

Ще одна група досліджень орієнтована на складові якості життя.

Більшість таких досліджень спрямовані на оцінювання якості життя у контексті здоров'я та умов проживання [32, с. 56–57].

Не існує єдиного визначення поняття «якість життя». Його наповнюють змістом виходячи з мети дослідження і, відповідно, обраної системи показників. На підставі узагальнення досліджених матеріалів ми пропонуємо таке визначення: «Якість життя – інтегральна соціально-економічна категорія, яка визначає рівень фізичного, психічного, матеріального й соціального благополуччя населення та сукупність умов їх забезпечення».

Концепція якості життя полягає у **формуванні сукупності умов**, що визначають фізичне, розумове та соціальне благополуччя людини. Тут мова йде не тільки про об'єктивні фактори (оцінки за об'єктивними показниками), але й про суб'єктивне сприйняття людиною рівня свого благополуччя, задоволеність своїм життям. Таким чином, концепція якості життя включає **всі взаємозв'язки людини з оточуючим середовищем, які характеризують ступінь задоволення потреб та ступінь відповідності реальних можливостей очікуванням** [103; 93; 9].

Дослідження якості життя саме в аспекті впливу середовища та ландшафту на особистість практично відсутні. Хоча певні показники використовують для вимірювання якості життя, але постановку завдання з визначення впливу ландшафтної терапії і ландшафтного дизайну на якість життя осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій – військових, бувших полонених, мігрантів, біженців, ВПО, ліквідаторів аварій, осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської трагедії, ДТП та інших транспортних, техногенних і природних катастроф а кризових ситуацій – ще не було здійснено.



#### 1.4. Поняття «антропогенне середовище»

Е. М. Лібанова, О. М. Гладун, Л. С. Лісогор зазначають наявність трьох ключових проблем, які необхідно розв'язати для забезпечення моніторингу оцінки якості життя в Україні:

- розроблення концептуальних підходів до вимірювання якості життя;
- формування системи показників;
- визначення порядку розрахунку узагальнюючих показників [9, с. 21].

Важливим компонентом системи якості життя цей колектив авторів вважає **конфігурацію середовища та умови, за яких реалізуються цінності особистості, формується людський та соціальний капітал**. Середовище якості життя формує можливості розвитку, які надаються людині, а також визначає ступінь відповідності умов життєдіяльності фізіологічним та психологічним потребам і цінностям людини. Діапазон таких можливостей включає різноманітні побутові, соціально-комунікативні, освітньо-просвітницькі, культурно-дозвільні та інші можливості членів суспільства.

Характеристики середовища життя диференціюються залежно від сфер людської життєдіяльності. На цій основі можна виділити:

- природне,
- соціальне,
- економічне та суспільно-політичне середовища.

Відповідно до специфіки визначального впливу кожного з цих середовищ на якість життя, розрізняють такі підсистеми якості життя, як якість громадського, трудового, сімейного та особистого (індивідуально-дозвільного) життя (рис. 1.1). [9, с. 23].

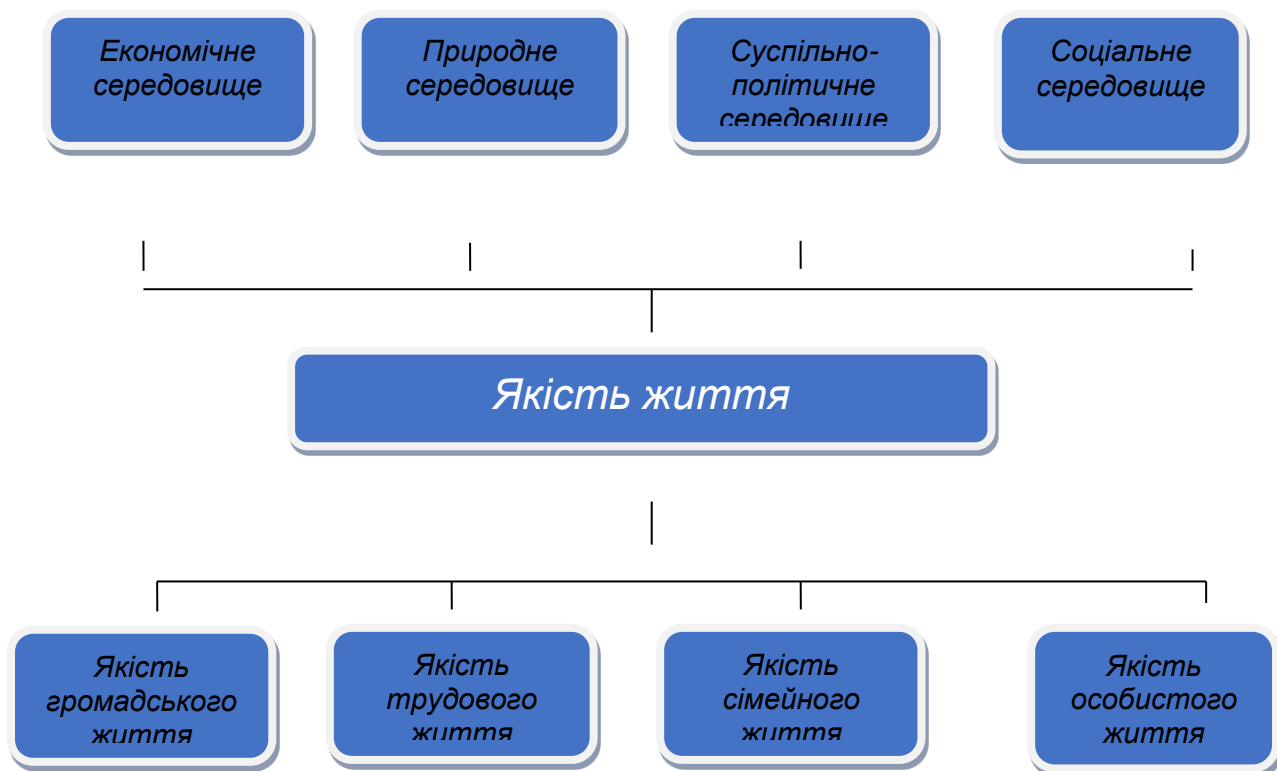


Рис. 1.1 Вплив різних середовищ на якість життя. Джерело: [9, с. 23]

Важливу роль у забезпеченні високої якості життя населення відіграє **природне середовище**. Будучи важливим фактором впливу на параметри якості життя, воно є сукупністю умов проживання і виробничої діяльності людей. Природне середовище є тією частиною навколишнього світу, з якою людина взаємодіє або шляхом пристосування, або шляхом перетворення і використання. При цьому кінцевий результат діяльності людини в результаті застосування технологічних нововведень, з одного боку, та нераціонального використання природних ресурсів, з іншого, суттєво впливає на стан природного середовища. Значні обсяги забруднення навколишнього середовища виступають однією з основних причин погіршення здоров'я населення. Водночас потенціал навколишнього середовища (його спроможність приймати, переробляти і знешкоджувати відходи виробництва й споживання без негативних наслідків для нього самого) зменшується із року в рік із загрозливими темпами, що не може не впливати на якість життя населення усіх країн світу [9,

с. 24]. Індикатори якості життя, які можна було б віднести до якості антропогенного середовища, подані в таблиці 1.8.

Таблиця 1.8

**Індикатори якості життя, які можна віднести до якості антропогенного середовища (з Національної матриці індикаторів якості життя населення в Україні), джерело: [9, с. 29].**

Середовища (субсередовища)	Якість життя		
	Блоки		
	Об'єктивна оцінка	Поточна ситуація	Суб'єктивна оцінка
<i>Природне середовище</i>			
Екологія	Природне середовище	Екологічна ситуація	Оцінка екологічної ситуації
<i>Соціальне середовище</i>			
Культура, мистецтво, відпочинок	Сфера культури, мистецтва, туризму	Активність населення у сфері культури, мистецтва, туризму	Ставлення до культури, мистецтва, туризму
<p><b>Індикатори:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Бюджетні видатки на культуру, мистецтво, фізичну культуру, туризм, у % до ВВП.</li> <li>➤ Співвідношення загальних (сумарних) видатків бюджетів усіх рівнів на культуру, мистецтво, фізичну культуру із визначеними за соціальними стандартами, %.</li> <li>➤ Кількість закладів культури, мистецтва за видами (театри, музеї,</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ бібліотеки, стадіони, палаци спорту, гуртки тощо), на 100 тис. населення.</li> <li>➤ Кількість внутрішніх туристів і екскурсантів, на 100 тис. населення.</li> </ul>			

- Частка населення, яке хоча б один раз було за кордоном з туристичною метою, %
- Відвідуваність населенням (як глядачі) закладів культури, мистецтва за видами (театри, музеї, бібліотеки, стадіони, палаци спорту, гуртки тощо), на 100 тис. населення.
- Відвідуваність населенням (як учасники гуртків, секцій тощо) закладів культури, мистецтва за видами, на 100 тис. населення.
- Частка населення, яке хоча б один раз відвідало інший регіон України з туристичною метою, %.
- Співвідношення витрат часу на роботу та відпочинок;
- Частка населення, якому вистачає повноцінного дозвілля, %.
- Частка населення, якому вистачає можливості повноцінно проводити відпустку, %.
- Частка населення, у якого покращилася можливість брати участь у культурному житті (театри, музеї, бібліотеки, стадіони, палаци спорту, гуртки тощо) протягом останнього року, %.
- Частка населення, у якого немає потреби відвідувати заклади культури, мистецтва, фізичної культури, %.

Досліджуючи критерії напрямки оцінки антропогенного середовища за існуючими світовими технологіями, Е. М. Лібанова та колектив авторів описують *Методологію ЄС European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: напрями та індикатори оцінювання якості життя*. Нашу увагу в контексті дослідження привернули наступні критерії оцінки:

- Напрямок 8 – **Навколишнє середовище** (Environment) в т. ч. **Скарги на пошкодження краєвиду** (Complain about damage to the landscape) – **Будинки в поганому стані** (Buildings in a bad state of repair) [9, с. 47];

- Напрямок 11 – **Відпочинок** (Leisure) в т. ч. **Участь молоді у заходах на свіжому повітрі** (Young people’s involvement in outdoor activities); **Задоволеність кількістю вільного часу** (Satisfaction with the amount of leisure time); **Нестача часу на**

**захоплення та інтереси** (Too little time for hobbies and interests) [9, с. 48].

*Джерело:* [Європейський фонд з питань покращення життя та умов праці (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions) // <http://www.eurofound.europa.eu/areas/qualityoflife/eurlife/index.php>].

Узагальнення досвіду свідчить про те, що у світі розроблено чимало методик, які визначають якість життя і, зокрема такої важливої складової життя, як якість антропогенного середовища. Розроблені різними колективами науковців та прилаштовані до реалій життя кожної країни, зазначені методики вимірювання якості послуговуються чималою кількістю напрямків, показників, критеріїв та підкритеріїв. Слід відмітити, що в деяких із запропонованих методик містяться поодинокі і розрізнені критерії, які визначають саме якість середовища, в якому існує особистість. Проте вони сформульовані не системно і спроможні зібрати лише фрагментарну інформацію щодо того, як впливає ландшафт, краєвид, ландшафтний дизайн (природний чи урбаністичний) на стан здоров'я і благополуччя людей, і, зокрема осіб, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру. Здебільшого, дослідники якості життя населення розуміють під взаємозв'язком людини і природи саме **екологічний аспект** – чистоту повітря, ґрунтів, води, питань сміттєпереробки, убезпечення від хімічних, радіоактивних забруднень, шумів тощо. Тобто під контроль береться аспект впливу людини на природу. Проте поза увагою науковців залишається зворотній зв'язок – вплив самої природи, її природного чи рукотворного ландшафту на здоров'я і благополуччя людей, які проживають на тій чи іншій місцевості. Адже, якщо слідувати уявленням В. Вернадського про ноосферу як нерозривний «розумний» взаємозв'язок і постійний взаємовплив людини і природи, то ми постійно упускаємо з виду цю другу, не менш важливу частину взаємовпливу.

Поки що ці критерії існують відокремлено один від одного. Наприклад, **оцінюючи напрям здоров'я**, досліджують очікувану тривалість життя, випадки низької ваги при народженні дітей, дитячу смертність, підліткове батьківство, поширеність хвороб,

доступність послуг лікаря загальної практики, психічне й емоційне благополуччя, самооцінку стану здоров'я, фактори ризику, випадки узалежнення (алкогольне, наркологічне), відпочинок та дозвілля [9, с. 15].

**Екологічний напрям** бере до уваги місцеві екологічні проблеми, управління відходами, біорізноманіття, використання енергії, якість повітря, якість водойм і якість пляжної інфраструктури, якість питної води, охорону водних ресурсів. **Напрямок безпеки** аналізує сприйняття безпеки, безпеку дітей, ризик травм, безпеку дорожнього руху, безпеку на робочому місці, рівень злочинності [9, с. 15].

**Житловий напрям** оцінює володіння нерухомістю, витрати на житло, щільність забудови, надання соціального житла за державний кошт, доступність житла (невартісні чинники).

**Напрямок, що містить характеристики міського способу життя**, включає оцінку зовнішнього вигляду міста, землекористування, інтенсивності руху і якості транспорту, якості громадського транспорту, доступу до послуг, комфортності з огляду на щільність населення [9, с. 16].

З-поміж національних ініціатив вимірювання та оцінювання якості життя виділяється Канадський індекс благополуччя (Canadian Index of Wellbeing). Індекс розраховується на основі 64 показників за 8 секціями:

- громадське життя;
- демократична участь;
- освіта;
- довкілля;
- здоров'я;
- дозвілля і культура;
- рівень життя;
- використання часу [9, с. 16].

(Тут ми виділили жирним шрифтом напрями дослідження, які могли б опосередковано свідчити про якість антропогенного середовища і ландшафтну терапію).

Секція **довкілля** оцінює стан і тенденції в галузі навколишнього середовища Канади з огляду на запаси та потоки «екологічних» товарів і послуг. Секція містить п'ять груп показників щодо: якості повітря; виробництва енергії; якості

питної води; споживання невідновлюваних ресурсів, включаючи енергоносії та метали й оцінку рівня утилізації відходів; споживання біотичних ресурсів (територіальних і акваторіальних) [9, с. 17].

Секція *дозвілля і культури* охоплює чотири аспекти: відпочинок, мистецтво і культурна діяльність; суб'єктивні сприйняття дозвілля і культури, в тому числі мотиви та потреби; дозвілля та культура як цінності та їх відображення у свідомості осіб; можливості, що

надаються для проведення якісного дозвілля та розвитку культури. Показники у компоненті дозвілля і культури включають: відсоток часу, присвячений напередодні дозвіллю; відсоток часу, присвячений напередодні мистецтву та культурній діяльності; середня кількість годин у минулому році, присвячених волонтерській участі в організаціях культури і дозвілля; фізична активність тривалістю більше 15 хвилин протягом місяця; відвідуваність розважальних та культурних заходів в минулому році; відвідуваність національних парків та історичних пам'яток; середня кількість ночівель поза домом протягом відпустки в минулому році; витрати минулого року за всіма аспектами культури і відпочинку у відсотках до загального обсягу витрат домогосподарств [9, с. 17].

Секція *використання часу* описує способи використання часу, фактори, що впливають на обрання індивідом того чи іншого способу використання часу, а також вплив цих рішень на благополуччя індивіда [9, с. 17].

Колектив авторів Інституту демографії та соціологічних досліджень ім. М. В. Птухи, досліджуючи житлові умови населення, констатують розширення поняття «житлові умови». (див. рис. 1.2).

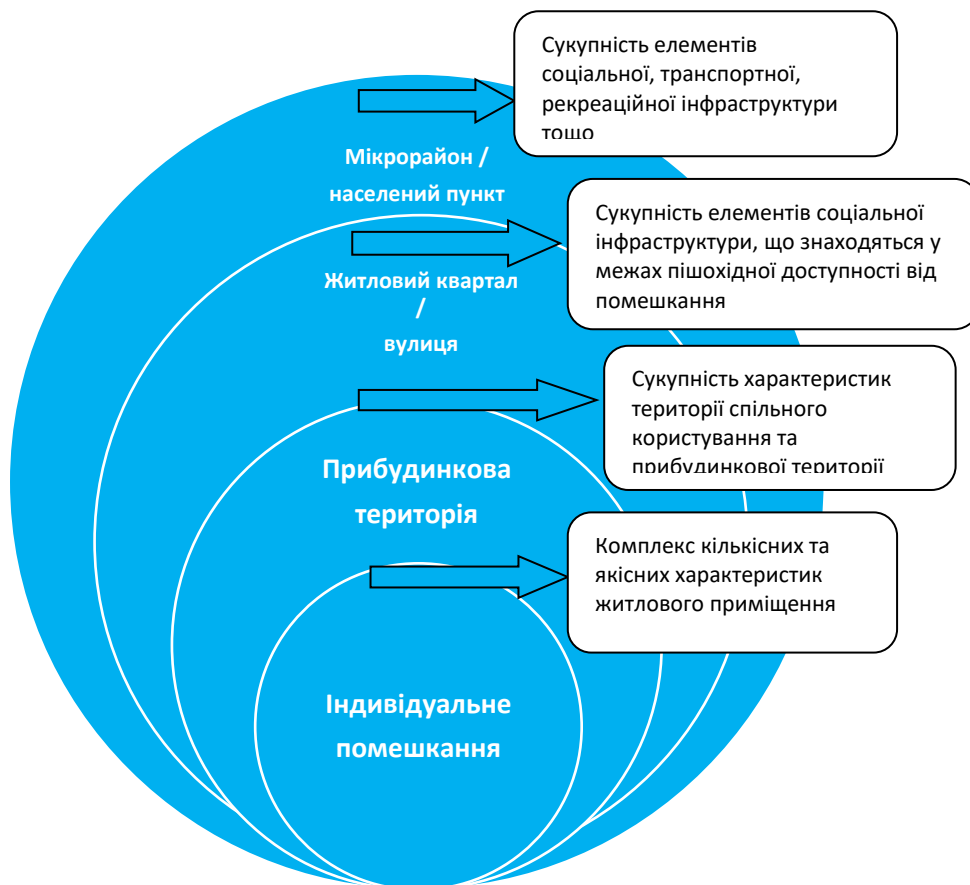


Рис. 1.2. Розширене розуміння поняття «житлові умови»  
*Джерело:* [17, с. 13].

Тобто можна констатувати, що в сучасному розумінні житловими умовами можна вважати сукупність елементів соціальної, транспортної, рекреаційної інфраструктури, що, власне, і є антропогенним середовищем.

Авторський колектив монографії [17, с. 13] простежує, як з плином часу та історичних умов, змінювалось житло та ландшафт різних народів.

У середині ХХ ст. у зв'язку із загостренням екологічних проблем виникли напрями екологічного будівництва, зокрема широко відома екоархітектура. Основними рисами цього інноваційний напрямку є прихильність до форм, які певною мірою відтворюють елементи навколишнього середовища, насамперед ландшафту, а також застосування природних матеріалів [65; 113; 79].



У ХХ ст. виник новий напрям у будівництві, концептуально близький до еко-архітектури, відомий як **органічна архітектура**. Основними його принципами є: ефективні просторові рішення та індивідуальний характер будівництва; **інтеграція в природне середовище**; мінімізація суто індустріальних методів зведення споруд; використання переважно природних будівельних матеріалів. Використання таких підходів у будівництві забезпечує ефект єдності з природою [66].

Зазначений напрям одержав подальший розвиток у вигляді так званої **«біокліматичної архітектури»**. Вона ґрунтується на комплексі ефективних проектних рішень, що дають змогу створити комфортні житлові умови з мінімізацією використаної енергії, здебільшого на основі її відновлюваних джерел [102; 62; 101; 17].

Сучасному архітектурному ансамблю міста притаманний семіотичний поліглоїзм соціального простору в основу якого закладено кодувальні системи пануючої культури [27]. Саме тому семіотичний простір не може бути однорідним, це багатоканальна система інформаційних потоків, яка з роками набуває все більшої інформаційної насиченості. Попередня культурна традиція задає норму, яка вже має автоматизований характер, паралельно на цьому фоні розвивається семіотична активність новостворених архітектурних форм. Так інформаційний обмін між різними культурами виражається в будівлях, тому часто можна спостерігати сучасні будівлі вирвані із контексту архітектурного ансамблю міста [17, с. 32].

Житло розглядається як **екзистенціальний і соціально-емоційний простір**, в якому особа може / прагне розділити своє життя із «значущими Іншими» (Дж. Мід). Житло перетворюється на символічний простір, який є життєво необхідною потребою людини [17, с. 32].

Статусна зональність простору міста призводить до того, що саме житлові умови найдоцільніше відображають *дихотомію «ми – вони»*. Таке співставлення дуже змістовно розмежовує «кого ми хочемо в цьому просторі, кого ми не хочемо». Відбувається ще одна диференціації груп, що співіснують у ширшому полі соціальної взаємодії [17, с. 32].

Оформлення архітектурного простору – це не лише відображення існуючого суспільства, це справжнє його вираження (М. Кастельс). Для людини, як особи соціальної, житлові умови виступають як *«текст в контексті»*. Як зазначив У. Еко, суть архітектури і полягає в цьому символічному змісті. Архітектура як форма масової комунікації виражає семіотичні змісти культури. Ж. Бодрийяр стверджує, що в житлі кожен предмет втілює в собі відносини між людьми, наділений символічним змістом, тому житло завжди є простором символічного обміну [3]. К. Юнг пояснював символічний змісту будівель через колективне несвідоме [17, с. 33].

Описуючи термін **геоурбаністика як соціологію міста**, автори понограції зазначають, що безповоротних змін зазнав вектор просторової орієнтації забудови.

Новою суперечливою тенденцією розвитку міського дизайну, є **«оборонний урбанізм»** (defensive architecture), коли громадські приміщення будуються або змінюються з метою перешкоджання небажаним категоріям людей використовувати даний простір [73].

Еволюцію житла і житлових умов визначали наступні детермінанти: ***клімат; потреба в захисті; технологічний уклад; природні ресурси; демографічні процеси; культура, релігія та ментальність; технологічний прогрес; фінансові ресурси; інфраструктура; екологія***. На різних історичних етапах дані детермінанти діяли з різною силою [17, с. 35] (див. рис 1.3).

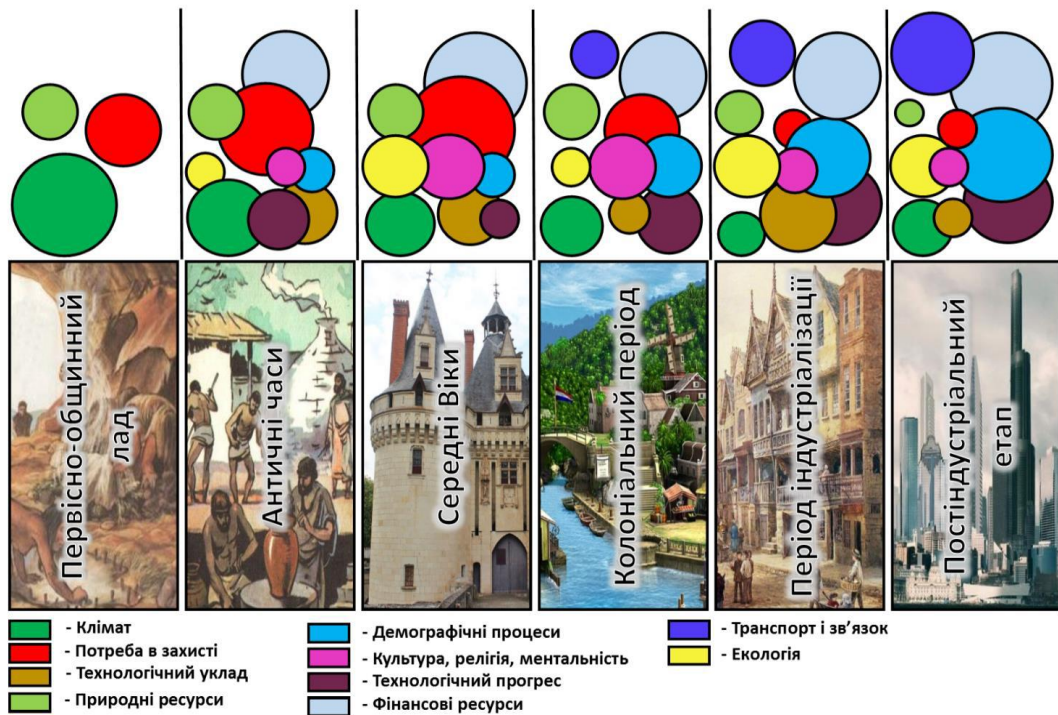


Рис. 1.3. Детермінанти житлових умов на різних історичних етапах

*Джерело:* [17, с. 36].

Детермінант **природні ресурси** також визначав специфіку житлових умов з самого початку існування людства [17, с. 39].

Залежність житлових умов від природних ресурсів території існувала ще порівняно недавно. Навіть ще сто років тому у північних, лісових районах України, а також гірських районах Карпат, основним будівельним матеріалом для стін було дерево, при цьому в гірських районах використовувалися переважно хвойні, а на Поліссі – листяні породи. У лісостепових, менш багатих на ліс районах, крім дерева, використовували глину. В південних, степових районах, де ліс був в основному привозним, дефіцитним матеріалом, стіни будували переважно з глини або з природного каменю [46].

Швидкі темпи урбанізації, яка супроводжується постійно зростаючою інтенсивністю ритму життя, зміною його пріоритетів та стилю, позначилася на переосмисленні відношення до житлового та особистого простору. Готовність поступитися кількісними характеристиками житла на користь якісних поставила перед фахівцями завдання віднайти абсолют між розмірами житла та його комфортністю. Так, в середині минулого

століття сформувався напрямок в архітектурі, що отримав назву «метаболізм».

**Основна ідея метаболістів – місто є живим організмом із усіма притаманними йому властивостями та процесами, в якому є постійні та тимчасові елементи, що мають замінюватися із плином часу [17, с. 65].**

Символом теорії є Башта Накагін. Вона представляє собою 144 сталевих окремих капсул, закріплених на бетонному каркасі за допомогою лише чотирьох болтів. По мірі зносу кожен капсулу можна замінити, не «потурбувавши» інші.

Розмір капсули 4\*2,5\*2,5 м, проте вона оснащена усіма необхідними для проживання зручностями: вбудовані меблі – шафа, відкидний письмовий стіл, ліжко, санвузол, кондиціонер, плита, телевізор, телефон, розетки для різних електронних приладів [61].

Принцип «капсульного житла» знайшов своє втілення у сфері туризму. На сьогодні в багатьох мегаполісах та маленьких містах світу побудовані готелі-капсули. Тільки у Токіо працює біля сорока готелів, де середня кількістю номерів складає близько 700.

Метаболізм в архітектурі, що зародився в Японії в кінці 50-х років ХХ ст., не знайшов визнання в інших урбанізованих країнах, проте його основна ідея – **максимально скоротити час перебування вдома та досягти максимальної комфортності** – стала базою для іншої концепції розвитку умов проживання [17, с. 65].

Доступність вільного та швидкого пересування на великі відстані створила умови для **зворотної урбанізації – субурбанізації**, коли людина навпаки залишає місто та переїздить для проживання до сільської місцевості. Отримавши можливість змінити житлове помешкання у багатоповерхових багатоквартирних будинках на індивідуальний будинок, постає вибір або самому адаптуватися до проживання в житлі «сільського типу», або адаптувати житло враховуючи звички, комфорт, новітні тенденції і тим самим створити нові стандарти для сільських житлових умов [17, с. 66].

**Шукаючи вирішення «проблем великих міст», як наслідку процесу урбанізації, архітектори, інженери, філософи, економісти та науковці інших галузей, розробляють та**

втілюють у життя доволі незвичні проекти спорудження житлових будівель зокрема та міст взагалі. Так, поряд із надвисокими, розумними, зеленими будівлями пропонується спорудження підземних та підводних міст, міст-конусів, міст-веж, міст-воронок, міст-мостів, плаваючих міст тощо. Останній проект, хоч і має давню історію, проте лише з недавнього часу отримав належне визнання. Найбільш відомими «користувачем» проекту штучного острова є Японія та Об'єднані Арабські Емірати. І хоча на сьогодні їх ще не можна охарактеризувати як типові чи масові, все ж їх вплив на трансформацію уявлень про стандарти, комфортність, сучасність житлових умов заперечувати складно.

Зі сміття, що пройшло термічну та механічну обробку, пресують брикети, з яких саме і будують «сушу».

В Японії починаючи з 90-х років ХХ ст. в Токійському заливі вирости острови, стійкі до землетрусів та тайфунів. На них розміщуються стадіони, парки, теплиці з рослинами, музеї та інші розважальні об'єкти. Окремо зводяться острови для виробничих та суспільних потреб. Наприклад, побудовані та працюють п'ять «аеропортів в морі» – Тюбу, Нагасакі, Кансай, Кобе та Кітакюсю [34], а острів Огісіма зводився спеціально під металургійний комбінат [35].

Іншим виходом у вирішенні питання перенаселення та браку землі Японія вбачає у створенні **островів-«ковчегів», що дрейфуватимуть на воді**. Розташувати їх планується в середині Тихого Океану. Кожен з таких плавучих островів буде встановлено на великій платформі, що матиме площу декілька гектарів і висоту в 1 кілометр. Маса кожної такої одиниці сягатиме близько 11 тис. тон. [Житлові умови, с. 66].

Кожне таке місто повинно вміщати 10–50 тис. осіб, які і будуть забезпечувати його життєдіяльність та роботу. Посередині кожного такого острова будуть розташовані хмарочоси – міста для людей, які будуть використовувати лише відновлювані джерела енергії – енергію хвиль і течій. Самі будівлі будуть виготовлятися із легких сплавів, наприклад таких як магнієві. За задумом розробників **навколо хмарочосів будуть знаходитись парки, сади, а також поля та луки**. Перший острів обіцяють збудувати до 2025 р. [42].

У процесі розвитку людство усвідомило, що недостатньо просто мати дах над головою: за допомогою житла індивід може самоствердитися, тож для цього воно має бути сучасним, комфортним та стильним, екологічно чистим, оснащеним за останнім словом науки та техніки, розташовуватися у районі із розвиненою інфраструктурою, облаштованому зеленою й іншими зонами для проведення дозвілля та безпечного проживання. Сума усіх цих та багатьох інших кількісних та якісних ознак житлових умов визначає сучасний стандарт житла, характеризувати яке можна за допомогою поняття **«комфортне середовище проживання»** [17, с. 68].

Зважаючи на соціальний характер поняття житлові умови (без людини існування житла втрачає сенс), динамічність розвитку сучасного соціуму та інтенсивність трансформації людських потреб, соціально орієнтована держава у процесі розроблення стратегії розвитку житлових умов має не просто враховувати актуальні для неї соціальні процеси, а й взяти їх за орієнтир для формування гідних житлових умов як складової якісного життя. Житлові умови не просто пов'язані із навколишнім середовищем, вони стають його продовженням [17, с. 69].

### **1.5. Ландшафтна терапія крізь призму вчення В. І. Вернадського про біосферу і ноосферу**

Серед підходів, крізь призму яких можна було б осмислити поняття ландшафтної терапії, естетотерапії та ландшафтного дизайну, особливу увагу привертають ідеї В. І. Вернадського – першого президента Академії наук України, геніального вченого і філософа. Загальновідомо, що В. Вернадський є автором термінів «біосфера» та «ноосфера».

Уперше термін «біосфера» вжив австрійський геолог Е. Зюсс у 1875 р., але поширився він після видання в 1926 р. однойменної праці В. Вернадського. Він був у числі перших, хто сприймав Землю як єдиний живий організм, а людину як неминучий прояв великого природного процесу, який закономірно триває протягом принаймні двох мільярдів років [6, с. 49]. Вчений одним із перших усвідомив тісну взаємодію і взаємозалежність усіх форм життя.

Відповідно до його визначення, середовище, що оточує сучасну людину, можна умовно поділити на природне – біосферу

і штучне – ноосферу, тобто знову створену (або перетворену) людиною (господарське освоєння території, підприємства, населені пункти і т. д.).

### **1.5.1. Поняття «ноосфера», «ноосферна цивілізація» та «коеволюція»**

Найбільшим новаторством В. І. Вернадського є концепція «ноосфери» – сфери розуму, яка, на думку В. І. Вернадського, еволюційно постає після геосфери (неживої природи) та біосфери (живої природи) [7].

Поняття «ноосфера» в координатах учення В. І. Вернадського описує наступний щабель розвитку нашої планети після становлення геосфери та біосфери і, по суті, є сферою розуму, в якій **подолано людську деструктивність і на особистісному, і на соціальному рівнях.**

Чим більше ми звертаємося до буття людини, яке завжди постає як «відкритий проєкт»; кожен з фактів людського буття є тенденцією, в якій закладено безліч можливостей. Це рівною мірою стосується і людини, і людства.

Містичний сенс у поняття ноосфери було закладено не В. І. Вернадським, а професором математики університету Сорбонни Едуардом Леруа, який, власне, і ввів поняття «ноосфера», трактуючи її в дусі неоплатонізму Плотіна та інтуїтивізму А. Бергсона як «мислячу» оболонку нашої планети, яка формується людською свідомістю. Е. Леруа прийшов до цієї ідеї спільно зі своїм другом палеонтологом і філософом П'єром Тейяром де Шарденом, автором відомого «Феномену людини», але зазначав, що ідея ноосфери ґрунтувалася на лекціях з геохімії, які В. І. Вернадський у 1922 / 1923 рр. читав у Сорбонні [37, с. 240].

Термін «ноосфера» (з грецьк. – сфера розуму) запровадив видатний французький філософ і природознавець П. Тейяр де Шарден [50]. Наповнив його змістом і розвинув В. Вернадський. Зміст його концепції такий: В. І. Вернадський вважав, що ноосфера – це такий стан біосфери, в якому мають виявитися розум і спрямована ним праця людини як нова, небувала на планеті, геологічна сила.

Термін «ноосферна цивілізація» запропонований українськими науковцями С. Пирожковим і Н. Хамітовим. **Який сенс концепту «ноосферна цивілізація» поруч із концептом «ноосфера»? У чому його евристична значущість?**

По-перше, концепт ноосферної цивілізації дає можливість розвинути саме ті потенції поняття «ноосфера», які є у вченні Володимира Вернадського на відміну від ідей Едуара Леруа, показуючи активну роль людської діяльності в усій її плюральності в процесі формування нового еволюційного етапу розвитку нашої планети. Концепт «ноосферна цивілізація» показує, що ноосфера – це продукт діяльності людини, а не якась окрема «мисляча оболонка» Землі, що існує незалежно від людини й «використовує» її для свого саморозвитку. Запровадження й використання концепту «ноосферна цивілізація» як *потенції людства* означає визнання перспектив розвитку людської природи.

По-друге, ноосферна цивілізація постає альтернативою або, точніше, *способом трансформації* того феномену, який визначається поняттям «глобальна цивілізація», що не випадково вживається поруч із поняттями «глобальні проблеми людства» та «глобальні кризи». Це гуманістична й екологічна цивілізація – **еко-цивілізація, що не репресує ні людину, ні довкілля** [37, с. 236].

У роботі В. Вернадського «Наукова думка як планетне явище» ми зустрічаємо не містико-онтологічне, а **антропологічне розуміння ноосфери** – як певного *еволюційного стану людського буття*, в якому розкриваються всі глибинні можливості людської істоти та спільноти людей... І цей новий стан людини й людства В. Вернадський пов'язує з розвитком науки та практичної діяльності в їх гуманістичних вимірах [37, с. 238].

Можна впевнено констатувати, що В. Вернадський дає визначення ноосфери, в якому робиться наголос на *творчому розвитку людини*, що може змінювати світ: **«Ноосфера є новим геологічним явищем на нашій планеті. В ній уперше людина стає найвизначнішою геологічною силою. Вона може і мусить перебудувати своєю працею та думкою сферу свого життя, перебудувати докорінно порівняно з тим, що було раніше.**



**Перед нею відкриваються все ширші й ширші творчі можливості» [8, с. 184, 185].**

Можна цілком погодитися з Фідан Яншиною, яка зазначає, що «вчення академіка Вернадського про перехід біосфери в ноосферу є не утопією, а дійсною стратегією виживання й досягнення розумного майбутнього для всього людства» [60, с. 172].

Для В. Вернадського характерна ідея гармонізації та співмірності розвитку (**коеволюції**) людини і природи.

Така коеволюція була вже на початку людської історії. У В. Вернадського мова йде, по суті, про *нову якість коеволюції*, яка передбачає глибинний розвиток людства – трансцендування або, точніше, антропо-трансцендування – **розвиток прихованих потенцій людини і створення нових**. Це означає не просто виживання людей у навколишньому середовищі, і навіть не просто виживання людей і навколишнього середовища, тобто його збереження поруч із людиною. Мова йде про створення *нової гармонії людського*, а завдяки їй – *нової, більш високої гармонії людського та природного* [37, с. 240].

Отже, в контексті вчення В. Вернадського ноосфера насамперед означає *нову якість людського світу*, глибинну можливість виду *Homo Sapiens* [37, с. 240].

Указані зміни є не просто соціальними, а й *антропологічними*, більше того, *мета-антропологічними* [37, с. 241].

С. Пирожков та Н. Хамітов вважають, що історія виду *Homo Sapiens* показала надзвичайну пластичність цього виду у творенні свого світу та взаємодії з навколишньою реальністю. Інша справа, що ця пластичність за певною межею може стати для людини згубною й призвести до деформацій архетипів її природи і навіть зникнення людства як біологічного виду. В цьому плані надзвичайно важливо усвідомити, що ноосферна цивілізація здатна врівноважуватиту стратегію глобальної цивілізації, що позиціонує себе як цивілізація трансгуманізму і пост-людини, ідеологи якої заявляють про неминучість біотехнологічної трансформації виду *Homo Sapiens*. Якщо постлюдська цивілізація – це цивілізація суто технологічна, орієнтована на зміну та / або *заміну* тілесності, то **ноосферна цивілізація постає як**

*цивілізація цілісності тілесного, душевного й духовного розвитку людини* [37, с. 241–242].

Постановка завдання **цілісного і збалансованого розвитку людини** як цілком реалістичного зумовлює нові виміри економіки, політики, культури **й навколишнього середовища**, більше того, новий проєкт гуманізму.

**Ноосферна цивілізація – це нова якість діяльності та життя людства на засадах гармонійних відносин з природою, гуманістичних наукових, духовно-культурних і технологічних інновацій, консенсусу і всесвітньої консолідації** задля подолання глобальних проблем і війн в ім'я гідного розвитку й самореалізації людини [37, с. 246].

**Сутнісну рису ноосферної цивілізації у глобалізованому світі можна визначити як рух від практик компромісу до практик консенсусу** [37, с. 247].

Нині ідея коеволюції пронизує так звану «велику екологію», що є міждисциплінарними дослідженнями, предметом яких є цілісні системи «природа-людина», «натура – культура», «природа-цивілізація».

У науковій літературі виділяються роботи, пов'язані з вивченням коеволюційних процесів, що протікають на різних рівнях організації біосфери (Н. С. Абросов, А. Г. Боголюбов, Ю. Одум). Науковцями обговорюється ідея коеволюції природи та людини, натури та культури. Соціобіологи Ч. Ламсден, Е. Вілсон створюють концепцію геннокультурної коеволюції, намагаючись примирити генетичну еволюцію та культурну історію. На зміну технократичному розвитку світу дослідники висувають завдання перетворення людських якостей на основі формування нового гуманізму, що гармонізує відносини людини та природи.

У роботах, присвячених соціокультурному осмисленню взаємодії людини і природи, досліджуються питання зближення культурологічної та екологічної проблематики, робляться спроби розгляду феномену культури у його співвідношенні з природою, аналізуються специфічні характеристики їхньої взаємодії, що відбилися у понятті «екологічна культура».

Виникнення ідеї коеволюції – історично та соціокультурно обумовлений процес, який є закономірним наслідком суперечливого розвитку культури та цивілізації. Ідея коеволюції

набуває статусу культурної парадигми та сприяє подоланню антропоцентризму та технократизму як парадигм індустріальної цивілізації. Ідея коеволюції існувала протягом усього розвитку культури, відображена в історії філософії та науки, закріплена в культурних архетипах та менталітеті особистості.

### **1.5.2. Поняття «нооетика»**

Ми – свідки переходу біосфери в ноосферу. Останню Вернадський визначив так: інтелектом людина створила новий життєвий простір, інтелектом вона змінює довкілля, і майбутнє цього світу залежить від продуктів її інтелектуальної діяльності. Наш вид втрутився в захисні механізми природи, перешкоджає її саморегулюванню і тепер, щоб вижити, ми повинні встановити нові правила гри.

У стінах Одеського національного медуніверситету було створено, а пізніше визнано в усьому світі новий напрям – **нооетика**. Тісно пов'язана з ноосферою Вернадського, це **етика інтелектуальної діяльності людини**. Це закони, правила та критерії: які технології розвивати, які табувати. Глибина нашого інтелекту незбагненна. Вернадський був упевнений: якщо людина зможе з ним впоратися, у неї буде майбутнє. Він писав, що людина своїм розумом перетворює все, що її оточує, для своїх інтересів або інтересів суспільства [18].

### **1.5.3. Ландшафтотерапія крізь призму концепції біорізноманітності**

Ю. Шеляг-Сосонко зазначає, що людина, котра живе ближче до живої природи, ніколи не піде на самозбагачення за рахунок її масового знищення. Тому з цього погляду, психологія мешканців села, міста і мегаполісу є абсолютно різною. Пов'язано це з тим, що в кожному випадку формуються різні види психіки як відображення в різній формі і на різному рівні свідомості навколишньої реальності – ступеня заміни біорізноманітності асфальтом та хмарочосами [56, с. 6].

Сутністю біосфери є участь в усіх її процесах живої речовини. Цим самим В. І. Вернадський обґрунтував принцип «все в усьому» як нерозривну системну цілісність живої речовини і косного середовища [56, с. 9].

Загальною властивістю життя є особливий стан простору, який воно займає [56, с. 9].

Системність біосфери породжує і системне мислення, породене не на окремих випадках, а на сутнісних, головних принципах організації, взаємозв'язку і функціонування складових як цілого [56, с. 9].

Отже, головною функцією життя як цілості В. І. Вернадський вважав, насамперед, енергетичну, що зумовлює функції частин, тобто всіх структурних рівнів його організації [56, с. 9].

Отже, В. І. Вернадський розкрив єство живої речовини, яке полягає в її космічній ролі, збільшенні енергії на Землі, самоорганізованості, самоупорядкованості, самовдосконаленні, самопоновленні, саморозвитку і на основі незліченних зв'язків цілості. Поза цим він визначив найважливішу проблему сучасності, а саме: яким чином, за рахунок чого, на якій основі відбувається безперервний, взаємопов'язаний і нескінчений процес розвитку біосистем, особини яких, змінюючи в процесі життєдіяльності середовище існування, змінюються і самі [56, с. 10].

Ю. Шеляг-Сосонко зазначає, що це положення має велике значення передусім для людини, бо визначає всі її як індивідуальні, так і соціальні модуси, включаючи економіку, політику, психіку, характер, поведінку, здібності, культуру, світогляд тощо. У найзагальнішому розумінні ця концепція безпосередньо або опосередковано визначає також її духовність [56, с. 10].

Особливості природи достатньо великих територій, їх ландшафти і передусім біорізноманітність, зумовлюють, відповідно, формування певних націй, етносів і, звичайно, їх культур як цілих систем [56, с. 14].

Для Ю. Шеляг-Сосонко беззаперечним є те, що центральне поняття естетики – прекрасне – це людське сприйняття і розуміння багатства, складності, різноманітності, яскравості, чарівності, спокою, гармонії та вічності природи в її первісному, незміненому людиною стані. Кожна людина ці естетичні цінності природи сприймає через призму своєї індивідуальної, наданої їй природою здатності оцінити їх і засвоєних відповідних поглядів [56, с. 16].

Спокій і гармонія природи духовно перетворюють людину, так само, як і справжнє мистецтво [56, с. 16].

### **1.6. Ландшафтний дизайн і ландшафтна терапія як різновид філософського мистецтва, спрямованого на формування нового світогляду і буття людини**

В історії філософії існували різні погляди на характер та цілі взаємодії суспільства та природи. Науковці виділяють шість періодів їх зміни: міфологічний (первісно-коеволюційний); релігійно-філософський (раннецивілізаційний); раціонально-філософський (античний); теологічний (середньовічний); науково-раціональний (індустріальний); ноосферний (неокоеволюційний).

Людина та її гідність в гуманістичній філософській традиції завжди розглядались як вища цінність особистісного й суспільного розвитку.

Цілком закономірно, що у ХХ столітті «гідна самореалізація людини починає усвідомлюватися як головна мета цивілізаційних проєктів, що робить їх не лише більш гуманістичними, а й значно ефективнішими» [54, с. 135].

С. Пирожков та Н. Хамітов наголошують, що постановка питання про суб'єктність, для якої потрібне єднання навколо світоглядних цінностей, спрямовує нас вести мову про особливу роль філософії, її особливий зміст і форми прояву. Йдеться насамперед про *філософію людяності*. Така філософія здатна до креативної актуалізації та гуманізації цінностей, що й зумовлює певну якість і консолідації країни, і її суб'єктності. Під людяністю слід розуміти життєво-практичний порив, а не просто гуманізм як теорію чи ідеологію. Науковці наголошують на тому, що філософська антропологія є *власне філософією людяності*, що об'єднується з етикою, аксіологією, естетикою та одночасно об'єднує їх [58]. Але для цього має бути здійснено поворот від **соціоцентризму до людиноцентризму, необхідний акцент на людській особистості як вищій цінності**, без чого навіть людяність може спотворюватися [37, с. 216].

Що може спрямовувати суспільство до креативної актуалізації та гуманізації цінностей? Відповідаючи на це запитання, С. Пирожков і Н. Хамітов звертаються до **феномену**

**філософського мистецтва** з його діалоговим характером. Свого часу Альбер Камю глибоко показав наскільки тісно можуть бути пов'язані філософія та роман, особливо якщо йдеться про **екзистенціальну філософію** – філософію існування людини на межі та можливостей виходу за неї [21, с. 287–295].

У художній картині світу філософського мистецтва сьогодення відтворює минуле та зустрічається з майбутнім і вічним.

Така особливість споріднює філософське мистецтво з релігією, проте, на відміну від останньої, філософське мистецтво не відчужує від людини *свободу творчості*, більше того, посилює її. Це дає можливість будувати цілісні й особистісно живі образи майбутнього й вічного. Тому філософське мистецтво породжує в людині «почуття майбутнього і вічного у своєму часі» [53, с. 367]. Більш того, створюючи персоніфіковані образи майбутнього і вічного, воно породжує почуття *особистісної причетності* до майбутнього і вічного [37, с. 223].

У результаті світоглядна суб'єктність переходить із можливості в дійсність, завдаючи цінності, які сприяють і гуманістичному, і інноваційному розвитку країни [37, с. 224].

Безперечно, гуманістична трансформація людства можлива лише через «пошук мудрості, через **примирення протилежностей, і баланс**» [59].

Е. Вайцеккер і А. Війкман виділяють такі актуальні пари протилежностей (суперечності) сучасного світу, що потребують балансу:

- між короткочасною та довготривалою перспективою,
- між швидкістю та стабільністю (зміни і прогрес не мають сприйматися як самоцінності),
- між індивідуальним і колективним,
- між жінками й чоловіками,
- між рівністю та справедливою винагородою,
- між державою та релігією [37, с. 234].

По суті, мова йде про необхідність «примирення протилежностей і баланс» у всіх сферах людського буття – від політичної й економічної до духовно-культурної й особистісної. Подібне «примирення протилежностей» (на відміну від антагонізмів і боротьби) є фундаментальною ознакою того виміру

людського буття, який у координатах метаантропологічного потенціалізму називається «метаграничне (поза межне) буття людини» [53, с. 67, 68; 14, с. 202–268] і який характеризується волею до толерантності, партнерства й співтворчості [37, с. 235].

Ми розглядаємо концепцію антропологічного простору кожного українця і, зокрема, можливості впливу на особистість ландшафтного дизайну чи ландшафтною терапії в контексті запропонованої С. Пирожковим і Н. Хамітовим теорії цивілізаційної суб'єктності. **Цивілізаційна суб'єктність – це створення для громадян країни довгострокових можливостей гідного життя й самореалізації в умовах функціонування економічних, політичних і духовно-культурних процесів, які формують реальні підстави позиціонування країни у світі** [37, с. 231].

Цивілізаційна суб'єктність не є результатом низки нехай блискучих, але тимчасових політичних або військових перемог, вона виступає стратегічним процесом, розрахованим на десятиліття й століття, і вкорінена в бутті нації, яка, розгортаючи свої найкращі ментальні риси, творчо самореалізується серед інших націй, продуктивно і вільно обмінюючись із ними своїми інноваційними здобутками. Саме цивілізаційна суб'єктність є умовою авторитету країни у світі та її справжньої, глибинної національної безпеки.

Отже, особливої ваги сьогодні набувають інтегрально-світоглядні підходи, які не лише описують специфіку України як цивілізаційного феномену, а й актуалізують стратегічний вихід української культури та цивілізації на світовий рівень, що дозволяє нашій країні позбутися статусу «цивілізації буферу між Сходом і Заходом» [38].

## **Висновки до першого розділу**

Сучасне суспільство знаходиться на етапі «повернення» естетичних цінностей у всі сфери життєдіяльності людини. Не є виключенням і соціальна робота, яка активно залучає до арсеналу своїх засобів впливу естетотерапію в усіх різноманітних її проявах.

Концепція ландшафтної терапії, будучи структурним елементом таких інтегрованих понять, як естетотерапія та арт-терапія, спрямована на збереження цілісності людської особистості, її духовного ядра, особливо, коли ця особистість постраждала внаслідок надзвичайної ситуації. У процесі систематизації та аналізу понятійно-категоріального корпусу роботи проаналізовано й терміни, що належать до сфери ландшафтної терапії та ландшафтного дизайну.

Установлено, що концепти «ландшафт», «ландшафтна терапія», «терапевтичний ландшафт», «ландшафтний дизайн» на сьогодні не сформувалася остаточно.

Термін «ландшафт», виникши від початку в надрах фізичної географії, деталізувався та видозмінився внаслідок розвитку архітектури та містобудування. Піддисципліни «географія здоров'я» та «культурна географія» розглядають поняття ландшафту в плані його здатності задовольняти потреби людини – хворої чи здорової – в тому числі, мається на увазі використання ландшафтної терапії не тільки як лікувальної чи реабілітаційної методики, але й як культурного тла сучасного жителя будь-якого населеного пункту будь-якої країни (будь то урбанізований мегаполіс чи еко-хутір). Тобто варто брати до уваги оцінку ступеню комфортності існування сучасної людини – чи то під час виконання службових обов'язків (тоді забезпечення комфортного існування принагідно може бути використано, в тому числі, і з метою підвищення працездатності працівників та забезпечення високих результатів їхньої професійної діяльності), чи то під час організації культурно-дозвілдової діяльності громадян.

Зосереджуючи увагу на історичному аспекті становлення естетики ландшафту, як наукового напрямку, варто зауважити, що його фундатором вважається А. Hettner, який у 1927 р. запропонував виділити науковий напрям – естетичну географію та заклав його методологічні основи, що сприяло розвитку покомпонентного вивчення естетичної цінності території. Важливим в обґрунтуванні його теорії було загострення уваги на питанні об'єктивності оцінки естетичної привабливості ландшафту [78].

Термін терапевтичний ландшафт (therapeutic / healing landscape) був визначений у 1992 році географом Вільямом



Геслером як місце, «де фізичне та побудоване середовище, соціальні умови та людське сприйняття поєднуються, щоб створити атмосферу, яка сприяє зціленню».

У вітчизняному науково-методичному дискурсі поки що не існує цілісних розробок з ландшафтної терапії. У зарубіжних виданнях ландшафтну терапію частіше розглядають як садотерапію клієнтів (пацієнтів), які лікуються чи проходять лікувальний / реабілітаційний курс у лікувальних, психіатричних чи пенітенціарних установах. Існує мало робіт, присвячених впливу саме ландшафтного дизайну та урбодизайну, зокрема, впливу естетики паркового середовища на стан комфортності жителів населеного пункту. Не розроблена система оцінки антропогенного середовища, яка б фіксувала здатність останніх задовольняти всі потреби людей, зокрема, потреби у сприянні здоров'ю, комфортності, відпочинку, якості життя.

Розуміння наявної проблеми світовою спільнотою підтверджується прийняттям на міжнародному рівні ряду нормативно-правових документів та стратегій, у тому числі ратифікованих Україною. В першу чергу до таких відноситься Європейська ландшафтна конвенція де «ландшафт» визначений як територія, як її сприймають люди, характер якої є результатом дії та взаємодії природних та / або людських чинників [15].

У нашому дослідженні вперше зроблена спроба інтерпретації проблеми ландшафтної терапії та ландшафтного дизайну крізь призму концептів «якість життя» і «якість смерті» людини. Зокрема, нами проаналізовані напрямки, піднапрямки та критерії, за якими, відповідно до методик, розроблених різними науковцями і установами, здійснюється моніторинг та оцінка якості життя людей в різних країнах та досліджено місце в цих рейтингах критеріїв, які б могли дати уявлення про забезпечення здоров'я, благополуччя та комфортності громадян засобами ландшафтної терапії та ландшафтного дизайну. Слід відмітити, що в деяких із запропонованих методик містяться поодинокі і розрізнені критерії, які визначають саме якість середовища, в якому існує особистість. Проте вони сформульовані несистемно і спроможні зібрати лише фрагментарну інформацію щодо того, як впливає ландшафт, краєвид, ландшафтний дизайн (природний чи урбаністичний) на стан здоров'я і благополуччя людей, і, зокрема

осіб, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій природного чи техногенного характеру. Здебільшого, дослідники якості життя населення розуміють під взаємозв'язком людини і природи саме екологічний аспект – чистоту повітря, ґрунтів, води, питання сміттєпереробки, убезпечення від хімічних, радіоактивних забруднень, шумів тощо. Тобто під контроль береться аспект впливу людини на природу. Проте поза увагою науковців залишається зворотній зв'язок – вплив самої природи, її природного чи рукотворного ландшафту на здоров'я і благополуччя людей, які проживають на тій чи іншій місцевості. Адже, якщо слідувати уявленням В. Вернадського про ноосферу як нерозривний «розумний» взаємозв'язок і постійний взаємовплив людини і природи, то ми постійно упускаємо з виду цю другу, не менш важливу частину взаємовпливу.

Результатом такого аналізу є висновок про те, що дослідження якості життя саме в аспекті впливу середовища та ландшафту на особистість практично відсутні. Хоча певні показники використовують для вимірювання якості життя, але постановку завдання з визначення впливу ландшафтної терапії і ландшафтного дизайну на якість життя осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій – військових, бувших полонених, мігрантів, біженців, ВПО, ліквідаторів аварій, осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської трагедії, ДТП та інших транспортних, техногенних і природних катастроф а кризових ситуацій – ще не було здійснено.

У розділі проаналізовані завдання ландшафтної терапії як методики психотерапевтичної і соціальної роботи з особами, постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій; структурні елементи процесу природотерапії.

Здійснено аналіз поняття «антропогенне середовище», яке є дотичним до концепції ландшафтного дизайну та ландшафтної терапії. У середині ХХ ст. у зв'язку із загостренням екологічних проблем виникли напрями екологічного будівництва, зокрема широко відома екоархітектура. Основними рисами цього інноваційний напряму є прихильність до форм, які певною мірою відтворюють елементи навколишнього середовища, насамперед ландшафту, а також застосування природних матеріалів.

Новим кутом бачення проблеми ландшафтної терапії та ландшафтного дизайну є спроба проаналізувати її в контексті вчення видатного українського вченого В. І. Вернадського про біосферу і ноосферу. Зокрема, поняття «ноосфера» в координатах учення В. І. Вернадського описує наступний щабель розвитку нашої планети після становлення геосфери та біосфери і, по суті, є сферою розуму, в якій подолано людську деструктивність і на особистісному, і на соціальному рівнях. Власне подолання такої деструктивності і є мета соціальної роботи з особами, постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій. Ідея В. Вернадського щодо гармонізації та співмірності розвитку (коеволюції) людини і природи є ключовою для встановлення науково-методичного підґрунтя проблеми ландшафтної терапії та ландшафтного дизайну.

Ноосферна цивілізація – це нова якість діяльності та життя людства на засадах гармонійних відносин з природою, гуманістичних наукових, духовно-культурних і технологічних інновацій, консенсусу і всесвітньої консолідації задля подолання глобальних проблем і війн в ім'я гідного розвитку й самореалізації людини [37].

Важливими для наукового обґрунтування проблеми використання ландшафту для здоров'я і якісного життя людей є концепція біорізноманітності. Особливості природи достатньо великих територій, їх ландшафти і передусім біорізноманітність, зумовлюють, відповідно, формування певних націй, етносів і, звичайно, їх культур як цілісних систем. Для Ю. Шеляг-Сосонко беззаперечним є те, що центральне поняття естетики – прекрасне – це людське сприйняття і розуміння багатства, складності, різноманітності, яскравості, чарівності, спокою, гармонії та вічності природи в її первісному, незміненому людиною стані. Кожна людина ці естетичні цінності природи сприймає через призму своєї індивідуальної, наданої їй природою здатності оцінити їх і засвоєних відповідних поглядів [56].

Ландшафтний дизайн і ландшафтна терапія розглянуті нами як різновид філософського мистецтва, спрямованого на формування нового світогляду і буття людини. Ми розглядаємо концепцію антропологічного простору кожного українця і, зокрема, можливості впливу на особистість ландшафтного

дизайну чи ландшафтної терапії в контексті запропонованої С. Пирожковим і Н. Хамітовим теорії цивілізаційної суб'єктності.

### **Список використаних джерел до першого розділу**

1. Айвазян С.А., Степанов В.С., Козлова М.И. Измерение синтетических категорий качества жизни населения региона и выявление ключевых направлений совершенствования социально-экономической политики (на примере Самарской области и ее муниципальных образований). *Прикладная эконометрика*. 2006. № 2. С. 18-84 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izmerenie-sinteticheskikh-kategoriy-kachestva-zhizni-naseleniya-regiona-i-vyyavlenie-klyuchevykh-napravleniy-sovershenstvovaniya>
2. Боговая И., Фурсова Л. Ландшафтное искусство : учебник для вузов. Москва : Агропромиздат, 1988. 223 с.
3. Бодрийяр Ж. Общество потребления. Его мифы и структуры. М.: Республика, 2006. 269 с.
4. Большаков А. Г. Градостроительная организация ландшафта как фактор устойчивого развития территории : дис. докт. арх. наук : 18.00.01 – Теория и история архитектуры, реставрация и реконструкция архитектурного наследия. Иркутск, 2003. 424 с.
5. Василега В.Д. Ландшафтна екологія: навчальний посібник Суми: Вид-во СумДУ, 2010. 303 с.
6. Вернадский В. И. Биосфера. М.: Мысль, 1967. 376 с.
7. Вернадский В.И. Научная мысль как планетное явление. М.: Наука, 1991.
8. Вернадский В.И. Начало и вечность жизни. Москва: Советская Россия, 1989. 704 с.
9. Вимірювання якості життя в Україні. Аналітична доповідь. Лібанова Е.М., Гладун О.М., Лісогор Л.С. та ін. К., 2013. 50 с. URL: [https://www.idss.org.ua/monografii/UNDP\\_QoL\\_2013\\_ukr.pdf](https://www.idss.org.ua/monografii/UNDP_QoL_2013_ukr.pdf)
10. Гатальська Н.В. Теоретико-методологічні аспекти формування естетики паркового середовища. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора архітектури за спеціальністю 18.00.01. Теорія архітектури, реставрація пам'яток архітектури.

Харківський національний університет будівництва та архітектури, Харків, 2020. 420 с.

11. Глазычев, В. Л. Социально-экологическая интерпретация городской среды. Издательство: Наука. М.: Наука, 1984. 180 с.

12. Гроздинський М. Д., Савицька О. В. Естетика ландшафту. Київ : поліграф. центр «Київський університет», 2005. 183 с.

13. Гроф С. За пределами мозга: Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. М.: Институт Трансперсональной Психологии, изд. Института Психотерапии, 2000. 497с.

14. Дирин Д. А., Попов Е. С. Оценка пейзажно-эстетической привлекательности ландшафтов : методологический. Изв. Алтай. гос. ун-та. 2010. № 3. С. 120–124.

15. Європейська ландшафтна конвенція: N 2831-IV ( 2831-15 ) від 07.09.2005. N 51. Київ, 2005. URL: [https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994\\_154](https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/994_154)

16. Європейський фонд з питань покращення життя та умов праці (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions) URL: <http://www.eurofound.europa.eu/areas/qualityoflife/eurlife/index.php>

17. Житлові умови населення: чинники, сучасний стан і політика регулювання / Л.М. Черенько, С.В. Полякова, В.С. Шишкін, В.С. Заяць, Ю.Л. Когатько, О.А. Васильєв, А.Г. Реут, Ю.А. Клименко, Т.В. Новосільська; Нац. акад. наук. Укр., Ін-т демогр. та соц. дослідж. ім. М.В. Птухи. Електронне видання. Київ, 2020.

18. *Запорожан В.* Ноосферне вчення Вернадського. Наступний крок – ноетика? URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-technology/2656512-noosferne-vcenna-vernadskogo-nastupnij-krok-noetika.html>

19. Иконников А. В. Искусство, среда, время: Эстетическая организация городской среды. Москва : Советский художник, 1985. 336 с.

20. Каган М.С. Эстетика как философская наука: [монография]. СПб.: Петрополис, 1997. 544 с.

21. Камю А. Миф о Сизифе. Эссе об абсурде. Сумерки богов. Москва, 1988. С. 222-319., с. 287-295.
22. Канарский А. С. Диалектика эстетического процесса: Диалектика эстетического как теория чувственного познания. – К.: Вища шк., 1979. 214 с. Копытин А. И. Основы арт-терапии. СПб.: Лань, 1999.
23. Кизима В. В. Тоталлогия ландшафта. Ландшафтогенез – 2000: філософія і географія: проблеми постнекласичних методологій: тези доповідей міжнар. науково-методолог. конф. Київ, 1996. С. 8-11.
24. Копытин А. И. Фототерапия как средство деконструирования гендера. *Психология и психотерапия. Психотерапия детей, подростков, взрослых.* Материалы IV Всероссийской конференции. СПб.: Иматон, 2002. С. 38-41.
25. Копытин А. И. Тренинг по фототерапии. СПб.: Издательство «Речь», 2003. 96 с.
26. Лихачев Д. С. Поэзия садов. К семантике садово-парковых стилей. Сад как текст. М. : «Согласие», ОАО «Типография «Новости», 1998. 356 с.
27. Лотман Ю. Архитектура в контексте культуры. Семиосфера. СПб.: "Искусство – СПб". 2000. URL: <https://www.gumer.info/bibliotek/Buks/Culture/Lotman/ArhKult.php>
28. Лушин П.В. О психологии человека в переходный период. (Как выжить, когда все рушится). Кировоград: КОД, 1999. 208с.
29. Львів став лідером серед українських міст за індексом якості життя рейтинг дослідницького сервісу Numbeo. *Hromadske*. 13.01.2019. URL: <https://hromadske.ua/posts/lviv-stav-liderom-sered-ukrayinskih-mist-za-indeksom-yakosti-zhittyarejting-doslidnickogo-servisnu-numbeo>
30. Маслоу А. Психология бытия. М.: Рефл-бук, Киев: Ваклер, 1997. 304с.
31. Міжнародна хартія про охорону історичних міст (ICOMOS, 1987 р.) URL: [http://search.ligazakon.ua/1\\_doc2.nsf/link1/MU87319.htm](http://search.ligazakon.ua/1_doc2.nsf/link1/MU87319.htm)

32. Населення України. Демографічний вимір якості життя: кол. моногр. / за ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. Київ, 2019. 396 с.
33. Нефедов В. А. Ландшафтный дизайн и устойчивость среды. Санкт-Петербург : Полиграфист, 2002. 295 с.
34. Острова из мусора. АиФ. № 27 06.07.2005. URL: <http://www.aif.ru/archive/1640600>
35. Острова из мусора в Японии. Блог Азия. URL: <http://rodovid.me/Asya/ostrova-iz-musora-v-yaponii.html>
36. Пирожков С., Хамітов Н. Ноосферна цивілізація: від потенцій до нової реальності. *Вісник НАН України*. 2018. № 2. С. 71–73. URL: [https://www.nas.gov.ua/siaz/Ways\\_of\\_development\\_of\\_Ukrainian\\_science/article/18034.018.pdf](https://www.nas.gov.ua/siaz/Ways_of_development_of_Ukrainian_science/article/18034.018.pdf)
37. Пирожков С. І., Хамітов Н. В. Цивілізаційна суб'єктність України: від потенцій до нового світогляду і буття людини К.: Наукова думка, 2020. 256 с.
38. Пирожков С.І., Хамітов Н.В. Цивілізаційний проект України: від амбіцій до реальних можливостей. *Вісник НАН України*. 2016. № 6. С. 45-52.
39. Пономаренко В.А. Авиация. Человек. Дух. М.: ИП РАН Универсум, 1998. 320 с.
40. Пономаренко В.А. Психология духовности профессионала. М., 1997. 289с.
41. Пригожин И., Стенгерс И. Порядок из хаоса: Новый диалог человека с природой. М.: Прогресс, 1986. 432с.
42. Природа. Екологія. Нові технології. В Японії створюють міста-ковчеги. URL: <http://enprom.com.ua/uk/newtechnologies/126-2012-01-12-21-51-04.html>
43. Райх В. Характероанализ. Техника и основные положения для обучающихся и практикующих аналитиков. М.: Республика. 1999. 461с.
44. Райх В. Анализ личности. М.: КСП+, Санк-Петербург: Ювента, 1999. 332с.
45. Рейтинг качества смерти в странах мира / The Lien Foundation, The Economist Intelligence Unit. *Гуманитарный*

*портал*. URL: <https://gtmarket.ru/ratings/quality-of-death-index/info>

46. Самойлович В. П. Українське народне житло (кінець XIX – початок XX ст.). *Аратта*. 2013. URL: [http://www.aratta-ukraine.com/text\\_ua.php?id=2727](http://www.aratta-ukraine.com/text_ua.php?id=2727)

47. Самохвалова В.И. Эстетическая культура как комплексный феномен утверждения и реализации человека в мире. Эстетическая культура: сб. науч. тр. / под. рук. И.А. Конилова. М.: РАН, Ин-т философии, 1996. С. 32-66.

48. Сотська Г.І. Формування естетичної культури майбутніх учителів образотворчого мистецтва: теорія і практика: монографія. Київ: ТОВ «ДКС Центр», 2018. 212 с.

49. Сычева А. В. Ландшафтная архитектура : уч. пособие для вузов (2-е изд., испр.). Москва : ООО «Изд. дом «ОНИКС 21 век», 2004. 87 с.

50. Тейяр де Шарден. Феномен человека. М., 1990.

51. Ткаченко А. А. Духовно-природная психотерапия. (Эсхатологический аспект). Личностная и профессиональная элитарность. Кировоград: КОД, 2001. 220 с.

52. Федій О.А. Естетотерапія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2007. 256 с.

53. Философская антропология: словарь / под ред. Н. Хамитова. 4-е изд., доп. и перер. Киев: КНТ, 2017. 472 с.

54. Цивілізаційний вибір України: парадигма осмислення і стратегія дії: нац. доповідь / ред. кол.: С.І. Пирожков, О.М. Майборода, Ю.Ж. Шайгородський та ін.; Ін-т політ. і етнонац. досліджень ім. І.Ф. Кураса НАН України. Київ: НАН України, 2016. 284 с.

55. Что такое Ваш Индекс лучшей жизни? URL: [http://www.oecdbetterlifeindex.org/ru/about/ru\\_whats-your-better-life-index/](http://www.oecdbetterlifeindex.org/ru/about/ru_whats-your-better-life-index/)

56. Шеляг-Сосонко Ю. Біорізноманітність: концепція, культура та роль науки. *Український ботанічний журнал*. 2008. Т. 65. № 1. С. 3-25.

57. Шиллер Ф. Письма об эстетическом воспитании. Идеи эстетического воспитания: антология в 2 т. Т. 2 / ред.-сост. В.П. Шестаков. М.: Искусство, 1973.



58. Хамітов Н.В. Філософська антропологія: актуальні проблеми. Від теоретичного до практичного повороту. 3-тє вид., випр. і доп. Київ: КНТ, 2019. 394 с.
59. Юбилейный доклад Римского клуба: «Старый Мир обречён. Новый Мир неизбежен!» URL: <http://politcom.org.ua/?p=12722>
60. Яншина Ф.Т. Ноосфера В. Вернадского: утопия или реальная перспектива. Общественные науки и современность. 1993. № 1. С. 163-173.
61. Японские капсулы для жилья. Интерьер как он есть. URL: <http://interiors-ru.livejournal.com/59830.html>
62. Alanna Stang, Christopher Hawthorne. The Green House. New Directions in Sustainable Architecture. Princeton Architectural Press, 2010. 196 p.
63. Andrews, G. Landscapes of well-being / T. Brown, G. Andrews, S. Cummins, B. Greenhough, D. Lewis, and A. Power (eds.) *Health Geographies: A Critical Introduction*. 2017. Oxford: Wiley-Blackwell, pp. 59–75.
64. Anielski M. The Alberta GPI Blueprint. The Genuine Progress Indicator (GPI) Sustainable Well-Being Accounting System / The Pembina Institute. 2001. 126 p. URL: <http://anielski.com/wp-content/documents/Alberta%20GPI%20Blueprint.pdf>
65. Alastair Fuad-Luke Ecodesign: the Sourcebook. Chronicle Books, 2010. 352 p.
66. Brayer, Marie-Ange, Simonot, Beatrice Archilad's. Earth Buildings: radical experiments in land architecture. London: Thames & Hudson, 2003. 248 p.
67. Canadian index of wellbeing. URL: <https://uwaterloo.ca/canadian-indexwellbeing/what-we-do/domains-and-indicators>
68. Canadian Index of Wellbeing. Domains. URL: <https://uwaterloo.ca/canadian-index-wellbeing/our-products/domains>
69. Centers for Disease Control and Prevention (2000). Measuring Healthy Days. Population Assessment of Health-Related Quality of Life. Atlanta, Georgia: CDC, November 2000

70. Cummins R.A. Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005. 49 (10). P. 699-706.

71. Diener E., Diener M., Diener C. Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995. 69 (5). P. 851-864.

72. Diener E., Suh E. Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social indicators research*. 1997. 40 (1-2). P. 189-216.

73. Defensive architecture. Dismal garden. 2018. URL: <http://www.dismalgarden.com/archives/defensive-architecture>

74. European Quality of Life Survey. URL: [https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef\\_publication/field\\_ef\\_document/ef1733en.pdf](https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf)

75. Finlay, J., Franke, T., Mckay, H., & Sims-Gould, J. Therapeutic landscapes and wellbeing in later life: Impacts of blue and green spaces for older adults. *Health & Place*, 2015. 34, 97–106.

76. Gesler, W. Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science & Medicine*, 1992. 34(7), 735–746.

77. Harttgen K., Klasen S. Well-being of migrant children and migrant youth in Europe. *IAI Discussion Papers*. 2009. № 181. 101 p. / Georg-August-Universität Göttingen, Ibero-America Institute for Economic Research (IAI), Göttingen. URL: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/57328/1/608775002.pdf>

78. Hettner A. Die Geographie. Ihre Geschichte, ihr Wesen und ihre Methoden. Breslau : Ferdinand Hirt Verlag, 1927. 463 c.

79. James Wines. Green Architecture. London: Taschen, 2008. 240 p.

80. Karimi M., Brazier, J. Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*. 2016. Vol. 34, Iss. 7. P. 645-649. URL: <https://doi.org/10.1007/s40273-016-0389-9>

81. Kaplan, S. The restorative benefits of nature: Toward an integrative framework. *Journal of Environmental Psychology*, 1995. 15(3), 169–182.

82. Kaplan R., Kaplan S. The Experience of Nature: Psychological Perspective. New York : Cambridge University Press. 1989. 341 p.

83. Kearns R.A. and Moon, G. From medical to health geography: Novelty, place and theory after a decade of change. *Progress in Human Geography*, 2002. 26, 605–625.

84. Kolkman J., Escoto M., Shams R. Tracking the Trends 2015: 13th Ed. / Edmonton Social Planning Council. Edmonton, Canada, 2015. 135 p. URL: <https://edmontonsocialplanning.ca/tracking-the-trends-2015/>

85. Lengen C. The effects of colours, shapes and boundaries of landscapes on perception, emotion and mentalising processes promoting health and well-being. *Health & Place*, 2015. 35, 166–177.

86. Lynch K. The Image of the City. Cambridge : MIT Press & Harvard University Press. 1960. 194 p.

87. Measuring the Adaptation of Countries to Societal Aging. URL:

<https://med.stanford.edu/content/dam/sm/phs/documents/Aging-Society-Index-Stanford-feb-21-2018.pdf>

88. Measuring Well-being and Progress: Well-being Research / OECD. URL: <http://www.oecd.org/statistics/measuring-well-being-and-progress.htm>

89. Milligan, C., & Bingley, A. Restorative places or scary spaces? The impact of woodland on the mental well-being of young adults. *Health & Place*, 2007. 13(4), 799–811.

90. Milligan, C., Gatrell, A., & Bingley, A. Cultivating health: Therapeutic landscapes and older people in northern England. *Social Science and Medicine*, 2004. 58(9), 1781–1793.

91. Miringoff M., Miringoff M.-L. The Social Health of the Nation: How America Is Really Doing. *Journal of Public Health Policy*. 2000. 21 (3). P. 372-375. <https://doi.org/10.2307/3343338>

92. Montague P. Social Health. *Rachel's Environment & Health Weekly*. 1996. № 518. URL: [www.rachel.org/.../Rachels\\_Environment\\_Health\\_News\\_605](http://www.rachel.org/.../Rachels_Environment_Health_News_605)

93. Myers D. Community-Relevant Measurement of Quality of Life: A Focus on Local Trends. *Urban Affairs Quarterly*. 1987. № 32(1). P. 108-125.

94. Numbeo data base. Quality of Life Index 2019. URL: <https://www.numbeo.com/quality-of-life/>

95. Ode A., Tveit M. S., Fry G. Capturing landscape visual character using indicators: Touching base with landscape aesthetic theory. *Landscape Research*. 2008. Vol. 33(1). P. 89-117. doi:10.1080/01426390701773854.

96. Porter E. Marc L. Miringoff, 58, Dies. Measurer of Social Health. *The New York Times*. 06.03.2004. URL: <https://www.nytimes.com/2004/03/06/nyregion/marc-l-miringoff-58-dies-measurer-of-social-health.html>

97. Povsner N. *Studies in Art. Architecture and Design*, New York, 1968. Vol. 1, P. 100.

98. Quality of life / Eurostat. Your key to European statistics; European Commission. URL: <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>

99. Quality of Life Index Rate. URL: [https://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings\\_current.jsp](https://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings_current.jsp)

100. Quality of Living City Ranking. *Mercer*. 2019. URL: <https://mobilityexchange.mercer.com/Insights/quality-of-living-rankings>

101. Richards Ivor, Ken Yeang. *Eco Skyscrapers*. China: Images Publishing, 2007. 159 p.

102. Saprykina N.A. (2004). Bioclimatic architecture as a resource of innovation of ideas. *Proceedings of high schools. Building*, № 7, pp. 85–91.

103. Schneider M. The «Quality of Life» and Social Indicators Research. *Public Administration Review*. 1976. № 36(3). P. 297-305.

104. Sepänmaa Y. *The Beauty of Environment. A General Model for Environmental Aesthetics: Second Edition*. Denton: Environmental Etnics Book. 1993. 212 p.

105. Souto Barreto P. de, Rolland Y. Happiness and unhappiness have no direct effect on mortality. *Lancet*. 2016. 387, № 10021. P. 822-823.

106. Sowinska-Swierkosz B. Index of Landscape Disharmony (ILDH) as a new tool combining the aesthetic and ecological approach to landscape assessment.

107. The Quality of Death Index Ranking palliative care across the world. A report by The Economist Intelligence Unit. 2015. 68 p.

URL:

<https://eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>

108. The Economist Intelligence Unit's quality-of-life index. The World in 2005. *The Economist*. URL: [https://www.economist.com/media/pdf/QUALITY\\_OF\\_LIFE.pdf](https://www.economist.com/media/pdf/QUALITY_OF_LIFE.pdf)

109. The Economist Intelligence Unit's where-to-be-born index. *The Economist*. URL: <https://www.revolv.com/page/Where%252Dto%252Dbe%252Dborn-Index>

110. Tracking the Trends 2011: Edmonton's Increasing Diversity: 11th Ed. / Edmonton Social Planning Council. Edmonton, Canada, 2011. 136 p. URL: <https://edmonton-socialplanning.ca/tracking-the-trends-2011-edmontons-increasing-diversity/>

111. Veenhoven R. Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*. 2008. 9, Iss. 3. P. 449-469. URL: <https://doi.org/10.1007/s10902-006-9042-1>

112. Vidal de La Blache Paul. La géographie humaine: ses rapports avec la géographie de la vie. *Revue de synthèse historique*. Book 7. 1903. P. 219-240.

113. Werthmann Christian. Green Roof: A Case Study. Princeton Architectural Press, 2007. 160 p.

114. Wile R. The 'Best' Countries In The World Have Changed A Lot Since 1988. *Business Insider (Australia)*. 22. 01.2013. URL: <https://www.businessinsider.com.au/wond-economist-where-to-be-born-index-2013-1>

115. Where Expats Enjoy Life Abroad. URL: <https://www.internations.org/expat-insider/2018/quality-of-life-index-39586>

## РОЗДІЛ 2. ОСОБИСТІТЬ У НАДЗВИЧАЙНИХ І КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ

### 2.1. Загальні положення про надзвичайну ситуацію: визначення і класифікації

Останнім часом різко зросла кількість надзвичайних ситуацій (стихійні лиха, *великомасштабні аварії і катастрофи*, локальні війни і пов'язані з ними події: полон, взяття в заручники, депортація, *вимушене переселення*), протиправних дій (терор, грабежі, розбої, згвалтування), серйозних конфліктів у суспільстві і мікросоціумі. Сумний перелік надзвичайних ситуацій завжди на слуху. З останніх, які відбулися в Україні, можна згадати вибух побутового газу у житловому будинку м. Дніпропетровська, вибух метану на шахті ім. Засядька у м. Донецьку, надання допомоги екіпажу судна «Lehmann Timber», який перебував у полоні сомалійських піратів, вибух боєприпасів на військових складах у м. Лозова Харківської області та інші.

В даний час в Україні існують значні групи населення, які пережили ті чи інші екстремальні ситуації (воїни-афганці, учасники інших локальних військових конфліктів; *особи, які постраждали в результаті аварії на ЧАЕС*, мешканці Закарпаття, які пережили катастрофічні повені; населення інших регіонів екологічних катастроф; учасники миротворчих операцій ООН; постраждалі в результаті авіакатастроф, учасники АТО / ООС та ін.) [10]. Існуюча можливість повторення різних катастроф (аварії на шахтах, пожежі в громадських місцях, повені тощо), а також розвиток будь-яких інших екстремальних ситуацій (терористичні акти, авіакатастрофи тощо) визначає *актуальність проблеми профілактики, діагностики і лікування наслідків надзвичайних ситуацій* [10].

Вирішення соціальних і в певній мірі психологічних проблем, пов'язаних із ліквідацією наслідків цих ситуацій лягає на плечі різних служб, в тому числі й на систему соціальної роботи, соціального захисту, соціальної допомоги.

Наводимо визначення поняття «надзвичайна ситуація» та близького до нього терміну – «екстремальна ситуація»:

**Надзвичайна ситуація** – обстановка на окремій території чи суб'єкті господарювання на ній або водному об'єкті, яка характеризується порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричинена катастрофою, аварією, пожежею, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, що призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров'ю населення, великої кількості загиблих і постраждалих, завдання значних матеріальних збитків, а також до неможливості проживання населення на такій території чи об'єкті, провадження на ній господарської діяльності [17];

**Надзвичайна ситуація (НС)** – порушення нормальних умов життя та діяльності людей на об'єкті або території, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, великою пожежею, застосуванням засобів ураження, що призвели або можуть призвести до людських і матеріальних втрат [1, с. 25, 29].

**Екстремальними називаються ситуації**, які небезпечні для життя, здоров'я і благополуччя значних груп населення, обумовлені стихійними лихами, катастрофами, аваріями, або застосуванням супротивником у випадку війни різних видів зброї, і викликають реакції організму і особистості, які знаходяться на межі патологічних порушень [44, с. 318].

Антропогенні техногенні та природні, катастрофи – головна причина масової загибелі та страждань населення, виникнення гострих і хронічних розладів психічного і фізичного здоров'я людей. Це те, з чим фахівці різних професій вже мають справу вже сьогодні, але залишається високим ризик вибухів і пожеж на газота нафтопроводах, об'єктах хімічної промисловості, шахтах, об'єктах ядерної енергетики, інших техногенних катастроф, наприклад, транспортних та ін.



**Рис. 2. 1. Надзвичайні ситуації на території України**

Цей потенційний ризик актуалізує підготовку фахівців, які надають допомогу потерпілим від надзвичайних ситуацій – військових, медиків, пожежників, соціальних працівників, психологів, працівників засобів масової інформації та ін.

Наслідки катастроф традиційно знаходилися у центрі уваги медиків, зусиллями яких була утворена медицина (зокрема психіатрія) катастроф, що вирішує завдання лікування тілесних та душевних травм потерпілих. Але розширене тлумачення наслідків катастроф з гуманістичних позицій ставить тепер на порядок денний не тільки питання елементарного виживання потерпілих, а й створення у *посткатастрофічний період* належних умов для їх повноцінного життя – на ґрунті сучасної психології та *соціології катастроф* [46, с. 2].



Всю сукупність можливих надзвичайних ситуацій розділяють на конфліктні та безконфліктні [37]. До *конфліктних надзвичайних* ситуацій, перш за все, можуть бути віднесені військові зіткнення, економічні кризи, екстремістська політична боротьба, соціальні вибухи, національні та релігійні конфлікти, тероризм, розгул кримінальної злочинності, крупно-масштабна корупція та ін.

*Безконфліктні надзвичайні ситуації*, в свою чергу, можуть бути класифіковані (систематизовані) за значною кількістю ознак, що описують явища з різних боків їхньої природи і властивостей [37].

Кодекс цивільного захисту України [Кодекс] дає наступні визначення окремих різновидів надзвичайних ситуацій:

- **епідемія** – масове поширення інфекційної хвороби серед населення відповідної території за короткий проміжок часу;
- **епізоотія** – широке поширення заразної хвороби тварин за короткий проміжок часу, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності на цю хворобу на відповідній території;
- **епіфітотія** – широке поширення на території однієї або кількох адміністративно-територіальних одиниць заразної хвороби рослин, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності на цю хворобу на відповідній території
- **стихійне лихо** – природне явище, що діє з великою руйнівною силою, заподіює значну шкоду території, на якій відбувається, порушує нормальну життєдіяльність населення, завдає матеріальних збитків [17].

Залежно від характеру походження подій, що можуть зумовити виникнення надзвичайних ситуацій на території України, визначаються такі види надзвичайних ситуацій:

- 1) техногенного характеру;
- 2) природного характеру;
- 3) соціальні;
- 4) воєнні [17].

Залежно від обсягів заподіяних надзвичайною ситуацією наслідків, обсягів технічних і матеріальних ресурсів, необхідних для їх ліквідації, визначаються такі рівні надзвичайних ситуацій:

- 1) державний;
- 2) регіональний;

- 3) місцевий;
- 4) об'єктовий [17].

Усі надзвичайні ситуації можна класифікувати за трьома основним принципом – *масштабом поширення, темпом розвитку та природою походження* [42, с. 13].

Якими б різними не були надзвичайні ситуації, всі вони в своєму розвитку проходять *чотири характерні стадії* [42, с. 18]:

- зародження;
- ініціювання;
- кульмінація;
- загасання.

**Основними завданнями** єдиної державної системи цивільного захисту у випадку надзвичайної ситуації, серед інших є:

- пом'якшення можливих наслідків надзвичайних ситуацій у разі їх виникнення;
- здійснення заходів щодо соціального захисту постраждалого населення;
- реалізація визначених законом прав у сфері захисту населення від наслідків надзвичайних ситуацій, в тому числі осіб (чи їх сімей), що брали безпосередню участь у ліквідації цих ситуацій [17].

Єдина державна система залежно від масштабів і особливостей надзвичайної ситуації, що прогнозується або виникла, функціонує у **режимах**:

- 1) повсякденного функціонування;
- 2) підвищеної готовності;
- 3) надзвичайної ситуації;
- 4) надзвичайного стану [17].

Єдиною державною системою цивільного захисту у випадку надзвичайної ситуації:

- здійснює ліквідацію медико-санітарних наслідків надзвичайних ситуацій, надання екстреної медичної допомоги у зоні надзвичайної ситуації (осередку ураження) постраждалим та рятувальникам, заходи з медичного забезпечення (лікувально-профілактичні, санітарно-гігієнічні, медичне постачання та санаторно-курортне лікування) осіб рядового і начальницького

складу, ветеранів служби цивільного захисту (війни) та членів їхніх сімей;

- забезпечує виконання заходів з мінімізації та ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій, пов'язаних з технологічними терористичними проявами та іншими видами терористичної діяльності під час проведення антитерористичних операцій, проводить просвітницьку та практично-навчальну роботу з метою підготовки населення до дій в умовах вчинення терористичного акту;

Надзвичайні ситуації можуть бути викликані виробничо-промисловою, радіаційною, хімічною, сейсмічною, гідрогеологічною, гідрометеорологічною, техногенною та пожежною небезпеками.

Обов'язкова евакуація населення проводиться у разі виникнення загрози:

1) аварій з викидом радіоактивних та небезпечних хімічних речовин;

2) катастрофічного затоплення місцевості;

3) масових лісових і торф'яних пожеж, землетрусів, зсувів, інших геологічних та гідрогеологічних явищ і процесів;

4) збройних конфліктів (з районів можливих бойових дій у безпечні райони, які визначаються Міністерством оборони України на особливий період).

Загальна евакуація проводиться для всіх категорій населення із зон:

1) можливого радіоактивного та хімічного забруднення;

2) катастрофічного затоплення місцевості з чотиригодинним добіганням проривної хвилі при руйнуванні гідротехнічних споруд.

Часткова евакуація проводиться для вивезення категорій населення, які за віком чи станом здоров'я у разі виникнення надзвичайної ситуації не здатні самотійно вжити заходів щодо збереження свого життя або здоров'я, а також осіб, які відповідно до законодавства доглядають (обслуговують) таких осіб.

Органи державної влади несуть відповідальність за медичний, біологічний і психологічний захист, забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення (недопущення негативного впливу на здоров'я населення

шкідливих факторів навколишнього природного середовища та наслідків надзвичайних ситуацій, а також умов для виникнення і поширення інфекційних захворювань).

Проблема наслідків впливу на психіку людини різних подій екстремального характеру досить широко представлена в працях таких вчених, як В. Лебедєв, І. Кутько, С. Табачников, М. Давидкін, Н. Панюшкіна та ін. Однак більша частина досліджень базується на вивченні межових психічних розладів і симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у учасників військових дій, жертв катастрофи на Чорнобильській АЕС і особливостей роботи фахівців, які надають екстрену психологічну допомогу у надзвичайних ситуаціях. Значно менша частина наукових робіт присвячена вивченню якості життя (Л. Балабанова, М. Корольчук), медико-психологічної реабілітації (І. Гайда), соціально-психологічної адаптації та дезадаптації осіб (В. Коханов, В. Краснов, А. Токман), які пережили надзвичайні ситуації. Малодослідженим є аспект психологічних особливостей та переживань, які постраждали внаслідок певного конкретного виду надзвичайної ситуації; також значно менше досліджень присвячено особливостям психологічної допомоги у таких конкретних та специфічних випадках, тобто існують загальні алгоритми соціально-психологічної допомоги при НС, проте вони рідко враховують специфіку походження та причин виникнення надзвичайної ситуації.

Таблиця 2. 1

### Уявлення про надзвичайні ситуації

*Джерело: [6]*

<b>№</b>	<b>Уявлення</b>	<b>Характеристика</b>
1	джерело надзвичайної ситуації	небезпечне явище або процес, в результаті якого на визначеній території або акваторії сталася або може виникнути надзвичайна ситуація

2	негативний фактор джерела надзвичайної ситуації	складова небезпечного природного явища або процесу, викликаного джерелом природної надзвичайної ситуації; характеризується фізичними, хімічними, біологічними діями або проявами, які визначаються або виражаються відповідними параметрами
3	шкідливий вплив джерела природної надзвичайної ситуації	негативний вплив одного або сукупності шкідливих факторів джерела природної надзвичайної ситуації на життя і здоров'я людей, сільськогосподарських тварин і рослин, об'єкти економіки і навколишнє природне середовище
4	небезпечне природне явище	подія природного походження або внаслідок діяльності природних процесів, які за своєю інтенсивністю, масштабом поширення і тривалістю можуть викликати негативну дію на людей, об'єкти економіки та навколишнє природне середовище
5	стихійне лихо	руйнівне природне і / або природно-антропогенне явище або процес значного масштабу, в результаті якого може виникнути або виникла загроза життю і здоров'ю людей, статися руйнування або знищення матеріальних цінностей і компонентів навколишнього природного середовища

6	природно-техногенні катастрофи	руйнівний процес, що розвивається в результаті порушення нормальної взаємодії технологічних об'єктів з компонентами навколишнього природного середовища, що приводить до загибелі людей, руйнування і пошкодження об'єктів економіки і компонентів навколишнього природного середовища
---	--------------------------------	--

Як стверджують науковці, незалежно від джерела виникнення техногенної надзвичайної ситуації, всі вони мають практично одні і ті ж фактори негативного впливу на людину і середовище її проживання [42, с. 20]. Вражаючий фактор надзвичайної ситуації здійснює на постраждале населення фізичні, хімічні та біологічні впливи.

Критерії безпеки при надзвичайних ситуаціях встановлюються на основі концепції сталого розвитку (Ріо-де-Жанейро, 1992 р.), цілей соціально-економічного розвитку, цілей безпеки і принципів прийнятності [42, с. 8].

*Критерій безпеки (КБ)* – певна величина (параметр), що обмежує зверху негативний вплив небезпечних і шкідливих факторів середовища проживання на об'єкт безпеки так, щоб його стан не відхилявся від існуючого більш ніж на задану величину [42, с. 8].

*Для людини, як об'єкта безпеки, існує індивідуальний критерій безпеки (ІКБ), для суспільства – соціальні, правові, демографічні, технічні КБ, для навколишнього середовища – біологічні, екологічні, ландшафтні, географічні та ін.* [42, с. 8].

*Індивідуальний критерій безпеки (ІКБ) (медичний або санітарно-гігієнічний)* обмежує зверху негативний вплив середовища проживання на людину. Як окремі конкретні ІКБ використовуються загальновідомі величини – ГДК (обмежує рівень токсичного впливу та запилення), ефективну дозу

радіаційного впливу  $E_{\text{эф}}$  (радіаційний вплив), інтенсивність шуму  $L_a$  (акустичний вплив) тощо [42, с. 8].

При виборі технічного критерію безпеки (ТКБ) можуть бути використані різні підходи в залежності від того, *що є пріоритетним: здоров'я людини* (у Великобританії – неприпустимість аварій із загибеллю понад 100 осіб), *навколишнє середовище* (аварії, при яких більше 5 % різних видів тварин піддаються негативному впливу), *технічні системи* (аварії з розплавленням активної зони реактора, тобто «запроектовані» радіаційні аварії, аварії, що супроводжуються вибухами та ін.) [42, с. 8–9].

Виходячи з теоретичних положень загальної екології, виділені такі види групових змін радіочутливості: расова, етнічна, популяційна, статева, вікова і фізіологічна [13]. Наприклад, три найбільші раси світу (кавказоїдна, негроїдна і монголоїдна) сильно відрізняються за радіочутливістю. Відомі приклади й статевих відмінностей у радіочутливості між чоловіками і жінками [13].

Навіть в середині будь-якої групи, однорідної етнічно, за віком, статтю та фізіологією, в певний момент часу завжди існують варіації між двома людьми за радіочутливістю, що зумовлює їхні індивідуальні зміни радіочутливості. Можна сміливо стверджувати, що єдині для всіх людей норми радіаційної безпеки є непридатними через підвищення ризику ураження значної частини населення. Придатним для використання слід вважати нормування, яке враховуватиме необхідність захисту не «для середньої людини», а для найбільш чутливих груп населення: вагітних жінок, дітей, пенсіонерів, хворих тощо [13, с. 108–109].

Відповідно до вимог норм радіаційної безпеки НРБУ-97 все населення поділяють на три категорії опромінюваних осіб (табл. 2. 2).

**Категорії опромінюваних осіб***Джерело: [13; 33]*

<b>Тип категорії</b>	<b>Характеристика</b>
Категорія А	Персонал – особи, які постійно або тимчасово працюють безпосередньо з джерелами іонізуючих випромінювань (ДІВ)
Категорія Б	Обмежена частина населення – особи, які не працюють безпосередньо з ДІВ, але за умовами мешкання або розміщення робочих місць можуть піддаватися дії радіоактивних речовин та інших джерел випромінювання, що використовуються в установах і (або) видаляються у навколишнє природне середовище з відходами
Категорія В	Населення району, області, республіки, країни

**2.2. Учасники надзвичайної ситуації: визначення статусу і характеристика**

**Постраждали внаслідок надзвичайної ситуації техногенного або природного характеру** (далі – постраждалі) – особи, здоров'ю яких заподіяна шкода внаслідок надзвичайної ситуації [17].

Такими постраждалими можуть бути:

- діти і дорослі, постраждалі внаслідок військових конфліктів;
- воїни АТО;
- мігранти, ВПО, постраждалі внаслідок військових конфліктів, пожеж, НС техногенного характеру,
- жертви стихійних лих і землетрусів;
- жертви транспортних катастроф;
- постраждалі від Чорнобильської катастрофи;



- постраждали внаслідок епідемії (наприклад, COVID-2019, лихоманки Ебола тощо)

Стан та потреби потерпілих у надзвичайній ситуації; важкість втрат для їхнього життя, здоров'я і благополуччя; необхідність включення певних заходів у реабілітаційну програму з конкретними потерпілими, необхідно оцінювати з двох позицій:

- 1) об'єктно-онтологічної та
- 2) суб'єктно-аксіологічної.

У першому випадку йдеться про чинники, що спричинили травми, інвалідність, тимчасову непрацездатність, втрату майна, роботи, рідних, є підставою для офіційного визнання статусу потерпілого та надання йому відповідної соціальної допомоги (потерпілі за об'єктивними критеріями) [46, с. 7].

З суб'єктивно-аксіологічної позиції «катастрофічність» визначають «...уявленням про втрачені цінності, зміст травмуючих психіку переживань, навіть якщо подія не торкалася людини безпосередньо (наприклад, свідки автокатастрофи чи пожежі з людськими жертвами, їхні родичі є потерпілими за суб'єктивними критеріями)» [46, с. 7].

Людей, які опинилися в зоні надзвичайної ситуації можна умовно розділити на наступні групи:

1. «жертви – постраждалі, ізольовані в осередку надзвичайної ситуації (в завалі або на даху затопленого будинку);

2. постраждалі безпосередньо фізично, матеріально (отримані травми, зруйнований будинок); люди, що втратили своїх рідних і близьких або не мають інформації про їхню долю;

3. очевидці – люди, які отримали психологічну травму (представляють на собі, на своїх близьких, що трапалося, ставлять себе на місце постраждалих: «на його місці міг бути я»);

4. спостерігачі – люди, які прибули на місце лиха.

5. учасники ліквідації надзвичайних ситуацій» [9, с. 86].

Нормами радіаційної безпеки України встановлені **такі категорії осіб, що зазнають опромінювання:**

– категорія А (спеціальний персонал) – особи, які постійно чи тимчасово працюють безпосередньо з джерелами іонізуючого випромінювання;

– категорія Б (додатковий персонал) – особи, що безпосередньо не проводять робіт з джерелами іонізуючого випромінювання, проте у зв'язку з розташуванням робочих місць у приміщеннях або на промислових майданчиках об'єктів з радіаційно-ядерними технологіями можуть отримати додаткове опромінення;

– категорія В (населення) – решта населення країни [13, с. 108–109].

До групи А відносяться особи, які безпосередньо працюють з джерелом іонізуючих випромінювань. До групи Б входять особи, які за умовами проживання або професійної діяльності можуть піддаватися впливу радіоактивного випромінювання (дози опромінення, як і всі інші допустимі похідні рівні групи Б, не повинні перевищувати  $\frac{1}{4}$  значень для групи А) [45].

### **2. 3. Вплив надзвичайних ситуацій на стан людини та пов'язані з цим проблеми життєдіяльності**

Різні екстремальні ситуації, стихійні лиха, катастрофи, бойові дії, як правило, надають виражений негативний вплив на психіку постраждалих в них людей.

Аварії, катастрофи, втрата близьких торкаються усіх рівнів людського функціонування (фізіологічного, особистісного, рівня міжособистісної й соціальної взаємодії). Вони призводять до стійких особистісних змін безпосередньо тих осіб, що пережили стрес, членів їх сімей і у свідків подій [9].

На вірогідність розвитку безпосередніх і віддалених негативних наслідків екстремальної ситуації впливає ряд чинників [41; 28]:

1. Особливості ситуації (раптовість, тривалість, патогенна виразність, особливо – безпосередня вірогідність смерті).

2. Певні особистісні прояви:

а) ідентифікація себе з жертвою;

б) спадкова обтяженість психічними захворюваннями;

в) підвищена психічна ранимість (збірний термін) – це емоційна нестійкість, невпевненість, підвищена тривожність,

зловживання алкоголем, відчуття безпорадності, екстернальний локус контролю;

г) межова психічна патологія (наявність неврозів, психопатичних рис характеру);

д) наявність психічних травм у минулому, особливо – недавні (особливо протягом останнього року) психотравмуючих подій в особистому житті;

е) отримання психічної травми в дитячому або немолодому (старше 50–60 років) віці.

2. Невизначеність віддалених наслідків.

3. Недостатня соціальна адаптація (як на момент екстремальної ситуації, так і у віддаленому періоді).

4. Пізнє лікування або його відсутність [28, с. 7].

Стихійні лиха, катастрофи, аварії на транспортних магістралях й промислових об'єктах, терористичні акти призводять [9, с. 81]:

– до різких змін в суспільному і психологічному житті людей, котрі зіткнулися з трагічними наслідками, втратами як морального, так і матеріального характеру;

– висувають жорсткі вимоги до стресоусталеності кожного індивіда, змушують шукати й опанувати нові ефективні моделі поведінки;

– основною проблемою у кризових ситуаціях є психологічний стрес [9].

Серед психопатологічних змін після впливу надзвичайних ситуацій у людей найчастіше «зустрічаються:

- депресивні стани – 56 %,
- психогенний ступор – 23 %,
- загальне психомоторне збудження – 11 %,
- галюциногенні стани – 5 %,
- неадекватність оцінки ситуації – 45 %,
- ейфорія – 3 %,
- нічні кошмари уві сні – 90 %,
- дратівливість, почуття провини, втрата бажання жити і інші прояви» [12].

Для зняття зазначених психологічних порушень потрібна спеціальна психотерапевтична допомога психологів та психотерапевтів.

Серед реакцій людини на вплив психотравмуючих факторів надзвичайної ситуації можна виділити два основних типи. Перший тип – непатологічні психоемоційні реакції, які володіють психологічним змістом і безпосередньо залежать від ситуації (страх, психічна напруженість, різні афективні реакції, почуття тривоги та ін.).

Другий тип реакцій – патологічні стани – психогенії (реактивні реакції), що є хворобливим станом, надовго виводить людину з адекватного стану. Психопатологічні порушення, які є наслідком впливу психотравмуючих обставин умов надзвичайних ситуацій, мають багато спільного з клінікою порушень, що розвиваються в звичайних умовах.

Характеризуючи психогенні розлади, що спостерігаються при життєво небезпечних ситуаціях під час і після стихійних лих і катастроф, вчені вважають за доцільне виділити три діагностичні групи:

- 1) непатологічні невротичні реакції;
- 2) невротичні реакції і стани;
- 3) реактивні психози.

Кожна з цих трьох груп має свої особливості і характеристики. непатологічні невротичні реакції характеризуються: «переважанням емоційної напруженості, психомоторних, психовегетативних, гіпотимічних проявів, збереженням адекватної самооцінки і здатності до цілеспрямованої діяльності» [12].

Проблема психічної адаптації людини до різних стресогенних ситуацій набуває в сучасному суспільстві все більшого значення. З психологічної точки зору стресовими за своїм характером є для людини так звані важкі ситуації, які характеризуються рядом загальних ознак:

- наявністю перешкод для досягнення значущих цілей;
- відсутністю коштів для досягнення мети;
- загрозою для самооцінки;
- впливом на психологічний рівень функціонування [4].

Надаючи соціальну і психологічну характеристику великих аварій, Дж. Брено та П. Верге [2, с. 16] вважають, що оптимальним методом дослідження соціальних та психологічних наслідків великих ядерних аварій є опитування населення щодо їх почуттів, переживань і думок, або спостереження їхньої поведінки, що може бути виконано лікарем-клініцистом, соціологом або соціальним працівником. Підкреслюючи тезу про те, що суспільство як компонент навколишнього середовища *зазнало змін під впливом аварії*, автори вказують на ряд актуальних проблем, що виникають під час соціологічних досліджень [2]:

- відсутність інформації про психологічний стан людей в *доаварійний період*;

- властивість людського сприйняття і уявлень до змін, проте важко забезпечити методологічний інструментарій для вимірювання цих градацій;

- знання є впливовим фактором змін сприйняття і уявлень постраждалого населення, проте залишається відкритим питання про те, хто це знання буде нести людям (влада, вчені, засоби масової інформації, громадські організації), якими шляхами ця інформація буде поступати, наскільки високим буде ступінь довіри і надійними джерела інформації [2];

- поліпшення життєвих умов є найбільш значущим фактором; при цьому його *не можна зводити тільки до економічних аспектів, а слід сприймати як відновлення суспільства в цілому* [2, с. 16].

Відомо, що надзвичайні події справляють потужний вплив на стан психічного здоров'я людей, які постраждали від них, або брали участь у ліквідації їхніх наслідків. Часто такий вплив сягає патогенного рівня і стає причиною формування цілої низки психічних та поведінкових розладів, (ППР) до яких, зокрема, відносяться: гострі реакції на стрес (F43.0 за МКХ10), посттравматичний стресовий розлад (F43.1 за МКХ-10), різноманітні розлади адаптації (F43.2 за МКХ-10), а також стійкі зміни особистості після перенесеної катастрофічної події (F62. 0 за МКХ-10) [21, с. 3].

До найбільш описаних в науковій літературі реакцій на надзвичайну ситуацію належить посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

За статистичними даними, ПТСР розвивається у 25–80 % осіб, які постраждали в результаті надзвичайних подій. Поширеність цього розладу в популяції залежить від частоти психотравмуючих подій. В даний час показники частоти виникнення ПТСР істотно зросли: якщо в 80-ті роки ХХ ст. вони відзначалися у 1–3 % всього населення, то зараз – у 7–8 %, причому існують виражені розбіжності по статі – 10,4 % жіночого і 5,0 % чоловічого населення [3].

Результати досліджень, проведених в Інституті неврології, психіатрії та наркології АМН України, свідчать про те, що у всіх осіб, які пережили важку психічну травму у вигляді насильства проти особистості, виникали порушення психічного здоров'я або у вигляді повного варіанту ПТСР (56% обстежених), або його окремих ознак (44 %). У 19 % ветеранів війни в Афганістані був виявлений клінічний варіант ПТСР, окремі симптоми – у 25 %. Відповідно у 14 % ліквідаторів аварії на ЧАЕС діагностувалося ПТСР, у 21 % – окремі симптоми [38].

Загалом структурно посттравматичний стресовий розлад є складним психопатологічним утворенням, що включає синдроми «репереживань», «уникнення», «підвищеної активації». Результати клініко-психопатологічного та динамічного вивчення ПТСР виявляють взаємовплив станів, що виявляється видозміною змістовної сторони хворобливих переживань, ускладненням перебігу і погіршенням прогнозу захворювання [23].

До формування і хронічного перебігу посттравматичних стресових розладів призводять підвищений рівень стресового навантаження, а також *поєднання конституційно-біологічних (особистісних), соціально-демографічних, екзогенно-органічних і соматогенних чинників* [26].

Спектр можливих психічних розладів, пов'язаних з переживанням життєво небезпечних ситуацій, включає *гостру реакцію на стрес, посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, гострі і транзиторні психотичні розлади, депресивні і тривожні розлади, хронічні зміни особистості після переживання катастрофи* [11].

До ПТСР відносяться психічні розлади, які виникають як *відстрочена і / або затяжна реакція на екстремальну (травматичну) подію або ситуацію* (короткочасну або затяжну) загрозливого або катастрофічного характеру, яка може викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини [38]. ПТСР зазвичай виникають слідом за психотравмою після *латентного періоду*, який може варіювати від декількох тижнів (2–4) до місяців (але, за винятком особливих випадків, *не більше 6 міс*) [7].

### **Внутрішньо переміщені особи**

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) з'явилися в Україні у березні 2014 року в результаті анексії Автономної Республіки Крим Російською Федерацією. Початок збройного конфлікту на території Донецької та Луганської областей України в травні 2014 року посилив внутрішнє переміщення. Станом на кінець серпня 2019 року на обліку Міністерства соціальної політики України перебувало 1 402 869 ВПО [31, с. 113].

До 2014 р. останнє за часом масове вимушене пересування людей відбулося після аварії на Чорнобильській АЕС, яка сталася 26 квітня 1986 р. З 27 квітня до серпня 1986 р. із 81 населеного пункту України було евакуйовано 90,8 тис. осіб [43, с. 62]. Загальні міграційні втрати населення постраждалих областей за 1986–1991 рр. склали 157 тис. осіб [8, с. 22]. Тільки від початку 1990 до середини 1994 р. із постраждалих населених пунктів було примусово переселено 23,5 тис. осіб, а добровільно виїхали ще 22,4 тис. осіб. У середині 1990-х рр. переселення жителів із постраждалих регіонів було в цілому завершено.

*Самооцінка рівня інтегрованості ВПО у місцеві громади.* Інтеграція у місцеві громади є найважливішою складовою якості життя ВПО [31, с. 114].

*Задоволеність умовами проживання ВПО.* За три роки проведення Національного моніторингу рівень задоволеності ВПО умовами проживання зріс [Індикатори якості с. 121].

*Самооцінка ВПО безпеки середовища та інфраструктури населеного пункту ВПО.* Переважна більшість ВПО повідомили, що почуваються у безпеці у населених пунктах, де вони проживають. За час проведення дослідження частка осіб, які почуваються безпечно, знизилася [31, с. 122].

Воєнні дії та низький економічний розвиток держави загострили в Україні міграційну проблему, при цьому офіційна статистика взагалі не дає надійних її кількісних оцінок. З одного боку, є великий обсяг трудової маятникової міграції, але точно оцінити частку мігрантів, які залишились за кордоном на постійне проживання, важко. З іншого, країна стикнулася з проблемою ВПО, яка є комплексною: потребують вирішення соціальні, матеріальні, житлові, економічні, психологічні питання [31, с. 177]. Крім того, в українському суспільстві є біженці та шукачі притулку, а також суттєвий за чисельністю контингент внутрішньодержавних трудових мігрантів.

Слід зазначити, що хоча причини переміщення внутрішніх мігрантів (переселенців з забруднених радіацією зон) та внутрішньо переміщених осіб з Донбасу і Криму (ВПО) є різними, проте проблеми спільні. Зупинимось на деяких аспектах соціальної роботи з такими категоріями осіб.

Серед потреб поверненців – психологічна адаптація, допомога у працевлаштуванні або організації власного бізнесу, відновлення і визнання документів, забезпечення продовження освіти дітей тощо. Особливої уваги з боку державних органів та громадських організацій потребують особи, постраждалі від торгівлі людьми, а також деякі інші вразливі категорії мігрантів, які повертаються.

Опинившись в несприятливих, а часом навіть екстремальних, життєвих умовах, переселенці мають безліч проблем, які неможливо вирішити самотійно. Серед основних соціальних проблем вимушених внутрішніх мігрантів, слід виокремити наступні [27]:

- житлова проблема;
- проблема працевлаштування;
- соціальна та психологічна адаптація;
- розміщення і тимчасове перебування;
- отримання реєстрації за місцем проживання;
- можлива правова необізнаність і відсутність інформації про те, де можна отримати необхідну допомогу;
- влаштування дітей в школу і дитячий сад;



– незнання культурних особливостей нової території перебування;

– неприйняття з боку місцевого населення [14].

*Напрями щодо покращання якості життя ВПО.* Майже через шість років після початку внутрішнього переміщення в Україні, ВПО залишаються однією з найменш захищених верств населення. Серед переселенців спостерігається нижчий рівень зайнятості, нижчий середньомісячний рівень доходу, а також висока залежність від державних виплат порівняно з загальноукраїнськими показниками [31, с. 229].

*Соціальна робота являє собою процес пристосування людини до нових для неї умов життя.* Соціально-психологічна адаптація переселенців як раз передбачає пристосування до нових соціальних умов, суспільних явищ, розв'язує проблеми психологічного плану: налагодження контакту з найближчим оточенням, знаходження свого місця в ньому, вироблення умінь діяти і реалізувати себе там, де вони опинились [27; 32].

Усвідомлюючи складність цього процесу, ми погоджуємося із Т. Стефаненко, яка визначає соціальну роботу як *результат взаємодії особистості і соціального працівника, який призводить до оптимального співвідношення цілей і цінностей особистості та групи* [19]. В. Константинов, вивчаючи процес адаптації вимушених мігрантів до нових умов життя, визначає його як *«перебудову психологічних якостей особистості, поведінки і діяльності суб'єкта адаптації у відповідь на вимоги нової соціального середовища і зміни самого соціального середовища в ході задоволення адаптивної потреби вимушеного мігранта в цілях їх повноцінної взаємної діяльності і розвитку»* [47]. В даному випадку дослідниками відзначається, що соціально-психологічна адаптація являє собою двосторонній процес, який супроводжується важкими переживаннями не тільки з боку переселенця, а й оточуючих його людей, змінюється не тільки особистість переселенця, а й його нове оточення, реагуючи на його індивідуальні особливості, адаптуючись до нової для них людини. У результаті повинна *виробитися нова спільна стратегія поведінки, взаємодії, що влаштовує обидві сторони.* Н. Палагіна також відзначає складнощі, якими супроводжується процес

соціально-психологічної адаптації вимушених мігрантів. Вона звертає увагу на зміни *особистісного плану, зниження самооцінки, рівня домагань, зміну стереотипів, ціннісних орієнтацій і соціальних установок* [18].

Це, в свою чергу, може відобразитися в поведінці переселенця, *дратівливості, прагненні займати оборонну позицію, чекаючи негативних випадів з боку оточуючих* [27].

Вищенаведені положення актуалізують проблему надання соціальної допомоги переселенцям, особливо такої допомоги потребують діти.

Напрями практичної роботи соціального працівника з переселенцями зображені на рис. 2. 2:

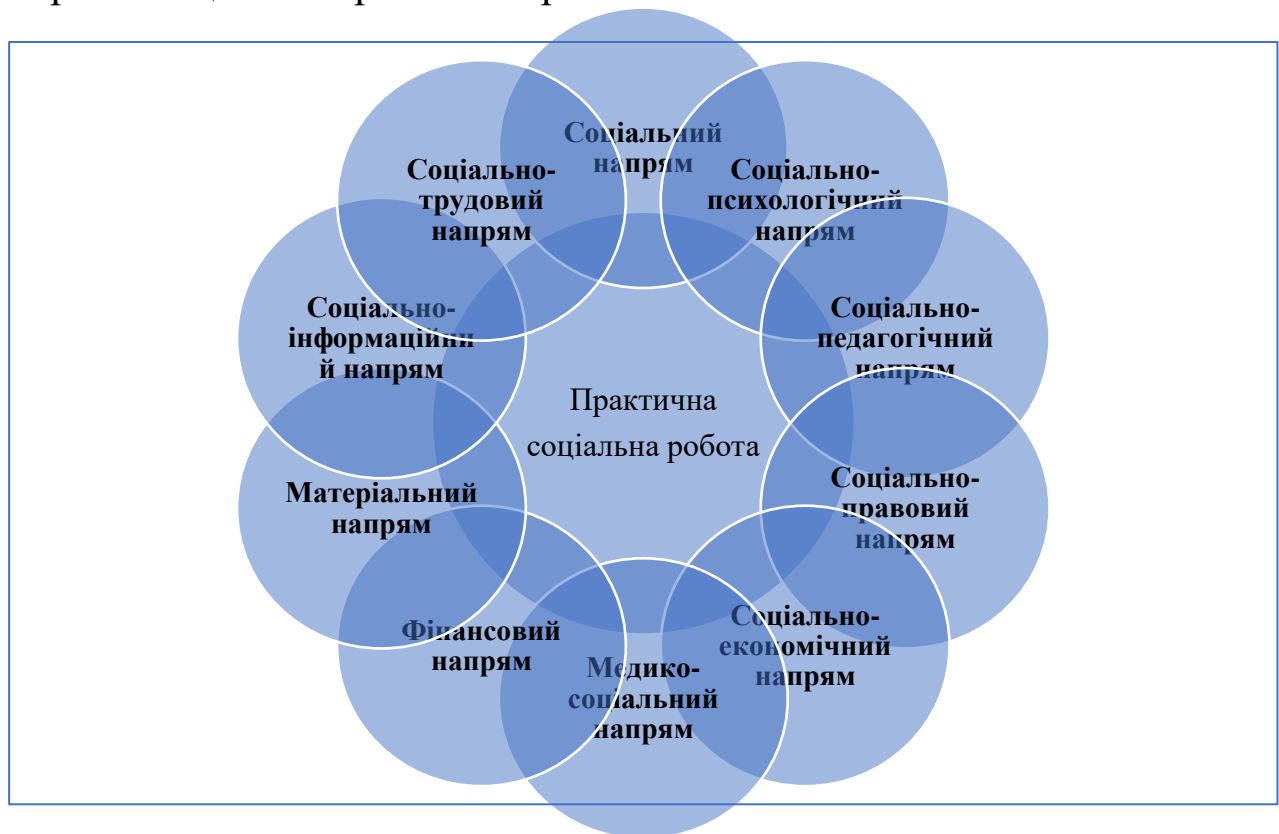


Рис. 2. 2. Напрями практичної соціальної роботи із переселенцями

## **2. 4. Особливості реабілітації учасників ліквідації надзвичайних ситуацій та потерпілого населення**

Із психологічної точки зору, під надзвичайною ситуацією розуміють обстановку, що склалася в результаті катастрофи, при якій число осіб, що потребують екстреної медико-психологічної допомоги, перевершує можливості її своєчасного надання силами й засобами місцевої охорони здоров'я, соціальних і психологічних служб і потрібно як залучення медико-психологічної допомоги ззовні, так і істотна зміна форм і методів повсякденної психологічної роботи [21, с. 3].

**Медико-психологічна реабілітація** – комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності рятувальників аварійно-рятувальних служб (формувань), осіб, залучених до виконання аварійно-рятувальних робіт у разі виникнення надзвичайної ситуації, а також постраждалих внаслідок такої надзвичайної ситуації, передусім неповнолітніх осіб [17].

*Під реабілітацією учасників ліквідації надзвичайних ситуацій і постраждалого населення* слід розуміти систему медичних, психологічних й професійних заходів, направлених на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до втрати працездатності, на ефективне і скоріше повернення учасників ліквідації надзвичайних ситуацій до професійної діяльності, а постраждалого населення – до нормальних життєвих процесів [7].

Для проведення медико-психологічної реабілітації постраждалих осіб при санаторно-курортних закладах незалежно від форми власності утворюються центри медико-психологічної реабілітації.

Кодекс цивільного захисту України визначає наступні *вимоги до заходів психологічного захисту населення*:

1. Заходи психологічного захисту населення спрямовуються на зменшення та нейтралізацію негативних психічних станів і реакцій серед населення у разі загрози та виникнення надзвичайних ситуацій і включають:

1) планування діяльності, пов'язаної з психологічним захистом;

2) своєчасне застосування ліцензованих та дозволених до застосування в Україні інформаційних, психопрофілактичних і психокорекційних методів впливу на особистість;

3) виявлення за допомогою психологічних методів чинників, які сприяють виникненню соціально-психологічної напруженості;

4) використання сучасних психологічних технологій для нейтралізації негативного впливу чинників надзвичайних ситуацій на населення;

5) здійснення інших заходів психологічного захисту залежно від ситуації, що склалася [17].

Постраждали під час надзвичайних ситуацій а також особи, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт, гасіння пожеж, за висновками медико-соціальних експертних комісій, забезпечуються медичною та психологічною допомогою, а також реабілітацією у санаторно-курортних закладах. Особлива увага в цьому питанні приділяється неповнолітнім особам, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій.

Постанова КМУ від 23 листопада 2016 р. № 854 «Деякі питання санаторно-курортного лікування та відпочинку громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», редакція від 24.04.2021 р. пріоритетним напрямом оздоровлення громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, проголошує забезпечення їх санаторно-курортними путівками або путівками на відпочинок. Безоплатними санаторно-курортними путівками забезпечуються громадяни, віднесені до категорії 1 та діти з інвалідністю, інвалідність яких пов'язана з Чорнобильською катастрофою [34].

Відповідно до Наказу Міністерства соціальної політики України від 24.05.2017 № 868 «Про затвердження переліку базових послуг, які входять до вартості путівки» *учасники бойових дій, учасники війни*, які мають право на пільги відповідно до Законів України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» та «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи» в залежності від нозології свого захворювання користуються правом

на безоплатний пакет реабілітаційних послуг. Наприклад, при наявності у постраждалої особи захворювання нервової системи пакет послуг буде спрямований на покращення роботи саме цих органів і систем, при захворюваннях серцево-судинної системи цей пакет буде дещо інакшим і т.д. Проте слід зазначити, що до всіх варіантів безкоштовного пакету входять такі реабілітаційні процедури, як:

- теренкур;
- кліматотерапія;
- фітотерапія;
- інгаляції;
- спелеотерапія або галотерапія;
- лікувальна фізкультура.

Наведені вище реабілітаційні процедури гармонійно поєднуються саме з елементами ландшафтної терапії. Тому оволодіння методиками ландшафтної терапії є обов'язковою вимогою при підготовці реабілітологів, психологів та соціальних працівників. Усі ці фахівці можуть пропонувати метод ландшафтної терапії як під час перебування клієнта в санаторно-курортному закладі, так і при запровадженні окремих реабілітаційних програм і тренінгів з особами, постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій.

Зміни до постанови Кабміну № 1057 від 27 грудня 2017 р. «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки та оборони, відсічі та стримування збройної агресії РФ у Донецькій і Луганській областях, членів їхніх сімей і членів сімей загиблих таких осіб» надають право дружині учасника бойових дій разом із ним пройти програму психологічної реабілітації та отримати 18 днів безкоштовного спільного відпочинку [35].

В Україні працює чимало санаторно-курортних закладів, які спеціалізуються на безкоштовній реабілітації *ветеранів російсько-української війни та діючих військовослужбовців*. Наприклад, санаторій «Женева» в Трускавці на Львівщині відповідає найвищим вимогам європейських стандартів. Тут учасники бойових дій можуть не лише безкоштовно відпочити від

*армійських буднів і забути про жахіття війни, а й зміцнити імунітет та оздоровитись.* Тут побувало близько 2500 ветеранів і діючих військових з усієї України.

Окрема тема – психологічна реабілітація. Її актуальність незмінна ось уже кілька останніх років, адже проблеми посттравматичного стресового розладу в солдатів та офіцерів нікуди не зникають, як і війна на Сході України. Психологічна реабілітація у санаторії має повний спектр послуг: діагностику, психологічну просвіту, групові зустрічі й індивідуальні консультації з різних питань, поступове зниження рівня стресу, аби якнайшвидше та якісніше дати воїну відчуття безпеки.

*Психологічна реабілітація* – комплекс медикопсихологічних заходів, направлених на відновлення, корекцію та компенсацію порушень психічних функцій, станів, особистого й соціального статусу осіб, які постраждали у надзвичайних ситуаціях [9].

Методи психологічної реабілітації спрямовані на досягнення розв'язання постраждалим внутрішніх конфліктів, перебудови особистісних цінностей й вилучення відчуття життєвої кризи. Вони передбачають: корекцію помилкових уявлень про стресову реакцію, надання інформації про природу стресової реакції, розвиток здатності до самоаналізу характерних для нього стресів; повідомлення постраждалого про ту активну роль, котру він сам відіграє в подоланні надмірного стресу [9, с. 87].

Головними принципами надання допомоги людям, які перенесли психологічну травму внаслідок впливу екстремальних ситуацій, на думку І. Малкіної-Пих [24], є:

1. Невідкладність. Це означає, що допомога постраждалому повинна надаватись якомога скоріше: чим більше часу пройде з моменту отримання травми, тим більше вірогідність виникнення хронічних розладів, в тому числі й посттравматичного стресового розладу [24].

2. Наближеність до місця подій. Сенс принципу полягає у наданні допомоги у звичній для постраждалого обстановці й оточенні, а також мінімізації негативних наслідків госпіталізації [24].

3. Очікування на відновлення нормального стану. З людиною, яка перенесла стресову ситуацію, слід спілкуватися не як з пацієнтом, а як з нормальною людиною. Необхідно

підтримувати переконаність людини у швидкому поверненні нормального стану [24].

4. Єдність та звичайність психологічного впливу. Під цим слід розуміти, що його джерелом повинна бути одна особа, або процедура надання психологічної допомоги повинна бути уніфікованою [9, с. 83].

Ще однією групою людей, до котрих застосовується психотерапія в умовах надзвичайних ситуацій, є родичі людей, котрі перебувають під завалами, живими чи загиблими. До них можна застосовувати увесь комплекс психотерапевтичних заходів [9]:

- поведінкові прийоми та методи, направлені на зняття психоемоційного збудження, тривоги, панічних реакцій;
- техніки та методи, направлені на прийняття ситуації втрати, на усунення душевного болю та пошуку ресурсних психологічних можливостей [24].

Надзвичайні ситуації, великомасштабні аварії й катастрофи неминуче обумовлюють виникнення й широке поширення кризових станів особистості. Це дало підставу розвитку в межах психологічної науки нового наукового напрямку – кризової психології.

**Кризова психологія** – це галузь професійної діяльності, яка має на меті визначення психологічних особливостей життєвої ситуації та індивідуальності людини або групи, внесення позитивних змін у процес взаємодії між ними і профілактику небажаних форм поведінки для найбільш повного розкриття сутнісних сил людини [21, с. 6].

До базових категорій кризової психології можна віднести психологічну проблему та життєву ситуацію особистості.

**Психологічна проблема** – це стан невизначеності, що виникає в процесі життєдіяльності індивіда між його намірами, уявленнями, мотивами й цілями поведінки та об'єктивними й суб'єктивними умовами її реалізації як протиріччя між очікуваними та реальними результатами дій людини [21, с. 7].

Психологічні проблеми можна також класифікувати за основними сферами активності людини: сімейні, професійні,

особисті, пов'язані із здоров'ям, навчанням, правовими відносинами, дозвіллям, політичною діяльністю та ін.

Психологічна проблема – результат взаємодії індивіда з навколишнім світом. Тому при аналізі проблеми логічно розглядати не тільки індивідуальність особистості, але й життєві обставини, у яких їй доводиться діяти.

**Життєва ситуація особистості** – це сукупність обставин життєдіяльності, які прямо або опосередковано впливають на поведінку людини, її стан і внутрішній світ, обумовлюючи зміст та напрями індивідуального розвитку, тим самим сприяючи виникненню та розв'язанню проблем.

Кожна з життєвих ситуацій особистості більшою чи меншою мірою обумовлює перспективу подальшого життя, вносить певні корективи в плани та цілі, що ставить перед собою кожна людина (О. Ф. Бондаренко, М. С. Корольчук, В. М. Крайнюк, Є. М. Потапчук, С. І. Яковенко та ін.) [21, с. 8].

**Криза** – це ситуація емоційного й розумового стресу, що вимагає значної зміни уявлень про світ і про себе за короткий проміжок часу [21, с. 12].

**Критична ситуація** – це така ситуація, у якій суб'єкт не може реалізувати основні потреби свого життя і яка ставить його перед необхідністю зміни способу буття.

Найсильнішими критичними ситуаціями особистості є такі, що пов'язані з усвідомленням власної смертності (невиліковна хвороба, участь у бойових діях і т. под.) або зіткнення зі смертю іншого (переживання втрати близької людини). Однак в екзистенціально-гуманістичній парадигмі будь-які критичні ситуації можна розглядати як своєрідне зіткнення зі смертю [21, с. 13].

**Психічна травма** – переживання, потрясіння. Головним змістом психічної травми є втрата особистістю віри в те, що життя організоване відповідно до порядку й піддається контролю.

У даному підході активно розглядається вплив психічної травми на сприйняття часу, тобто як міняється бачення минулого, сьогодення й майбутнього (динамічний аспект у дослідженні життєвого шляху) під впливом травми. У якийсь момент життя людина переживає психічну травму, що викликає найсильніші почуття [21, с. 17].



З людьми, які пережили психічну травму, частіше відбуваються нещасні випадки, вони частіше, ніж інші роблять самогубства, захоплюються алкоголем і наркотиками.

Найближчі наслідки травматичних подій проявляються у вигляді психічних станів (страх, жах, безпорадність й ін.), які відбивають об'єктивний зміст подій і відповідають характеру даної людини. Виниклі стани впливають на взаємодію людини з новими обставинами, визначаючи, чи займе вона активну позицію й буде боротися з ними або ж, навпаки, розгубиться, не знайде виходу з важкої ситуації. Тривалість станів коливається від декількох хвилин до декількох років, і це залежить від сили зовнішнього впливу й характеру людини.

Основною одиницею внутрішнього життя особистості є переживання.

*Переживання у формі психічних станів, у яких злиті емоційні, вольові й інтелектуальні компоненти, відображають події й обставини життя в їхньому відношенні до самого суб'єкта.*

Л.С. Виготський писав про те, що в системі знань узагальнюється, усвідомлюється світ внутрішніх переживань – людина виходить із «рабства афектів» і знаходить внутрішню волю.

С.Л. Рубінштейну належить твердження про те, що емоції народжуються в дії, і тому в кожній дії укладені хоча б зачатки емоційності [21, с. 19].

Категорію «переживання» розглядала Л.І. Божович, виділивши в ній компоненти відношення, орієнтування й спонукування. Переживання дійсно відбиває стан задоволеності суб'єкта в його відносинах з навколишнім середовищем. І, таким чином, виконує в житті суб'єкта вкрай важливу функцію: «інформує» його про те, у якому відношенні із середовищем він перебуває, і, відповідно до цього, орієнтує його поведінку, спонукаючи суб'єкта діяти у напрямку, що зменшує або повністю ліквідує виниклий розлад. Підхід Л. І. Божович може служити як пояснювальний механізм розуміння психологічної природи переживання [21, с. 19-20].

Володіння цим науковим апаратом дозволяє соціальному працівникові практично здійснювати реабілітаційні заходи,

зокрема, ландшафтну терапію, з клієнтами, постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій та коректно і в потрібному руслі спрямовувати їхні переживання.

Всі фахівці соціальної сфери повинні мати базові знання про «алгоритми дій в разі надзвичайних ситуацій, ризик виникнення яких імовірний на території їхньої діяльності; знати послідовність дій у разі надзвичайної ситуації; список відомств, до яких слід звертатися за підтримкою, і список контактів цих відомств; володіти технікою надання першої медичної допомоги людям; знати специфіку психологічних реакцій різних груп в разі надзвичайної ситуації» [Артюхова].

Фахівці соціальної сфери:

- відповідають за надання оперативної інформації постраждалим та їхнім родичам про процес ліквідації надзвичайної ситуації;

- проводять оцінку стану постраждалих і приймають рішення про комплекс заходів соціального захисту в НС;

- організовують комунікації постраждалих та їхніх родичів між собою і оперативними службами (МНС, швидка допомога, поліція, пожежна служба);

- вибудовують і управляють системою життєзабезпечення постраждалого населення.

Передбачуваними напрямками діяльності соціальної служби при виникненні надзвичайної ситуації в регіоні є:

- «встановлення зв'язку з клієнтами, що були на обліку до надзвичайної ситуації, та інформування, що їм необхідно зробити в ситуації, що склалася.

- психологічна підтримка клієнта і його сім'ї.

- інформаційна підтримка клієнта і його сім'ї.

- обмін інформацією між соціальними службами і службою МНС, координація спільних дій.

- при необхідності – супровід співробітників МНС для встановлення контакту з клієнтом.

- супровід груп евакуйованих, їхня психологічна та інформаційна підтримка.

- участь у догляді за евакуйованими та соціальна робота з ними.

- по можливості – вирішення проблем евакуйованих.
- участь в роботі кризових центрів в постраждалому регіоні.
- допомога в поширенні інформації про роботу кризового центру.
- участь в психологічній діагностиці та корекції постраждалих та їхніх родин.
- після ліквідації надзвичайної ситуації – виявлення нових клієнтів, які потребують соціальної допомоги, взяття їх на облік та надання соціальної допомоги їм та їхнім сім'ям.
- інші аспекти діяльності» [22].

Лікувально-профілактичні програми для постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій будуються з урахуванням клініко-динамічних і прогностичних особливостей психологічного розладу, різновидів коморбідних станів, індивідуального психологічного профілю [23].

*Наприклад, до загальних принципів реабілітації клієнтів з ПТСР відносяться наступні [25]:*

- Принцип нормалізації – терапевт пояснює пацієнту, що його симптоми є реакцією нормальної психіки на ненормальну ситуацію.
- Принцип партнерства і підвищення гідності особистості [25].
- Принцип індивідуальності – прийняття до уваги того факту, що посттравматичний процес дуже складний, і не існує відповідних для всіх пацієнтів загальних принципів терапії [38].
- У ранньому посттравматичному періоді (гостра фаза) можна почати інформувати потерпілого про можливі реакції, що виникають під час і після травмуючих подій. Слід пояснити, що це нормальні психічні реакції, з акцентом на те, що вони зникнуть у міру одужання. Небажано просити потерпілого знову і знову розповідати про те, що трапилося; обговорення травми можливі, лише якщо людина сама бажає цього [25].
- Необхідна також *емоційна підтримка* і поради для того, щоб потерпілий міг перейти до конкретних дій для вирішення проблеми [15]. Навіть якщо ці дії відбуваються на автоматичному рівні, це дає потерпілому відчуття контролю і зменшує

інтенсивність емоційних реакцій. У бесіді з постраждалим можна допомогти йому активізувати приємні або, принаймні, нейтральні спогади про його минуле, особливо про його особисті досягнення, щоб дати йому сили і впевненість для боротьби з проблемою [15].

– В пролонгованому періоді проводиться робота зі спогадами про травму і з відстроченими посттравматичними реакціями [16].

Терапія ПТСР є тривалим процесом, вона може тривати кілька років.

Сучасний реабілітаційний процес осіб, що постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій неможливо уявити без впливу *екотерапії (природотерапії)* [39].

Т. Розак, який вважається винахідником цього поняття, в своїй книзі 1992 року «Голос землі» (The Voice of the Earth) наводить свій синонімічний ряд терміну *екотерапія*: *психоекологія (екопсихологія); психологія навколишнього середовища; світова терапія; зелена терапія; екологія людини землецентрована терапія; відродження землі; терапія, ґрунтована на природі; лісова терапія*. За іншими джерелами термін *екотерапія* (або, як її ще називають, *зелена терапія, природна терапія, терапія Землі*) був уведений в ужиток Г. Клайнбеллом у 1996 році [39].

Відпочинок серед природи, щоденні прогулянки і вбирання в себе її звуків, кольорів, пахоців, на думку багатьох дослідників і практикуючих лікарів, має відновлювальний ефект, знижує дратівливість, зміцнює імунну систему, покращує настрій, допомагає в подоланні депресивних і стресових станів. Лікувальний ефект збільшується у разі, якщо людина виконує на природі фізичні вправи. З огляду на статистику, яка підтверджує значний відсоток депресивних станів у постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій, навчання майбутніх соціальних працівників методу природотерапії зараз на часі.

З досвіду реабілітації населення, постраждалого внаслідок Чорнобильської аварії, державою були сплановані та постійно тримались на контролі наступні заходи:

– забезпечення охорони здоров'я та медико-соціальної реабілітації населення шляхом систематичного спостереження за

станом здоров'я осіб, які зазнали впливу аварії, визначення груп підвищеного ризику, виявлення хворих, розроблення методів їх адекватного лікування та оздоровлення [40];

– забезпечення психологічного захисту населення шляхом створення умов для запобігання виникненню факторів, пов'язаних з наслідками аварії, що сприяють породженню психологічної напруженості, надання допомоги в її подоланні, формуванням здорового способу життя [40];

– забезпечення соціально-економічного захисту населення шляхом відшкодування збитків, завданих надзвичайною ситуацією, у тому числі зумовлених руйнуванням виробничої та соціальної інфраструктури, перепрофілювання виробництв, заохочення виробничої діяльності, реабілітації сільськогосподарських та лісових угідь на забруднених територіях та ін. [40].

Слід зазначити, що накопичений досвід подолання наслідків Чорнобильської аварії та проведений соціальний моніторинг засвідчив *неможливість зведення політики подолання наслідків надзвичайної ситуації лише до соціальної допомоги*, оскільки це в багатьох випадках *призводить до* вилучення зі сфери активного життя великої кількості громадян, віднесених до постраждалих, а в деяких випадках і до *їхньої соціальної деградації* [40].

Проте вище описаний досвід реабілітації постраждалого населення в цілому. Коли йдеться про реабілітацію конкретної постраждалої особи, мають бути диференційовано використані наявні дієві технології впливу на особистість постраждалого, які накопичені в кожній галузі на даний момент. Зокрема, однією з таких ефективних технологій реабілітації постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій є ландшафтна терапія.

У науковому дискурсі виокремлюють особливості психологічного відновлення самих фахівців, які надають послуги психологічної реабілітації постраждалим особам. Так, наприклад, розроблені напрямки психологічної реабілітації психологів та рятувальників МНС України:

- психологічна діагностика;
- психологічне освічення;

- психологічна профілактика;
- психологічна корекція;
- психологічне консультування;
- соціально-психологічний тренінг;
- сімейна психотерапія.

Основним принципами психологічної реабілітації є:

1. невідкладність, можливо ранній початок реабілітаційних заходів, відразу після виявлення психічних розладів;

2. єдність психосоціальних і фізіологічних методів впливу;

3. ступінчастість, послідовність і наступність реабілітаційних заходів;

4. різнобічність (різноплановість) зусиль. Реабілітаційні заходи здійснюються у декількох сферах

5. партнерство, співробітництво. Побудова реабілітаційного впливу повинне бути таким, щоб утягнути рятувальника або психолога МНС України, що одержав психічну травму, у відбудовний процес. У всіх реабілітаційних методах впливу стрижневим змістом є звернення до особистості психолога або рятувальника МНС України.

6. індивідуалізація реабілітаційних мір. Відновлення психічної рівноваги окремого психолога або рятувальника МНС України з урахуванням особливостей особистості, механізмів і динаміки станів.

7. відповідність реабілітаційних заходів адаптаційним можливостям людини;

8. систематичний контроль, розробка та своєчасна корекція реабілітаційних програм.

Якщо зробити розрахунок вартості Системи комплексної реабілітації на 1 учасника надзвичайної ситуації, то держава одержить тільки прибуток за рахунок:

- економії на втратах від асоціальних дій не реабілітованого учасника надзвичайної ситуації;
- економії на утриманні фахівців з ознаками ПТСР;
- виключення втрат від непродуктивної праці не реабілітованого учасника надзвичайних ситуацій;

- дохід від продуктивної праці реабілітованого учасника надзвичайної ситуації.

**Отже,** проблема медико-психологічної та соціальної реабілітації постраждалих в надзвичайних ситуаціях потребує удосконалення державної системи комплексної реабілітації, вимагає осолодіння сучасними світовими методиками, потребує волі й професійної майстерності багатьох фахівців та їх міжвідомчої кооперації.

## **2.5. Компетентності соціального працівника, необхідні для роботи з постраждалими в надзвичайних ситуаціях**

З метою вдосконалення якості роботи соціальних служб із населенням, постраждалим від надзвичайних ситуацій, закладам вищої освіти, які здійснюють підготовку соціальних працівників, потрібно усвідомлено і цілеспрямовано включати до освітньо-професійних програм їх підготовки освітні компоненти (навчальні дисципліни), компетентності та програмні результати навчання, пов'язані з отриманням майбутніми випускниками кваліфікації для роботи з наслідками техногенних аварій. Питання коригування змісту навчання, що відповідав би потребам населення, яке постраждало внаслідок надзвичайних ситуацій, так само гостро стоїть перед закладами, що впроваджують програми професійної перепідготовки соціальних працівників. Як відомо, допоки психологічні, медичні, комунікативні та інші професійні аспекти підготовки цих фахівців до роботи в зоні надзвичайних ситуацій, а також з їх наслідками, залишаються мало розробленими.

Досвід організації служби «911», існування потреби професіоналів у волонтерській допомозі під час різних техногенних катастроф та спроможність волонтерів надати цю допомогу є аргументами на користь нової концепції підготовки соціальних працівників, яка б враховувала необхідність їх участі в так званій «гострій» період розгортання катастрофи. Отже, проаналізуємо ті очікувані результати навчання соціальних працівників, які б заклади вищої освіти могли включати в освітні програми вже сьогодні відповідно до нової концепції.

### **2.5.1. Компетентності з домедичної допомоги в надзвичайних ситуаціях**

Нова концепція підготовки соціальних працівників повинна передбачати командну роботу соціального працівника в мультидисциплінарній команді, до якої, крім нього, входять медики, психологи, працівники МВС та ін., тобто усі ті служби, які призначені для швидкого реагування на події, що відбуваються при техногенних катастрофах різного походження. Це так би мовити, компетентності для роботи в команді, що працює в гострий період розгортання надзвичайної ситуації, оскільки вона є надзвичайною не тільки за своїми наслідками для держави і для людей, які безпосередньо в ній опинились, але й в сприйнятті цих подій населенням, яке гостро потребує в цей момент не тільки медичних чи психологічних втручань спеціально підготовлених для таких випадків фахівців відповідних галузей, але й втручань соціальних працівників. Така допомога повинна надаватись соціальними працівниками як в післякризовий період, так і під час гострої фази надзвичайної ситуації.

### **2. 5.2. Компетентності з фізичної та медичної реабілітації осіб, які постраждали внаслідок надзвичайних ситуацій**

Технології реабілітації вже давно й успішно використовуються соціальними працівниками в їхній практичній діяльності. Наразі йдеться про необхідність залучення в арсенал втручань саме компетентностей з *медичної та фізичної реабілітації*. Зараз ця дисципліна, якщо і вводитьься в якості нового освітнього компонента підготовки соціальних працівників, то здебільшого акцентує увагу на застосуванні отриманих навичок при роботі з дітьми та дорослими клієнтами з інвалідністю чи вадами розвитку (наприклад, супровід клієнта з аутизмом чи ДЦП). Навчання навичкам медичної та фізичної реабілітації саме *в контексті діяльності соціального працівника* та його включеності в проблеми саме *медичного характеру* цієї категорії клієнтів сьогодні вже не викликає заперечень. Все частіше в запропонованих для підготовки соціальних працівників начальних програмах з медичної та фізичної реабілітації та в тематиці магістерських робіт зустрічаються такі теми і модулі, як робота з клієнтами, що страждають на *посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)*. Під цим контингентом частіше за все маються на увазі військові, які пережили бойові події чи втрати. Проте варто



розширити коло клієнтів, що потребують соціально-медичної реабілітації внаслідок ПТСР. Беззаперечно до таких осіб, щодо яких можна і потрібно застосовувати методики реабілітації при ПТСР, належать ті, які пережили аварію на Чорнобильській АЕС (наприклад, ліквідатори чи постраждале населення), або особи, які пережили будь-яку іншу техногенну катастрофу. І алгоритм втручань саме для таких пацієнтів буде відрізнитись деякими особливостями, на які варто акцентувати увагу майбутніх соціальних працівників.

Немаловажливим при висвітленні окремих тем і модулів дисципліни «Фізична та медична реабілітація» надати майбутнім фахівцям інструменти для втручань, якими володіє альтернативна (нетрадиційна медицина), в тому числі й з метою корекції дистресу, характерного для осіб, постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій.

Роль соціального працівника в усьому світі – тонка, інтелектуальна місія посередника між людиною та її соціальною проблемою. І підготовка до такої ролі в закладах вищої освіти здійснюється в різних напрямках: психологічному, реабілітаційному, комунікативному, педагогічному, організаційному та ін. Усе це дозволяє майбутньому фахівцю бути компетентним під час вирішення проблем у форматі проблеми «людина в надзвичайній ситуації».

Оскільки основною проблемою при виникненні надзвичайної ситуації є подолання стресу, саме ця обставина суттєво впливає на вимоги, котрі висуваються до фахівців служб екстреної допомоги. Виявляються необхідними наявність у спеціаліста такого вміння, як своєчасне визначення симптомів психологічних проблем у себе й у своїх товаришів, наявність розвинених емпатичних здібностей, готовність зрозуміти душевний стан колег, вміння організувати й провести, якщо треба заняття з психологічного розвантаження [9, с. 81]. Під час підготовки фахівців служб екстреної допомоги населенню необхідно надавати знання з надання первинної психологічної допомоги та психологічні правила спілкування і взаємодії з людьми, котрі опинилися в екстремальній ситуації й відчують психологічні труднощі.

На наш погляд, закладам вищої освіти, які готують майбутніх соціальних працівників для роботи з різними соціальними

категоріями, в тому числі, й з населенням, постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій, варто концептуально переорієнтувати освітні програми підготовки цих фахівців з ключового для соціальної роботи поняття «допомога» на більш ємку й прийнятну в сучасному світі категорію «якість життя населення».

### **Висновки до другого розділу**

Отже, аналіз впливу надзвичайних ситуацій на особистість дає підстави констатувати наявність різноманітних підходів і багатогранність проблем. Вони стосуються як постраждалого населення в цілому, так і особистостей. Комплекс реабілітаційних заходів, спрямованих на постраждалих (жертв) і ліквідаторів (учасників) надзвичайних ситуацій відрізнятиметься певними особливостями. Визначення комплексу проблем – правових, організаційних, економічних, інженерно-технічних, еколого-захисних, санітарно-гігієнічних, санітарно-епідеміологічних, медичних, психологічних, соціальних – дозволяє вибудувати адекватні трансдисциплінарні стратегії і втручання фахівців різних галузей – медиків, соціальних працівників, психологів, фахівців з радіологічної безпеки, екологів та інших.

В роботі акцентується залежність психічного стану осіб, що потерпіли внаслідок надзвичайних ситуацій, від об'єктивних характеристик екстремальних подій, їх власних індивідуально-психологічних відмінностей, а також організаційних форм та методів надання їм психолого-соціальної та медичної допомоги; висвітлюються можливі алгоритми вивчення та подолання негативних психологічних наслідків катастроф.

Акцентується увага на необхідності участі майбутніх соціальних працівників у корекції ціннісної сфери постраждалих від надзвичайних ситуацій, зокрема: деформації системи відносин у вигляді формування залежності від найближчого оточення, невпевненості в майбутньому, звуженні життєвого простору, збіднення мотивації, фіксації хворих на своє захворювання при одночасному дефіциті особистісних ресурсів подолання хвороби.

Аварії, катастрофи, втрата близьких торкаються усіх рівнів людського функціонування (фізіологічного, особистісного, рівня міжособистісної й соціальної взаємодії). Вони призводять до

стійких особистісних змін безпосередньо тих осіб, що пережили стрес, членів їх сімей і у свідків подій.

Основна негативна зміна в світовідчутті постраждалих осіб – втрата загального контролю над значущими подіями і всією життєвою ситуацією в цілому. З цим може бути пов'язаний низький рівень активності, ініціативності, контактності, готовності до змін, зануренні в стан соціальної інфантильності. Ці особливості є полем діяльності соціальних служб при організації роботи з даним контингентом. У зв'язку з вищезазначеним, закладам вищої освіти, які готують майбутніх соціальних працівників для роботи з різними соціальними категоріями, в тому числі, й з постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій, варто концептуально переорієнтувати освітні програми підготовки цих фахівців з ключового для соціальної роботи поняття «допомога» на більш ємку й прийнятну в сучасному світі категорію «якість життя населення».

У розділі здійснено аналіз законодавчої бази щодо можливостей проведення медичної і психологічної реабілітації постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій осіб. Аналіз дає підстави стверджувати, що запропонований законодавством пакет безкоштовних реабілітаційних заходів, до якого входять теренкур, кліматотерапія, інгаляції, спелеотерапія, лікувальна фізкультура, фітотерапія, гармонійно поєднується саме з елементами ландшафтної терапії. Тому оволодіння методиками ландшафтної терапії є обов'язковою вимогою при підготовці реабілітологів, психологів та соціальних працівників. Усі ці фахівці можуть пропонувати метод ландшафтної терапії як під час перебування клінта в санаторно-курортному закладі, так і при запровадженні окремих реабілітаційних програм і тренінгів з особами, постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій.

### **Список використаних джерел до другого розділу**

1. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф / С. І. Табачников, Є. Г. Гриневич, В. В. Домбровська, М. В. Маркова, А. В. Шубін, О. М. Лещенко, І. М. Башинська. *Архів психіатрії*. 2002. № 1. С. 24–27.

2. Актуальные и прогнозируемые нарушения психического здоровья после ядерной катастрофы в Чернобыле. Материалы международной конференции. 24-28 мая 1995. Киев, Украина.

3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учеб. пособие. М.: Медицина, 2000. 496 с.

4. Альбоцій О.В. До питання забезпечення ефективності управління в надзвичайних ситуаціях. *Матеріали 10-ї Всеукраїнської науково-практичної конференції. Організація управління в надзвичайних ситуаціях*. Київ, 2008. С. 36-43.

5. Артюхова Т.Ю. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности. Новосибирск: Новосиб. Гос. Пед. Ун-т, 2000. С. 20-22.

6. Басов А.В. Поняття «Надзвичайна ситуація» нормативно-правові та наукові підходи визначення. *Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія Юриспруденція*. 2014. С. 116-121.

7. Большая психологическая энциклопедия. М.: Эксмо, 2007. 544 с.

8. Влияние Чернобыльской катастрофы на социально-демографическое развитие Украины. Киев, 1993.

9. Волков С.В. Работа психолога з постраждалими в осередку надзвичайної ситуації. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. Вип. 3. Ч. 1. С. 80–88. URL: [https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol3\\_1/12.pdf](https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol3_1/12.pdf)

10. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф, Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств *Международ. мед. журн.* 2000. Т. 6, № 3. С. 31-34.

11. Денисенко М.М., Лакинський Р.В. Клінічна варіативність постстресових розладів у комбатантів. *Укр. вісн. психоневрології*. 2017. Вип. 1. С. 120–121.

12. Дідик О. До реабілітації потерпілих – комплексний підхід. *Охорона праці*. 2005. № 9. С. 41-44.

13. Іванов Є. Радіаційна екологія: Навчально-методичний посібник. Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2011. 217 с.

14. Кизима І.С. Чинники зовнішньої трудової міграції населення України. *Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету*. Економічні науки: зб. наук праць. 2009. № 15.

15. Клініко-психологічні особливості осіб із різними формами постстресових психічних порушень / Л. Ф. Шестопалова та ін. *Мед. психологія*. 2017. № 2. С. 7–11.

16. Когаловская А.С. Канистерапия как подход в психотерапии и реабилитации. *Отечественный журнал социальной работы*. 2014. № 4. С. 114–121.

17. Кодекс цивільного захисту України, редакція від 10.06.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5403-17#Text>

18. Коментарі для Радіо Свобода експерта-правника громадської організації «Право на захист» Дарини Толкач. URL: [http://www.dnu.dp.ua/docs/ndc/konkysr\\_stud/ES/3\\_4.pdf](http://www.dnu.dp.ua/docs/ndc/konkysr_stud/ES/3_4.pdf).

19. Комірна В. В., Чуприна О. О. Концептуальні основи міграційної політики *Економічний простір*. 2013. № 74. С. 102 – 111.

20. Коробка Л.М. Соціально-психологічна адаптація спільноти до умов і наслідків воєнного конфлікту: теоретичні засади дослідження. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки. Збірник наукових праць № 4 (29)*, 2015 Київ, 2015. С.96-103.

21. Кризова психологія: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Х.: НУЦЗУ, 2010. 401 с. URL: <http://extrpsy.nuczu.edu.ua/sites/all/books/kryzova.pdf>

22. Корольчук М.С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах. К.: Ніка-Центр, 2006. 580 с.

23. Ладик-Бризгалова А. К. Посттравматичні психічні розлади в учасників антитерористичної операції: діагностика, клініка, терапія. Київ, 2017. 19 с.

24. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. М. : Эксмо, 2006. 412 с.

25. Масловська Н. Г. Деякі аспекти організації спеціалізованої психіатричної допомоги учасникам бойових дій. *Архів психіатрії*. 2014. № 4. С. 123–124.

26. Матяш М. М., Худенко Л. І. Психотерапевтичні стратегії лікування невротичних розладів в учасників сучасних бойових дій. *Міжнар. неврол. журнал*. 2016. № 6. С. 58–64.

27. Міграційні процеси у сучасному світі: світовий, регіональний та національний виміри. Понятійний апарат, концептуальні підходи, теорія і практика. Енциклопедія / За ред. Юрія Римаренка. К.: «Довіра», 1998. 123 с.

28. Москаленко В. Ф., Горбань Є. М., Табачников С. І. Актуальні проблеми соціальної психіатрії в Україні. *Лікарська справа*. 2001. № 2. С. 3–9.

29. Надзвичайна ситуація. URL: [https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D0%B4%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%87%D0%B0%D0%B9%D0%BD%D0%B0\\_%D1%81%D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F](https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D0%B4%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%87%D0%B0%D0%B9%D0%BD%D0%B0_%D1%81%D0%B8%D1%82%D1%83%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%8F)

30. Наказ Міністерство соціальної політики України від 24.05.2017 № 868 «Про затвердження переліку базових послуг, які входять до вартості путівки». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0743-17#n15>

31. Населення України. Демографічний вимір якості життя: кол. моногр. / за ред. О.М. Гладуна; НАН України, Ін-т демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи. Київ, 2019. 396 с.

32. Ноздріна Л.В. Якість життя населення в перехідній економіці України. Автореф. дис... к-та економ. наук. Львів, 2001. 24 с.

33. Норми радіаційної безпеки України (НРБУ-97). К., 1997. 121 с.

34. Постанова КМУ від 23 листопада 2016 р. № 854 «Деякі питання санаторно-курортного лікування та відпочинку громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи», редакція від 24.04.2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/854-2016-%D0%BF#Text>

35. Постанова КМУ № 1057 від 27 грудня 2017 р. «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації постраждалих учасників Революції Гідності, учасників антитерористичної операції та осіб, які здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки та оборони, відсічі та

стримування збройної агресії РФ у Донецькій і Луганській областях, членів їхніх сімей і членів сімей загиблих таких осіб».

36. Про порядок класифікації надзвичайних ситуацій. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лип. 1998 р. № 1099. *Офіційний вісн. України*. 1998. № 28. С. 106. (46)

37. РД 03-496-02 Методические рекомендации по оценке ущерба от аварий на опасных производственных объектах.

38. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. *Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги*. Київ, 2016. 52 с. (47)

39. Реймерс Н.В. Природопользование: Словарь-справочник. М.: Мысль, 1990. 637 с.

40. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 25 липня 2002 р. № 408-р. «Про затвердження Концепції проекту Закону України «Про внесення змін до Законів України «Про правовий режим території, що зазнала радіоактивного забруднення внаслідок Чорнобильської катастрофи» та «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи»». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/408-2002-%D1%80#Text>

41. Румянцева Г.М. Радиационные инциденты и психическое здоровье населения / Г.М. Румянцева, О.В. Чинкина, Л.Н. Бежина. М.: ФГУ «ГНЦССП», 2009. 228 с.

42. Тимофеева С.С. Методы и технологии оценки аварийных рисков : практикум. Иркутск : Изд-во ИрГТУ, 2015. 155 с.

43. Чернобыльская катастрофа. Київ: Наук. думка, 1995.

44. Юрчук О.В., Колядінцев Ю.В. Психотерапевтична допомога постраждалим від катастроф. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 14. Частина III. С. 314-321. URL: [http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbu/cgiirbis\\_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE\\_FILE\\_DOWNLOAD=1&Image\\_file\\_name=PDF/Рекр\\_2013\\_14\(3\)\\_47.pdf](http://www.irbis-nbu.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbu/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Рекр_2013_14(3)_47.pdf)

45. Яблоков А. В. Миф об экологической чистоте атомной энергетики : Атомная мифология. М., 2001. 136 с.

46. Яковенко С. І. Теорія і практика психологічної допомоги потерпілим від катастроф (на прикладі постчорнобильської ситуації). Авт. дис. на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук. Київ. 1998. 22 с.

47. Konstantinov V. The Homeland Separation as an Example of a Social and Psychological Migration-Related Problem. *Indian Journal of Science & Technology*. Volume 10, Issue 27, July 2017. (WoS) doi: 10.17485 / ijst / 2017 / v10i27 / 108774.



## РОЗДІЛ 3. ТЕРАПЕВТИЧНИЙ САД ЯК ПІДВИД ТЕРАПЕВТИЧНОГО ЛАНДШАФТУ

### 3.1. Види терапевтичних садів

**Терапевтичний сад** (*therapeutic garden*) як підвид терапевтичного ландшафту можна розглядати як зовнішній простір, створений для задоволення фізичних, психологічних, соціальних і духовних потреб людей, які перебувають у закладі охорони здоров'я, і який допомагає цим людям підтримувати контакт з реальністю та забезпечує психофізичне благополуччя усім користувачам, тобто пацієнтам, відвідувачам та медичному персоналу. Дослідниця Клер Купер Маркус взагалі представляє терапевтичний сад «не як місце, а як концепцію», тобто результат спілкування ландшафтного дизайнера і лікаря.

З середини 1980-х років комплексний підхід до медицини допоміг пробудити віру в те, що сади можуть відігравати значну роль у процесі одужання. Так, дослідження **Роджера Ульріха** (1984) показало, що *пацієнти, які мали доступ до вікна з гарним видом, відновлювалися швидше і потребували менше знеболюючих препаратів.*

Згодом результати своїх досліджень опублікували **Клер Купер Маркус** (1995) та **Адріан Бертоном** (2014), підтвердивши переваги *терапевтичних садів біля лікарень, хоспісів, будинків престарілих чи будь-яких інших установ, де пацієнти лікуються від фізичної або психічної патології.*

**Науково доведено, що терапевтичний сад може:**

- зменшити стрес, допомагаючи організму знайти власний баланс;
- зменшити біль;
- зменшити депресію, особливо якщо вона спонукає до руху / дій;
- покращити якість життя у хронічно або невиліковно хворих;
- допомогти пацієнту викликати власні лікувальні ресурси;
- допомогти хворому прийняти свій невиліковний стан;

- створити відповідне середовище, де пацієнт може займатися фізкультурою, садівництвом тощо;

- бути простором, де персонал може відпочити під час робочих перерв і зняти стрес, що в свою чергу допомагає покращити якість обслуговування;

- призвести до зниження вартості окремих категорій госпіталізованих пацієнтів, скорочення термінів госпіталізації та використання знеболюючих засобів;

- бути місцем, де пацієнти можуть зустрітися зі своїми рідними в менш інституційному середовищі, ніж лікарня.

Існують різні види діяльності, які можуть здійснюватись у терапевтичних садах.

Існують **сади пасивного використання**, до яких відносимо:

- відновлювальні,

- медитаційні або ритуальні сади.

Вони є лише **споглядальними просторами**, головною функцією яких є зменшення стресу та надання емоційної підтримки, підвищення відчуття благополуччя.

Медитаційні сади займають невеликий простір, за своєю природою дуже тихі, споглядальні і спеціально *присвячені медитації*, але, як випливає з назви, вони не виконують будь-яку іншу функцію. Щоб уникнути ефекту акваріума (відчуття замкнутості), бажано, щоб такий сад не був оточений кімнатами.

Споглядальні сади часто створюють, коли простір і бюджет організації обмежені. Зазвичай споглядальний сад буває невеликого розміру та не несе якоїсь користі. Оскільки торкатись ні до чого не можна, садом можна насолоджуватись лише через зір, сидячи у внутрішньому просторі.

До садів **активного використання** можемо віднести:

- *реабілітаційні та*

- *лікувальні сади.*

Вони дають пацієнту змогу випробувати фізичну, розумову, чуттєву чи навчальну діяльність; надають можливість ділитися, вчитися, навчати та піклуватися, долати фізичні труднощі.

Крім того, існують терапевтичні сади призначені для лікування певних медичних патологій, наприклад, **сади для пацієнтів з хворобою Альцгеймера або іншими психічними захворюваннями.**

У випадку з хворими на хворобу Альцгеймера можна згадати сад денного центру Кьявенна (Італія), де, враховуючи, що основною проблемою цієї патології є компроміс сприйняття простору-часу, дуже важливо проводити *закриті маршрути*. Тобто там, де вхід і вихід єдині, без глухих доріжок, створюється *закрите та безпечне середовище* з рослинами, які нагадують пацієнтам про молодість. В такому саду є маркування рослин і садових інструментів та розміщені елементи, які можуть допомогти пацієнтам відновити пам'ять.

До ландшафтів активного використання належать також сади для центрів детоксикації та реабілітації для нарко- та алко-залежних осіб.



Serenity Garden, Scripps Memorial Hospital,  
San Diego, California USA

Рис. 3.1. Терапевтичний сад для пацієнтів з хворобою Альцгеймера

### **Сади для хворих на ВІЛ / СНІД**

Меморіальний сад Джоеля Шапнера в лікарні кардинала Кука (Нью-Йорк) є хорошим прикладом тераси, перетвореної на зелено-червоний оазис, де пацієнти можуть відвідувати лекції з садівництва. Велика увага приділяється тому, щоб *більшість території ландшафту перебувало в затінку*, оскільки ліки, які приймають більшість пацієнтів, не дозволяють їм перебувати на сонці. Ця тераса з роками стала улюбленим місцем для персоналу лікарні та широко використовувалась для заходів зі збору коштів. Окрему її частину було оснащено *тренажерним залом під відкритим небом і сценою для караоке*.



Joel Schapner Memorial Garden, Cardinal Cook Hospital, New York City

Рис.3.2. Терапевтичний сад для осіб з інвалідністю

### **Сади для онкохворих**

Прикладом може служити сад Медичного центру Маунт-Сіон в Сан-Франциско, де сумний бетонний внутрішній дворик був переформатований в зелений оазис завдяки пацієнтам центру та добровольцям в особі художника, ландшафтного дизайнера. У саду є доріжка з лавками, де можна посидіти наодинці або з іншими, на сонці чи в тіні, насолоджуючись рослинністю та розслаблюючим шумом води. Коли роботи над садом завершилися, пацієнти і члени їх сімей взяли участь у семінарі, де кожен із них міг би розповісти свою особисту історію боротьби з онкологією. *Щемливі історії роздрукували на горщиках для рослин, які тепер прикрашають коридор, що веде до саду.*

Ще один такий сад розташований в Регіональному медичному центрі округу Контра-Коста, Каліфорнія. *Дизайн підкреслює природне середовище завдяки гаю секвої, ландшафтним дворам і приватному саду в онкологічному центрі, де пацієнти можуть проходити хіміотерапію на вулиці.*

Існують також **сади для людей з різними видами інвалідності та громадські сади для людей похилого віку.**

### **Сади біля педіатричних відділень**

В дитячій лікарні Мейєра у Флоренції, наприклад, застосовують садотерапію. Це дуже допомагає дітям *підвищити свою самооцінку та дає можливість задовольнити пригнічений під*

*час хвороби творчий інстинкт.* Належність до групи змушує їх набути впевненості в собі.

Ще садівництво передбачає контроль і автономію, які є важливими для **хронічно хворих**. Крім того, будь-які засоби, які відволікають їх від явних мук, які переживають батьки, – це вже допомога в боротьбі з хворобою.

Окрім терапевтичних садів існують також **громадські сади** (*community gardens*) біля притулків для бездомних чи інших установ, які займаються порятунком людей у кризових станах. Як показує практика, люди у скрутному життєвому становищі знаходять багато переваг у роботі в громадських садах, відмічаючи:

- підвищену самооцінку від виконання чогось творчого та конструктивного;
- економічну самодопомогу (продаж квітів, овочів чи інших продуктів);
- зменшення стресу за допомогою фізичної роботи;
- естетичний досвід від спостерігання за прекрасним садом;
- командну роботу, встановлення дружби та довіри один до одного;
- відчуття повернення в «нормальне» здорове місце.

Яскравим прикладом реалізації хворими різного роду **ландшафтних проектів з психотерапевтичною метою** може служити **модель динамічної психіатрії**, створена Гюнтером Аммоном в 1960-1980-і роки і втілена в діяльності мюнхенської клініки Ментершвайге [2].

В останні роки психологи звертають все більше уваги на природні методи боротьби зі стресом. Тому в ландшафтній терапії виділяють такі методи:

**1. Мильє-терапія** (від франко-англ. *Milieu therapy*) – вплив середовища, яке має лікувальне значення. Це взаємодія хворого з оточуючим середовищем, використовуючи терапевтичний потенціал. Під середовищем мають на увазі все, що оточує пацієнта в стаціонарі (речі, люди, процеси, події) і є невід’ємним фактором лікарняного змісту, лікування в реабілітації [3].

**2. Ландшафтна арт-терапія** – це арт-терапія, яка поєднує природні об’єкти з образотворчою діяльністю, використовуючи різні художні матеріали і засоби. Акцент робиться на інший набір

засобів образотворчої діяльності, розташованих за межами майстерні, що дає змогу перебувати здебільшого просто неба. Наприклад, це може бути – музична експресія, рух чи танець, рольова гра, що може виступати в руслі мультимодальної терапії мистецтва [2].

Ландшафтна терапія тісно пов'язана з методами холістичної психотерапії, трансперсональної (глибинно-психологічної) психотерапії.

**3. Екотерапія** – методика, яка базується на прямому контакті людини з природою. Як показали нещодавні дослідження з Ексетерського університету (Великобританія), у 90% людей, які страждають депресивними розладами, психічними захворюваннями, при перебуванні на природі покращується самопочуття. Люди, що страждають від депресії, гуляючи парком, відчують підвищення самооцінки, полегшення симптомів депресії, покращення настрою.

**4.** У 1980-х роках в Японії почала існувати і набула широкого поширення практика **сінрін-йоку** (дослівно «лісові ванни») як засіб боротьби з повсякденним стресом. Завдання дуже легке: потрібно дістатися до найближчого лісу і провести там деякий час, вдихаючи на повні груди повітря. Щоб збільшити ефект, «відпочивальникам» радять медитувати або займатися йогою. Аргументи підтвердив експеримент, проведений 2007 року: під час цієї практики знижуються частота пульсу, рівень кортизолу (гормону стресу) і кров'яний тиск.

**5. Маринотерапія** – таємничий еліксир натхнення, гострих відчуттів і заспокоєння. Людина пов'язана з водою дуже на глибокому рівні, починаючи ще з утроби матері. Вода дає ефект задоволення і спокою. Люди люблять просто сидіти біля води, зустрічати чи проводити захід сонця, вдихати аромат води, танцювати та бігати, плескатися, робити знімки на пам'ять.

**6. Аеротерапія** – терапія чистим повітрям. Знаходження на свіжому повітрі оздоровлює нервову систему, збагачує організм киснем. Зазвичай аеротерапію пов'язують з рухливими іграми, ходінням. Доцільно використовувати **еко-стежки**, або **еко-арт-стежки** – простір, організований людиною на основі чергування природних матеріалів, різних за своїм походженням та сенсорними характеристиками та спрямований на оздоровлення

людини: кращої рухливості, емоційної саморегуляції та взаємодії з природою за допомогою художньої практики.

**7. Літотерапія** – це мистецтво лікування хвороб тіла за допомогою натурального каміння, глини, металу.

**8. Спеціотерапія** – можливість лікувати за допомогою відкритих просторів і перспектив різної глибини.

**9. Пейзажна кольоротерапія** – перебування людини серед квітучих рослин у період їх цвітіння, або серед яскраво забарвленого листя рослин.

**10. Сільвотерапія** – оздоровлення під час знаходження на лісових ділянках, особливо серед соснових масивів.

**11. Геліотерапія** – вплив сонячного проміння на людину з лікувальною метою.

**12. Ароматерапія** – лікування за допомогою ефірних олій рослинного походження [1].

### **3.2. Принципи проєктування успішних терапевтичних ландшафтів**

Наразі в країнах Північної Європи, Англії та США реалізується **стратегія інтегрованої охорони здоров'я** (Integrated Healthcare Strategies), яка передбачає залучення до процесу проєктування простору лікарів, персоналу, нинішніх і колишніх пацієнтів. Також існує методологія **доказового дизайну** (evidence-based design), яка спираючись на відгуки користувачів певного простору допомагає в процесі проєктування.

У США є навіть **Центр Дизайну Медичних Установ**, що займається не тільки проєктуванням клінік і лікарень, а й розбиттям терапевтичних садів та дотриманням принципів доказового дизайну (evidence-based design), тобто такого що враховує побажання користувачів простору.

Терапевтичні сади є частиною тренду гуманізації охорони здоров'я. Численні дослідження виявили, що **візуальний вплив природних ландшафтів позитивно впливає на емоційне та психічне здоров'я тих, хто лікується**. Сади створюють розслаблюючу та відновлюючу атмосферу для пацієнтів, відвідувачів та медичного персоналу.



Це призвело до того, що терапевтичні сади при лікувальних або реабілітаційних установах стали пріоритетом у політиці охорони здоров'я таких країн, як Японія, Сінгапур, Швеція чи Данія. Через високу вартість землі у більшості цих країн, довелося оптимізувати наявні ресурсів і використовувати те, що архітектори називають п'ятим фасадом (наприклад дахи, старі тераси). Такі місця донедавна використовувалися недостатньо та були недоступні для громадськості, але поступово їх почали визнавати як ідеальну зону для озеленення.



Рис.3.3. Успішний терапевтичний ландшафт

Численні заклади охорони здоров'я вже почали впроваджувати *терапевтичний ландшафтний дизайн*. Як зазначили Клер Купер-Маркус та Марні Барнс у своїй книзі «Цілющі сади: терапевтичні переваги та дизайн рекомендації», *ці сади зосереджені на забезпеченні зняття стресу, полегшення фізичних симптомів та покращення загального самопочуття як для пацієнтів, так і для медичного персоналу.*

**Терапевтичний сад (therapeutic garden)** призначений для використання як компонент лікувальної, реабілітаційної або професійної програми. Сад можна охарактеризувати як терапевтичний за своєю природою, якщо він був розроблений для задоволення потреб конкретного користувача або населення та полегшиє взаємодію людей та рослин. Якщо виконані всі вимоги щодо терапевтичного дизайну, терапевт з садотерапії використовує терапевтичний сад як інструмент для залучення учасника до садівничої діяльності.

Розглянемо **принципи проектування успішних терапевтичних ландшафтів:**

### **1. Різні простори.**



Використання приміщення як для групового, так і для окремого розташування. Перебуваючи в різноманітних просторах, пацієнт отримує *можливість вибору*, що забезпечує підвищене відчуття контролю та призводить до зниження рівня стресу.

*Зона для самотнього перебування* дозволяє «відійти» від стерилізованого середовища установи, наприклад, лікарні.

Також мають бути *місця для невеликих груп*, таких як члени сім'ї або допоміжний персонал, де збираються, надають соціальну підтримку пацієнту.

## **2. Поширеність зеленого.**

У саду мають домінувати рослини. Краще зменшити оздоблення штучно створеними елементами до однієї третини займаного простору. Саме завдяки пом'якшенню ландшафту пацієнт може відчути покращення загального самопочуття.

## **3. Заохочення до фізичних вправ**

Депресія має зв'язок з низькою фізичною активністю. Треба створювати сади, які б заохочували людей рухатися (ходити стежками, робити вправи).

## **4. Забезпечення позитивних відволікаючих факторів**

Природні відволікаючі фактори, такі як рослини, квіти та водні об'єкти зменшують рівень стресу. Інші заходи, такі як тренінги садівничої терапії, допомагають пацієнтам працювати з рослинами, тим самим відволікаючи увагу від поганих думок.

## **5. Мінімізація вторгнень**

У саду зведені до мінімуму такі негативні фактори, як міський шум, дим і штучне освітлення. Природне освітлення та звуки доповнюють позитивний ефект саду.

## **6. Зведення до мінімуму двозначності**

Абстрактне мистецтво може бути цікавим для здорової людини, проте для хворого воно може бути недоречним. Численні дослідження показують, що абстракція в дизайні погано переноситься людьми, які хворіють і знаходяться в стресовому стані. Слід спроектувати чітко ідентифіковані елементи саду.

### **3.3. Садотерапія як лікувальна та реабілітаційна методика в роботі медичних і соціальних установ**

**Садотерапія** (horticultural therapy) – це перевірена часом практика. Терапевтичні переваги садового середовища були задокументовані з давніх часів. У 19 столітті доктор Бенджамін Раш, який підписав Декларацію незалежності і визнаний «батьком американської психіатрії», першим задокументував позитивний вплив *роботи в саду на людей з психічними захворюваннями*.

У 1940-1950-х роках реабілітаційна допомога госпіталізованим ветеранам війни значно розширила сприйняття цієї практики. Садотерапія допомогла їм *покращити роботу поранених кінцівок і підвищити розумові функції*. Більше не обмежуючись лише лікуванням психічних захворювань, практика садівничої терапії завоювала довіру та була прийнята для значно ширшого кола діагнозів та терапевтичних можливостей.

У 1955 році перший ступінь **бакалавра в галузі садівничої терапії** було надано Університетом штату Мічиган, а в 1971 році Університет штату Канзас запропонував першу **програму для аспірантів**. Зараз садотерапія вважається корисною та ефективною терапевтичною методикою і використовується в *лікарнях, будинках престарілих, реабілітаційних закладах, школах, в'язницях, таборах, притулках для бездомних, громадських центрах*.



Рис. 3.4. Садотерапія у в'язницях.

*Джерело:* сайт Американської асоціації садотерапії (The American Horticultural Therapy Association) [www.ahta.org](http://www.ahta.org)

Американська асоціація садівничої терапії визначає садівничу терапію як **«процес, що використовує рослини та садівничу діяльність для покращення соціальної, освітньої, психологічної та фізичної адаптації людей, таким чином покращуючи їх тіло, розум і дух»**. Виявлено, що садівництво впливає на *зменшення симптомів депресії, тривоги, стресу*,

*порушення настрою та індексу маси тіла, а також підвищує рівень якості життя, фізичної активності, дарує відчуття спільноти і налагоджує когнітивну функцію.*

Терапевтичні методи садівництва використовуються, щоб допомогти учасникам *навчитися новим навичкам* або відновити втрачені. Садова терапія допомагає *покращити пам'ять, когнітивні здібності, ініціацію завдань, мовні навички та соціалізацію.* У фізичній реабілітації садівнича терапія може допомогти зміцнити м'язи та покращити координацію, рівновагу та витривалість. В умовах професійної садівничої терапії люди вчаться *працювати самотійно*, вирішувати проблеми та слідувати вказівкам. Існують навіть **курси, які навчають терапевтів з садотерапії**, професіоналів зі спеціальною освітою, підготовкою та знаннями щодо використання садівництва для лікування та реабілітації.



Рис. 3.5. Садотерапія людей з інвалідністю.

*Джерело:* сайт Американської асоціації садотерапії (The American Horticultural Therapy Association) [www.ahta.org](http://www.ahta.org)

### **3.4. Переваги садівничої терапії**

Можна виділити наступні **переваги садівничої терапії:**

#### **Фізичний аспект:**

- збільшення м'язової сили і механіки тіла;
- збільшений діапазон руху;
- удосконалення дрібної моторики;
- тонізація недостатньо задіяних м'язів;
- поліпшення координації та рівноваги.

#### **Розумовий аспект:**

- посилення автономії та незалежності;
- вихід для стресу, гніву та емоційного вираження;

- підвищена самооцінка – збільшує навички спостережливості;
- можливість робити вибір і вміння використовувати навички вирішення проблем;
- збільшення концентрації уваги.

#### **Соціальний аспект:**

- менша залежність від кураторів, поганих думок ;
- можливість спілкуватися з іншими;
- прихильність до живої рослини;
- навички співпраці та командної роботи;
- вміння боротися з успіхом і невдачею;
- навчання та натхнення від інших людей з подібними вадами.

#### **Висновки до третього розділу**

Терапевтичний сад (*therapeutic garden*) як підвид терапевтичного ландшафту можна розглядати як зовнішній простір, створений для задоволення фізичних, психологічних, соціальних і духовних потреб людей, які перебувають у закладі охорони здоров'я, і який допомагає цим людям підтримувати контакт з реальністю та забезпечує психофізичне благополуччя усім користувачам, тобто пацієнтам, відвідувачам та медичному персоналу.

Існуючий в світовій практиці холістичний та комплексний підхід до вирішення потреб пацієнта / клієнта, бачення в ньому повноцінного суб'єкта лікувально-реабілітаційного процесу призвело до появи у 80-х роках ХХ століття лікувальних (цілющих) ландшафтів. Терапевтичні сади при лікувальних або реабілітаційних установах стали пріоритетом у політиці охорони здоров'я таких країн, як Японія, Сінгапур, Швеція чи Данія. У США з 60-х років запроваджено практику підготовки бакалаврів у галузі садівничої терапії та програму для аспірантів.

#### **Список використаних джерел до третього розділу**

1. Краснянська Ю.В. Методи терапії в ландшафті. *Культура і сучасність*. 2018. № 2. С. 237-240.
2. Копытин А. И. Техники ландшафтной арт-терапии. Москва: Когито-Центр, 2013. 130 с.
3. Ammon G. Milieu therapy. *Dynamische Psychiatrie*. 1994. № 144–145. PP. 24 –27.

## **РОЗДІЛ 4. МЕТОДИ, ЩО ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ КОМПЛЕКСНО З ЛАНДШАФТНОЮ ТЕРАПІЄЮ**

### **4.1. Методи арт-терапії у подоланні наслідків травматичного стресу**

Існуючі на сьогоднішній день фактори травматичного стресу різноманітні. Організоване та домашнє насильство, збройні конфлікти та терористичні атаки, техногенні катастрофи та багато іншого є причиною виникнення тяжких психічних реакцій і порушень адаптації. Найчастіше вони мають виражений і дуже стійкий характер, погано піддаються лікуванню і психологічній корекції.

У професійному середовищі існує підвищений попит на спеціальні програми та методичні розробки, що сприяють успішному освоєнню методів арт-терапії, що використовуються для подолання наслідків травматичного стресу.

Психічна травма може бути наслідком одноразової або повторюваної психотравмуючої події, що унеможлиблює задоволення значимих потреб особистості, загрожує її життю і безпеці або спричинює порушення системи відносин, що склалась. Такою подією може бути природна або техногенна катастрофа, військові події, сексуальне, фізичне або моральне насильство, смерть близької людини, розлучення, хвороба, банкрутство тощо [6, с. 7].

Ступінь патогенного, дестабілізуючого впливу психічної травми на особистість може бути різною, залежно від цілого ряду факторів. Мають значення не тільки об'єктивні характеристики психотравмуючої ситуації, наприклад, ступінь її небезпеки для життя людини або шкоди для її фізичного та матеріального благополуччя, але й особливості її суб'єктивного сприйняття, пов'язані з особистістю, властиві їй способи переробки інформації, емоційного реагування та поведінкові стратегії, а також соціальне оточення людини [5, с. 8].

Ступінь тяжкості ефектів психічної травми визначається особливостями розвитку механізмів психологічного захисту та поведінкових навичок, пов'язаних з активним подоланням

особистістю психотравмуючої ситуації (копінг-стратегій), а також наявністю або відсутністю факторів зовнішньої підтримки, якими можуть бути інші люди, фахівці, різні організації [7, с. 8].

Серед розладів цієї групи найбільш вираженими клінічними проявами характеризується посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Причинами ПТСР є такі групи факторів:

- природні – кліматичні та сейсмічні,
- пов'язані з діяльністю людини – нещасні випадки на транспорті та в промисловості, вибухи та пожежі, біологічні, хімічні та ядерні катастрофи,
- цілеспрямовані руйнівні, агресивні дії окремих осіб чи груп людей – терористичні акти, війни, соціальні катаклізми, екстремальні впливи на окрему особу (насильство у різній формі).

Психічна травма може призводити як до відносно короткочасних, так і до тривалих порушень фізичного, психічного та соціального функціонування людини. Вона може відбиватися на її емоційному стані і пізнавальній діяльності, поведінці, фізичному самопочутті, відносинах з оточуючими та самосприйнятті, а також впливати на суб'єктивну задоволеність людини своїм життям у різних сферах (якість життя) .

Ефекти перенесеної психічної травми **на емоційному** рівні можуть, зокрема, проявлятися в переживанні тривоги та страху, страждання та туги, безпорадності та сорому, гніву і люті чи в «емоційному онімінні» – втраті можливості щось відчувати. Порушення **пізнавальної діяльності** пов'язані з нездатністю сконцентруватися, хаотичними безладними думками, «напливами» неприємних спогадів, порушеннями пам'яті, зниженням продуктивності розумових процесів, втратою сенсу життя та діяльності. Симптоми **фізичних порушень** можуть включати порушення сну, апетиту і статевої функції, біль та інші неприємні відчуття у тілі, порушення функцій різних органів та систем організму. До **поведінкових порушень**, що є наслідком психічної травми, можна віднести пасивність та обмеження соціальних контактів, зловживання психоактивними речовинами, агресивні вчинки [1, с. 10].

При зтяжньому або масованому характері стресора можуть бути вичерпані ресурси організму і психіки, виявляються ознаки **дистресу** та патологічних змін. Також може відбуватися перехід

особистості до дисфункціональних варіантів адаптації, наприклад, до стійких афективних порушень (депресії), агресивної поведінки, психогенного ступору або наростання психологічної дисоціації [5, с. 11].

**Методи психотерапії, що застосовуються при травматичному стресі та постстресових розладах**

Кризове психологічне (психотерапевтичне) втручання, що починається одразу після травми, дозволяє запобігти хронізації реакції та її відстроченим проявам.

У процесі роботи з пацієнтами з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) Е. Фоа, Т. Кін, М. Фрідіан (2005) використовували різні психотерапевтичні методи. **Методи, засновані на зануренні**, викликали переробку травматичного досвіду та симптомів уникнення; **методи, засновані на релаксації та відволіканні**, були спрямовані на подолання перезбудження. **Методи групової взаємодії** сприяли поліпшенню міжособистісної взаємодії, комунікативних навичок та подоланню станів агорафобії. **Методи, засновані на стимуляції творчості**, були спрямовані на підвищення самооцінки. Е. Фоа, Т. Кін, Ф. Фрідіан підкреслюють, що таке **поєднання психотерапевтичних методів**, у тому числі методів, заснованих на заняттях творчістю, дозволяють впливати на широкий спектр різних симптомів ПТСР [6, с. 14].

Фахівці підкреслюють **особливу роль невербальної психотерапії**, використання ключових кінестетичних подразників з метою отримання доступу до спогадів, а також позитивну роль занять творчістю для подолання почуття безнадійності та підвищення самооцінки.

Іноді клієнти, що переживають травматичний стрес потребують втручання, спрямованих на подолання афективних реакцій та **суїцидальних тенденцій**.

Під час проведення психотерапії слід враховувати особливості динаміки розладу та здійснювати вплив у **три послідовні етапи**:

- 1) етап психологічної та фізичної стабілізації,
- 2) етап опрацювання травматичного досвіду на основі обговорення або використання невербальних засобів вираження досвіду,

3) етап подолання наслідків психічної травми та особистісної реконструкції, який також може включати перебудову відносин, ревізію травматичного досвіду, звичних схем реагування та самооцінки [7, с. 15].

Важливою умовою успішного подолання негативних наслідків психічної травми та попередження ускладнень є **контейнування (утримування)** травматичного досвіду в безпечних межах та підтримання оптимального рівня психологічного навантаження. На жаль, особи, що перенесли психічну травму, іноді створюють для себе нові небезпечні ситуації, що призводять до повторної травматизації. Їм важливо навчитися контролювати свої реакції, розвивати навички управління симптомами травматичного стресу. Це буде важливою умовою безпеки, особливо на початковому етапі процесу подолання наслідків психічної травми. Дане завдання може вирішуватися на основі освоєння та використання **приймів саморегуляції**. Найчастіше використовуються такі прийоми, як аутогенне тренування за Джекобсоном, прискорена прогресуюча релаксація, самогіпноз, гіпноз, аутогенне тренування по Мюллеру-Хаггеману (Соколов, Паршин, 2013) [7, с. 16].

### **Арт-терапія як одна з форм психологічної допомоги: загальна характеристика**

Згідно з міжнародним визначенням (European Consortium для Arts Therapies Education), **терапія мистецтвом (arts therapies)** являє собою групу лікувальних та корекційних методів, які застосовуються **фахівцями з відповідною клінічною підготовкою**, як правило, на основі однієї з експресивних модальностей – візуальних мистецтв, музики, мистецтва театру та танцю. Застосування візуальних мистецтв з метою лікування (психокорекції) займаються арт-терапевти, музики – музичні терапевти, театральних форм – драматерапевти, а танцю – танцювально-рухові терапевти [8, с. 17].

### **Основні організаційні форми арт-терапії:**

- індивідуальне арт-терапевтичне консультування, тобто такий варіант психологічного консультування, при якому протягом усього процесу або на його окремих етапах активно застосовуються засоби візуальної, проективно-символічної комунікації клієнта і фахівця, тобто малюнок, ліплення, створення



композицій з піску, робота з різними проєктивними матеріалами (фотографіями, стимульними малюнками і т. д.),

- групова арт-терапія (груповий арт-терапевтичний тренінг) у формі інтерактивної закритої або напіввідкритої тематичної групи або відкритої студії,

- сімейна арт-терапія; на відміну від звичайного сімейного консультування та сімейної психотерапії дана форма роботи з сім'єю характеризується активним застосуванням зображувальних засобів, які служать основою для діагностики та корекції сімейних відносин [8, с.20].

Провідними психологічними механізмами, що забезпечують зняття напруги, відображення та переробку травматичного досвіду, а також перебудову системи сприйняття реальності під час занять образотворчою діяльністю виступають *децентрування, екстерналізація та символізація*.

**Децентрування** передбачає перемикання уваги, ухиляння від поглинання травматичними переживаннями і згадками. **Екстерналізація (проєкція)** полягає в «перенесенні» фізичних відчуттів, переживань та уявлень на зовнішні об'єкти та процеси. Хоча даний механізм пов'язаний не тільки з образотворчою творчістю, а й пізнавальною діяльністю, а також з іншими видами культурної практики, в арт-терапії та терапії мистецтвами він набуває особливо важливу роль. Слід відзначити велику **цінність фізичного контакту** учасників арт-терапії з **різними матеріалами**, що дозволяє не тільки актуалізувати та відреагувати травматичний досвід, але й оживити сферу фізичних відчуттів, заблокованих внаслідок травми. **Символізація** тісно пов'язана з екстерналізацією, але належить, перш за все, до пізнавальної активності, що відбувається на основі оперування образами. Символізація пов'язана з аналітико-синтетичною діяльністю певних структур мозку, відповідальних за переробку інформації сенсорного, афективного та когнітивного рівнів [6, с.22-24].

Вираження почуттів у вигляді символічних образів, у тому числі в тісному зв'язку з образотворчою діяльністю, здатне приводити до **катарсису**.

Цілком виправдано доповнення технік, заснованих на образотворчій діяльності, техніками сугестивного характеру,

релаксацією, десенсибілізацією, когнітивними інтервенціями, навчанням [2, с.26-27].

### **Ландшафтна терапія та робота із знайденими об'єктами**

У роботі з наслідками психічної травми іноді застосовуються елементи так званої ландшафтної арт-терапії, пов'язані з використанням безлічі фізичних і символічних форм, що знаходяться у навколишньому природному та антропогенному середовищі (Копитин, Корт, 2013; Kalmanowitz, Lloyd, 2011; Davis, 1997, 1999). [6, с.36].

В ландшафтній арт-терапії використовується, перш за все, образотворча діяльність, проте допускається застосування дещо іншого набору засобів, знайдених об'єктів та матеріалів, а також цілісного ландшафту. Учасникам занять надається можливість певну частину часу сеансів проводити за межами арт-терапевтичного кабінету.

### **Переваги ландшафтної арт-терапії:**

1) має важливе значення позитивний цілющий вплив природного ландшафту, значне розмаїття сенсорних стимулів, здатних оживити заблоковані в результаті пережитої травми фізичну та емоційну сфери;

2) вихід у навколишнє середовище та використання знайдених об'єктів сприяє активизації учасників арт-терапії, отриманню ними нових вражень та подолання стану ізоляції;

3) має значення сигнальна, символічна функція, властива довкіллі та знайденим об'єктам, що виділяються як найбільш значущі для особистості. В результаті перенесення на ці предмети особистого досвіду (як травматичного, так і ресурсного) забезпечується його екстерналізація, встановлення контролю над переживаннями, усвідомлення минулого та відновлення біографічної пам'яті [6, с.37].

Проводячи арт-терапію з жертвами політичних та військових конфліктів у різних країнах (колишньої Югославії, Гонконгу та ін), Д. Калманович, Б. Ллойд (Kalmanowitz, Lloyd, 2011) змушені були відступити від вимог, пов'язаних з організацією арт-терапевтичного простору. Вони стали більш активно використовувати ресурси довкілля та його об'єкти. Поступово оформилася ідея «портативної студії» як більш відкритого творчого середовища, що припускає значну ступінь контакту з

навколишнім простором. Робота була частково пов'язана з тим, щоб допомогти **біженцям** освоїти новий доступний для них простір, у тому числі, шляхом роботи безпосередньо з середовищем та об'єктами, що знаходяться в ньому [6, с. 37].

Передумовами проведення ландшафтної арт-терапії при посттравматичних розладах можуть служити багаточисельні приклади спонтанних творчих проявів із використанням підручних засобів, особистих та знайдених предметів у біженців, учасників бойових дій («**траншейне мистецтво**»), в'язнів концентраційних таборів. Військові, військовополонені та громадянське населення під час війни збройних конфліктів нерідко знаходили на полях битв предмети та створювали з них вироби (Saunders, 2003). Такі знахідки та вироби відображали їх особистісні творчі реакції на ситуацію та служили важливими документами подій. Солдати, наприклад, підбирали шрапнель, уламки снарядів та інші предмети, щоб виготовляти з них вироби [6, с. 38].

Мініатюрні, переносні предмети, які люди у багатьох випадках беруть із собою, виявляють особливе значення, коли йдеться про **вимушене переміщення**, втрату зв'язку зі звичним середовищем проживання або з людиною. Включаючись у нове середовище, такі предмети часто перетворюють його. Вони несуть на собі відбиток колишнього середовища та відносин. Крім того, предмети, які людина бере з собою, залишаючи колишнє місце проживання, або які вона знаходить у процесі арт-терапевтичних занять, часто дають їй почуття більшої безпеки і навіть відчуття перебування у рідному домі [6, с. 38-39].

**Прийоми та форми ландшафтної арт-терапії, які можливо використовувати у роботі з тими, хто пережив психічну травму, є досить різноманітними та включають:**

➤ **прогулянки у певному середовищі з метою знаходження в ньому предметів, що викликають особливо сильні асоціативні та емоційні реакції з подальшим обговоренням знахідок і створенням їх предметних скульптур (ассамбляжів), інсталяцій, «талісманів» та іншої авторської продукції;**

➤ **використання деяких предметів та матеріалів (піску, води, листя) не стільки для створення авторської продукції,**

скільки з метою маніпуляцій та дослідження їх **сенсорних характеристик**;

➤ **створення «путівних нотаток»** та інших художніх текстів на основі взаємодії із знайденими предметами або середовищем;

➤ підготовку та проведення **ритуалів з певною терапевтичною функцією** з використанням знайдених об'єктів, або у визначеному, спеціально вибраному середовищі;

➤ **фотографування** об'єктів та середовища;

➤ **посадку рослин**, створення та облаштування садів, парків та меморіалів, а також формування учасниками занять найбільш безпечного та комфортного середовища (Копитін, Корт, 2013; Шарафієва, 2013) [6, с. 39].

При використанні ландшафтно-арт-терапії учасникам занять можуть **пропонуватися певні теми**, що забезпечує фокусування на тому чи іншому аспекті досвіду і підвищує ефективність терапевтичної програми. Крім того, використання тематичної основи діяльності може знижувати тривогу та розгубленість учасників, а також сприяти згуртованню групи.

**Теми, що зачіпаються в ході ландшафтно-арт-терапії**, може бути кількох видів. Хоча більшість тем призначені для індивідуальної творчої діяльності, деякі з них більше підходять для спільної роботи сім'ї, терапевтичної групи чи громади.

Прикладом може бути арт-терапевтичний проект, розрахований на тих, хто втратив близьких внаслідок терористичної атаки 11 вересня. Значна група людей, працюючи спільно, створила меморіал пам'яті жертв цієї події. Такі проекти забезпечують досягнення цілого ряду ефектів, які не можуть бути отримані при користуванні індивідуальними видами діяльності, включаючи:

- здобуття нового досвіду спільної діяльності та співпереживання;
- надання взаємної емоційної підтримки;
- гуртування членів групи, громади, сім'ї;
- освоєння та реалізація нових позицій та способів взаємодії;
- навчання конструктивним способам вираження почуттів та вирішення конфліктів (зокрема, шляхом пошуку компромісів, узгодження дії та ін);

- активізація та розкриття внутрішніх ресурсів на рівні особи та спільноти;
- привернення уваги до певної проблеми та шляхів її вирішення, переконливе вираження певної соціальної позиції [6, с. 40].

**Приклади особистих тем**, що використовуються в ландшафтній арт-терапії з особами, що пережили психічну травму: «Автопортрет», «Різні грані мого Я», «Мої ролі («Я як спільнота»», «Минуле, сьогодні, майбутнє», «Мої життєві пріоритети (потреби, устремління)», «Мої приховані можливості та секрети», «Мої помічники».

**Приклади групових та сімейних тем**, пов'язаних з актуалізацією та вираженням травматичного та ресурсного досвіду: «Символи групи (сім'ї, спільноти)», «Те, що нас об'єднує (групові проблеми, цілі та ідеали)», «Група (спільнота) у процесі розвитку», «Група як творча спільнота», «Моя сім'я (мій рід)», «Вираз подяки та поваги предкам», «Створення групового (суспільного, сімейного) меморіалу».

Можливі також теми, що зачіпають так звані **універсальні чи трансперсональні аспекти досвіду**: «Життєві цикли (цикли смерті та відродження)», «Створення та зруйнування», «Рани землі та їх зцілення», «Мудрість світу», «Всесвіт», «Чарівний сад», «Природа як Мати, Цілитель, Творець, Джерело», «Принесення в ім'я життя, процвітання, зцілення» [7, с. 40].

Прикладом реалізації ландшафтних проєктів із психотерапевтичною метою, у тому числі при лікуванні пацієнтів невротичними розладами, пов'язаними зі стресом, може служити **модель динамічної психіатрії, створена Г. Амоном у 1960-1980-і роки і втілена в діяльності мюнхенської клініки Ментершвайге**. Модель динамічної психіатрії включає різні види вербальної та невербальної психотерапії і так звану **терапію середовищем (мільє-терапію)**. Психотерапевтично орієнтована робота з ландшафтом характерна саме для терапії середовищем, що передбачає розробку та ререалізацію групою хворих будь-якого проєкту, пов'язаного із **створенням біля клініки різних арт-об'єктів**.

Описуючи свою роботу з ветеранами війни на базі спеціалізованого психіатричного відділення шпиталю, **М.**

**Хеселер** звертає увагу на те, яку важливу роль відіграла **робота пацієнтів у саду** госпіталю. Пацієнти разом із персоналом підготували територію для створення невеликого саду в тихому місці на території госпіталю. Вони посадили овочі, квіти та ягоди і в перше ж літо зібрали врожай полуниці, кукурудзи, помідорів, перцю та трав, що використовуються як приправа. М. Хеселер зазначає, що «сад також став місцем, в якому пацієнти з особливою гостротою могли переживати почуття товариства, гордості та надії, а також зайняти більш активну позицію у відносинах зі світом» (Хеселер, 2010, с. 52) [7, с. 41].

Дж. Дейвіс (Davis, 1997, 1999) описує роботу з використання ландшафтної арт-терапії з **психічно травмованими, бездомними жінками на базі одного з притулків у Нью Йорку**. Прилеглий до притулку пустир під керівництвом арт-терапевта поступово було перетворено жінками на сад. Вони не тільки садили рослини і доглядали за ними, а й розмістили в ньому ряд арт-об'єктів, створили художню інсталляцію) [6, с. 42].

### **Використання фототерапії**

**При роботі з психічною травмою** часто використовуються асоціативні фотографії під назвою «**Спектрокарти**» (рис. 4.1), створені фінським психотерапевтом У. Халкола (2011). Є кілька наборів «Спектрокарт». Один з них – основний набір – використовується в широкому діапазоні ситуації психотерапії і складається з 75 кольорових фотографій із зображенням пейзажів, рослин, різних природних та техногенних об'єктів, тварин, творів мистецтва (скульптур, архітектурних пам'ятників). Цей автор створив також кілька додаткових комплектів фотографічних асоціативних карток. Один з них називається «**Спектрокриза**» (рис 4.2) і спеціально призначений для **роботи із психічною травмою**. Він містить 45 фотографій провокуючого характеру (наприклад, із зображенням ножа, сексуальних символів, пошкоджених об'єктів та ін.). Інший комплект також складається з 45 знімків із зображенням манекенів і використовується в основному як стимульний матеріал для дослідження проєкцій, пов'язаних із людськими відносинами, тілесним та емоційним досвідом клієнта. Усі види «Спектрокарт» можуть застосовуватися як в індивідуальній, так і в груповій та сімейній психотерапії, а також в образотворчій практиці [6, с. 55-56].



Рис. 5.1. Приклади «Спектрокарт» У. Халкола (основний набір)

*Джерело:* [6, с. 56].



Рис. 4.2. Приклади «Спектрокарт» У. Халкола (додатковий набір «Спектокриза»)

*Джерело:* [6, с. 56].

«Спектрокарти» можуть використовуватися в процесі психотерапії та тренінгу з клієнтами різного віку і на різних етапах лікування. Одним із способів їх застосування є вибір учасниками занять однієї або декількох карт, що асоціюються з певною подією (зокрема, психотравмуючого характеру), ресурсною ситуацією, минулим, сьогоднішнім і майбутнім чи поточним станом. Іноді можна пропонувати вибрати карти, що асоціюються з життєвими цілями клієнта, з тим, що його підтримує в житті та іншими позитивними моментами минулого і сьогоднішнього [6, с. 57].

Як ще одна ефективна форма роботи з травматичним досвідом виступає **метод реконструювальної фототерапії** (Мартін, 2003; Martin, 2013), пов'язаний із відтворенням та програванням перед фотокамерою травматичних подій минулого. Як пише Р. Мартін, «Реконструювальна фототерапія не тільки робить зримими минулі події, але й забезпечує їхню зміну і трансформацію ..., створюючи нові варіанти розвитку та завершення ситуації. Такий інтенсивний процес зачіпає глибинний, тіньовий та складний матеріал, який може бути утриманий і контейнований на основі консультування, що проводиться спочатку і в кінці процесу роботи» (Martin, 2013, р. 72). [6, с. 59].

### **Висновки до четвертого розділу**

**У розділі презентовано досвід подолання посттравматичних розладів за допомогою комплексного використання разом із ландшафтною терапією таких арттерапевтичних методів, як обговорення, робота зі знайденими об'єктами, фототерапія, робота із спектрокартами.**

### **Список використаних джерел до четвертого розділу**

1. Артюхова Т.Ю. Психологические механизмы коррекции состояния тревожности личности. Новосибирск: Новосиб. Гос. Пед. Ун-т, 2000. С. 20-22.
2. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств *Международ. мед. журн.* 2000. Т. 6, № 3. С. 31-34.



3. Денисенко М.М., Лакинський Р.В. Клінічна варіативність постстресових розладів у комбатантів. *Укр. вісн. психоневрології*. 2017. Вип. 1. С. 120–121.
4. Дідик О. До реабілітації потерпілих – комплексний підхід. *Охорона праці*. 2005. № 9. С. 41-44.
5. Клініко-психологічні особливості осіб із різними формами постстресових психічних порушень / Л. Ф. Шестопалова та ін. *Мед. психологія*. 2017. № 2. С. 7–11.
6. Копытин А. И. Методы арт-терапии в преодолении последствий травматического стресса. М.: Когито-Центр, 2014. 208 с.
7. Кризова психологія: Навчальний посібник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. Х.: НУЦЗУ, 2010. 401 с. URL: <http://extrpsy.nuczu.edu.ua/sites/all/books/kryzova.pdf>
8. Федій О.А. Естетотерапія. Навчальний посібник. К.: Центр учбової літератури, 2007. 256 с.

## РОЗДІЛ 5. УРБАНІСТИЧНИЙ ЛАНДШАФТ ЯК СЕРЕДОВИЩЕ ВІДНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ

### 5.1. Психоемоційний вплив кольору на людину як аспект ландшафтної терапії

Увагою до мінливості кольору в пейзажах відзначаються роботи імпресіоністів, які передавали в творах найтонші колірні переходи. Особливе місце у садово-парковому мистецтві займає сад Клода Моне, пейзажі якого митець відтворював упродовж життя. Спостереження за зміною колориту пейзажів відображені в роботах художника, які написані серіями, фіксуючи зміни пейзажів залежно від освітлення та погодних умов (рис. 5.1) [3, с. 62-63].



Рис. 5.1. Зміна колориту пейзажу саду К. Моне упродовж різних сезонів та часу доби у серії картин «Японський місток»

*Джерело:* [3, с. 63]

Вагомий вклад у розвиток колористики міського та паркового середовища внесли Ж. Ф. Ланкло, Ф. Кле і М. Кле, А. В. Єфімов, Л. В. Робежник, И. О. Богова-Каппер, С. І. Абишева, Д. І.

Георгберідзе та ін. Серед вітчизняних дослідників кольору варто відмітити роботу В. Й. Кравця [4, с. 63].

Серед учених, які вивчали колорит ландшафту та його сезонну динаміку – И. О. Богова-Каппер, яка класифікує його відповідно до сезонних змін рослин, виділяючи 9 фаз мінливості. В свою чергу, О. Н. Вороніна *мінливість урболандшафтів* поділяє на два основних колірних сезони: хроматичний (весна, літо та осінь), та ахроматичний (зима). У перший період визначальним фоновим кольором є зелений, у другий – білий

Колористику міського середовища досліджували Ж. Ф. Ланкло та Ф. Кле і М. Кле. Предметом їх досліджень стала оцінка природного ландшафту, який оточує місто з метою добору колористичної гами для архітектурних споруд міста та передбачає три фази: аналіз ландшафту, візуальний синтез та розробку «азбуки кольорів», адаптованої до місцевості [7, с. 65-66].

Із українських науковців кольорову гаму київських парків досліджувала Н.В. Гатальська. Зокрема дослідниця паркових ландшафтів зазначає, що у зв'язку із «культуою війни», що був розповсюджений на пострадянському просторі, композиція меморіальних парків воєнної тематики має підкреслено урочистий характер, що проявляється у застосуванні таких засобів гармонізації композиції як регулярність, симетрія, масштабність, а також **доборі рослин певної кольорової гами** (табл. 5.1) [3, с. 199].

Таблиця 5.1









**Значення колірних особливостей рослин для підкреслення тематики парку,  
Джерело: [3, с. 199]**

<b>Значення</b>	<b>Колірні особливості рослин</b>
Урочистість	<b>Пурпурове забарвлення листя –</b> <i>Prunus cerasifera</i> subsp. <i>pissardii</i> , <i>Physocarpus opulifolia</i> 'Diablo', <i>Malus niedzwetzkyana</i> Dieck., <i>Berberis vulgaris</i> 'Atropurpurea', <i>Berberis thunbergii</i> 'Atropurpurea', <i>Cotinus coggygia</i> 'Purpurea', <i>Fagus sylvatica</i>

	<p><i>'Purpurea Pendula'</i>; суцвіть – <i>Rhus typhina</i> L., <i>Cotinus coggygia</i> Scop. та ін.</p> <p><b>Біле забарвлення квітів</b> – <i>Prunus avium</i> Mill., <i>Sambucus nigra</i> L., <i>Deutzia scabra</i> Thunb., <i>Philadelphus coronarius</i> L., <i>Spiraea</i> × <i>vanhouttei</i> (Briot) Zabel та ін.;</p>
Трагізм	<p><b>Темно-зелене забарвлення хвої</b> – <i>Picea omorica</i> (Pancic) Pyrkyne., <i>Picea abies</i> (L.) Karst., <i>Juniperus sabina</i> L., <i>Thuja occidentalis</i> 'Smaragd', <i>Taxus baccata</i> L., листя – <i>Magonia aquifolium</i> Nutt., <i>Buxus sempervirens</i> L. та ін.;</p>
Пам'ять	<p><b>Червоний колір плодів</b> – <i>Viburnum opulus</i> L., <i>Sorbus intermedia</i> (Ehrh.) Pers., <i>Sorbus aucuparia</i> L., <i>Cotoneaster horizontalis</i> Dche, <i>Crataegus sanguinea</i> Pall., <i>Berberis vulgaris</i> L. та <i>Berberis thunbergii</i> DC., <i>Rosa rugosa</i> Thunb. та <i>Rosa canina</i> L.; пагонів – <i>Swida alba</i> (L.) Opiz.; квітів – <i>Rosa hort.</i> та ін.;</p>
Сум та журба	<p><b>Сріблясте забарвлення листя</b> – <i>Elaeagnus angustifolia</i> L., <i>Elaeagnus rhamnoides</i> (L.) A.Nelson, <i>Salix alba</i> 'Pendula', <i>Populus alba</i> L. та ін.;</p>
Пам'ять про голодомор в Україні	<p><b>Жовтувате забарвлення</b> (лише у тематичних символічних композиціях) хвої (у зоні Меморіалу жертв голодомору, парк «Слава») – <i>Thuja occidentalis</i> 'Sunskit', квітів – <i>Kerria japonica</i> (L.), <i>Potentilla fruticosa</i> (L.) O. Schwarz. (<i>Dasiphora fruticosa</i> (L.) Rydb.), <i>Forsythia suspensa</i> (Thunb.) та ін.</p>

Н.В. Гатальською було здійснено дослідження із застосуванням пейзажів (45 світлин). Першим етапом дослідження став аналіз естетичної привабливості пейзажів різних за функціональним призначенням парків світу. В результаті виявлено пейзажі, які віднесено до привабливих, нейтральних та

непривабливих більше ніж половиною респондентів. Найбільше респондентів (78,7 %) віднесли до привабливих пейзаж на світліні № 11 (рис. 5.2) [3].









		
Пейзаж № 11 (78,7 %)*	Пейзаж № 45 (68,1 %)*	Пейзаж № 17 (63,8 %)*
		
Пейзаж № 44 (61,7 %)*	Пейзаж № 6 (59,6 %)*	
		
Пейзаж № 7 (57,4 %)*	Пейзаж № 23 (55,3 %)*	Пейзаж № 38 (53,2 %)*

Примітка: \*частка респондентів, що віднесли їх до цієї групи)  
Рис. 5.2. Пейзажі, які визнані привабливими вагомою часткою респондентів.

*Джерело:* [3, с. 286].

Пейзажі, які визнані вагомою часткою респондентів непривабливими



		
Пейзаж № 39 (70,2 %)*	Пейзаж № 31 (68,7 %)*	Пейзаж № 40 (61,7 %)*
		
Пейзаж № 16 (57,4 %)*	Пейзаж № 42 (57,4 %)*	Пейзаж № 15 (55,3 %)*
		
Пейзаж № 12 (55,3 %)*	Пейзаж № 8 (53,2 %)*	

Примітка: \*частка респондентів, що віднесли їх до цієї групи)  
Рис. 5. 3. Пейзажі, які визнані непривабливими вагомою часткою респондентів.

*Джерело:* [3, с. 287].

Виявилось, що в пейзажах, які віднесено більшістю респондентів до групи привабливих, характерні колірні гармонії в колориті, присутній контраст додаткових кольорів.

## 5.2. Розвиток природоінтегрованої архітектури в міському ландшафті

Біоніка – використання біологічних методів та структур для розробки архітектурних, дизайнерських, інженерних рішень та технологічних методів. Слово «біоніка» було запропоноване Джеком Стілі в 1958 році, від грецького – «одиниця життя» і суфіксу -іс – «-подібний», тобто «біоніка» означає «життєподібний». Використання технологічних особливостей структурної побудови різних видів живої природи для розробки й вдосконалення штучних методів проектування форм і об'ємних макетів, є ефективним через те, що живі організми виробили вузько направлені пристосування для поліпшення умов існування під впливом еволюційних змін [8].

Перші спроби використовувати природні форми безпосередньо в будівництві та дизайні почав Антоніо Гауді. У 1915 р біонічні ідеї знайшли відображення в спорудженні «Гетеанум-1» Рудольфа Штайнера, наслідком чого стало використання зодчими всього світу біоніки як інструменту для пошуку нових конструкторських та дизайнерських рішень. Перші результати в галузі архітектурно-будівельної біоніки в СРСР були представлені в 1962 р в статті молодих архітекторів Ю. С. Лебедева і В. В. Зефельд «Конструктивні структури в архітектурі і в рослинному світі». На первинному етапі відгалудження нової гілки в науці, Ю. С. Лебедев назвав її "будівельною біонікою", лише потім з'явилася назва «архітектурна біоніка» [6].

**Розвиток ландшафту, урбаністики та стійкого міського дизайну.** Розвиток ландшафтного мистецтва починався з часів стародавнього світу та поширювався на палаци та садиби особливо впливових осіб. З розвитком людської цивілізації, а особливо з розвитком міст, все більше уваги приділялося благоустрою середовища, результатом чого стало якісне покращення рівня ландшафтно-архітектурної архітектури. З початком промислової революції у 18 столітті актуальність створення зелених насаджень в урбанізованих містах значно зросла. Розвиток технологій відкриває нові можливості застосування не лише природних матеріалів, що формувало процес створення дизайну

відштовхуючись від характеристик сировини, а зворотній напрямком руху виникнення ідеї – від концепції до матеріалу [2].

Глобальний розвиток стимулює зародження нового напрямку в дизайні міського середовища – **стійкого ландшафту**. Через екологічні умови зростає необхідність у застосуванні нових композитних, екологічно чистих матеріалів, використанні стійких до повітряного з водяного забруднення рослин, що володіють високою здатністю до самовідновлення.

Зростання цивілізаційного навантаження на природні ландшафти особливо відчутне на території великих міст. Кінець ХХ ст. ознаменувався активним ростом урбанізованих територій, міських агломерацій, мегаполісів, функціонування яких повністю змінило не лише зовнішній вигляд ландшафтів, але й зруйнувало природні екологічні ланцюжки обміну речовин, докорінно змінивши характер і напрямок процесів, що в них колись відбувалися. Виникла гостра потреба екологічного аналізу нової ситуації і розроблення методики впливу на неї з метою створення у межах міських територій нових, штучно змодельованих і керованих екологічних систем. Це привело до виникнення у межах екологічних наук нового напрямку – урбоекології, яка розглядає міста та інші урбанізовані території як складні структури, в яких діє система зв'язків між антропогенним (штучно створеним людиною), природним та соціальним середовищами, як природно-територіальний комплекс, що перебуває під постійним безпосереднім впливом життєдіяльності міста. Основними завданнями урбоекології вважають забезпечення функціонального та гігієнічного комфорту міського доквілля, інших практичних вимог, серед яких формування естетично повноцінного середовища проживання.

В якості прикладу країни, яка чи не найбільше в Європі дотримується принципів урбоекології, є Норвегія. Загальновідомо, що жителі цієї країни вже багато років поспіль вважають себе найщасливішими у світі і переконливо залишають позаду себе інші країни – більш індустріалізовані, з більшим числом сонячних днів впродовж року та з курортною інфраструктурою. Виникає питання, наскільки образ життя норвежців та їхня любов до природних ландшафтів сприяє такій ситуації.



Норвегія – це країна фьордів, їх там понад тисячу. Фьорд це норвезьке слово, що означає вузьку довгу морську затоку зі скелястими берегами. Фьорди утворилися за часів льодовикового періоду, коли величезні маси льоду танули, сповзали і виточували в скелях величезні порожнечі. Пізніше ці порожнечі заповнилися морською водою. Дивитися на фьорди (наприклад, Lysefjord) найзручніше на великому поромі, тому навіть місцеві жителі у вихідні приїжджають на своїх машинах, залишають їх у гаражному відсіку для автомобілів і виходять на палубу порома милуватися краєвидами.

Біля фьорду є все, що потрібно для розслаблення – гори, море, ліс – і все це в компактному, дуже стиснутому просторі. Причому там природа поєднується з архітектурою та вкрай мальовничими селами.



Рис. 5.4. Норвезька традиція дивитися на фьорди

Практичне втілення наукових рекомендацій урбоекалогії передбачає два шляхи:

- залучення інноваційних розробок, зорієнтованих на створення штучного автономно функціонуючого високоурбанізованого життєвого середовища, нейтрального і толерантного до природного оточення, проте функціональна і композиційно відірваного від нього;

- намагання вивчити, змоделювати та застосувати в умовах урбанізованого простору ті самі методи і процеси, які здавна існують і працюють у природному середовищі, намагаючись композиційно і функціонально вписатися у природний ландшафт. Цей другий варіант знаходиться у полі дослідження і реалізації так званої **біонічної урбаністики** – одного з багатьох спеціалізованих напрямків архітектурної біоніки.

Природне формотворення і випробувані природою конструктивно-тектонічні схеми можна застосовувати не лише у порівняно невеликих об'єктах предметного дизайну, в архітектурних та інженерних спорудах, але також і для функціональної та композиційної організації великих просторів. Робота з такими масштабними об'єктами належить до сфери біонічної урбаністики, яка вивчає методи застосування закономірностей, що діють у живій природі, для вирішення актуальних проблем містобудівництва та функціональної організації територіально-просторових систем розселення"[5].

Завданням біонічної урбаністики є робота у напрямку створення штучних систем, здатних відновлювати свої ресурси. У своїх пошуках вона звертається до досвіду функціонування природних екосистем із збалансованими ланцюжками живлення, замкненим кругообігом енергії, води та інших необхідних для життя елементів. На основі наукового вивчення принципів функціонування природних екосистем біонічна урбаністика вирішує проблеми збереження природного довкілля, діючи у кількох напрямках:

- намагання відтворити принципи функціонування та взаємозалежностей у природних системах і впровадити їх в організацію життєдіяльності штучних антропогенних систем – міст, районів розселення та цілих країн;

- створення максимально сприятливих для природного середовища споруд, які мають замкнений цикл енергоспоживання, ефективно використовують площу під забудову, споруджуються з екологічних будматеріалів;

- намагається компонувати забудову у природному ландшафті за принципами, що спостерігаються у природному середовищі, щоб зберегти візуальну ідентичність, масштабність і колористику природного оточення.

Біонічна урбаністика діє в руслі принципів, задекларованих у державних та міжнародних нормативних документах, деклараціях, що стосуються охорони і збереження природної екологічної системи Землі, майбутніх шляхів розвитку земної цивілізації.

Ці документи інколи оперують поняттями **«біопозитивної країни»**, **«біопозитивного місця розселення»**, **«біопозитивного міста»**; частково вони є синонімами понять «сталого міста», «сталого міста» тощо, і близькими за змістом до поняття «екологічне». Коротко розглянемо значення цих понять.

Отже, **«стале місто»** (або, інакше кажучи, **біопозитивне, екологічне місто**), до реалізації якого повинна прикласти зусилля урбаністична біоніка, означає **естетично облаштоване, сприятливе для здоров'я, психологічно комфортне місто**, на території якого задовольняються усі передумови сталого розвитку. Поняття «сталого», або біопозитивної країни є порівняно ширшим і означає регіон зі сталими місцями розселення, який постійно розвивається, постійно підтримує **екологічну рівновагу між урбанізованими і природними територіями**, із збереженням невідновлюваних і використанням в екологічно допустимих межах відновлюваних природних ресурсів, із дотриманням екологічно оптимального співвідношення форм землекористування, з екологізацією усіх напрямків людської діяльності і усіх потреб, із збереженням і **відтворенням біорозмаїття і натуральних природних ландшафтів**, із **забезпеченням екологічно виправданої території природного довкілля для існування дикої природи**, із забезпеченням високої якості життя людей тощо [9].

Стала біопозитивна країна складеться із біопозитивних місць розселення, що знаходяться один від одного на екологічно обґрунтованій відстані і разом з природними територіями формують екологічний каркас розселення. Біопозитивні місця розселення повинні, своєю чергою, також постійно розвиватися, їх забудова має складатися із біопозитивних будинків та інженерних споруд, з використанням замкнених технологій і досягненням кількісного рівня відходів, близького до природного, що не забруднюють природне середовище, з екологічно обґрунтованими озеленими територіями і зеленими коридорами, що забезпечують наявність ніш для диких тварин тощо.

Одним із основних показників, які дозволяють оцінити рівень сталості і біопозитивності країни, а також визначити можливість ними досягнення такого статусу без необхідності проведення надзвичайно складних заходів (наприклад, повернення частини територій до первісного природного стану, депопуляції тощо), є **співвідношення урбанізованих і натуральних природних територій** [7]. Людство порівняно недавно почало усвідомлювати, що для збереження екологічної рівноваги в усій країні необхідно дотримуватися відповідного пропорційного співвідношення земель з різним рівнем антропогенного втручання, тому сьогодні є дуже мало країн з достатньою площею збережених природних ландшафтів. **Згідно з концепцією біопозитивної системи розселення, міста повинні бути доволі взаємно віддаленими, оточеними високопродуктивними природними ландшафтами, що можуть засвоювати і переробляти продукти життєдіяльності міст** [5]. Усі ці наукові розробки спрямовані на реалізацію у майбутньому. На жаль, сучасні технології ще не дають можливості побудувати ідеальне місто чи поселення, яке б зовсім не забруднювало природного середовища.

Сьогодні поняття «біопозитивні країни та місця розселення» лише починають входити у практику проєктування, будівництва та функціонування місць розселення; фактично усі сучасні країни не є екологічними, ніколи раніше не використовували стратегію сталого розвитку. Тому у сучасних умовах найактуальнішим є завдання екологічної реконструкції вже існуючих штучних об'єктів, і дії у напрямку відтворення первісного стану навколишнього природного ландшафту. Цим займається **реставраційна, або інакше кажучи, відтворювальна, екологія** [6].

Одним з футуристичних варіантів вирішення проблеми збереження довкілля є **архологія** – наукова архітектурна концепція, що враховує екологічні чинники під час проєктування життєвого середовища для людини. У вужчому сенсі під архологією розуміють ідею про те, що за допомогою спорудження великих, добре спланованих багаторівневих конструкцій, які називаються гіпер структурами і вміщують в себе населення цілого міста, можна зменшити негативний вплив поселень на довкілля. В архітектурі біоніка, як загальнонаукова концепція, що

вважає природні форми і конструкції ідеальними, а саму природу – гідним прикладом для наслідування, та архологія отримали велику популярність у найсучасніших проектах, спрямованих на вирішення урбаністичних проблем сучасних міст. Згідно з сучасними уявленнями, ці концепції є майбутнім архітектури та містобудування у всьому світі [2].

Одним із напрямків, які розробляє екологічна урбаністика, є пошук методів органічного розташування споруд у природному ландшафті так, щоб вони не надто контрастували з оточенням, і тим самим разом з ландшафтом творили єдиний комплекс, сформований згідно з природними композиційними засадами.

Один з творців органічної архітектури Р.Піетіля вважав архітектуру продовженням природного ландшафту і свою церкву у Мальмі композиційно розумів як бетонну скелю серед лісу, подібну до інших природних мінеральних утворень (за Ю.Л.Курбатовим). Патрік Аберкромбі, основоположник ідеї «зелених коридорів» у структурі міста і систем розселення, вважав, що архітектурні споруди повинні гармонічно вписуватися у пейзаж, не порушувати історично сформований ландшафт, допускаються лише виправлення антропогенних порушень природного ландшафту, таких як котловани, насипи, траншеї. Поряд з парками він пропонує вводити оптичні охоронні зони, які не можна забудовувати чи штучно змінювати будь-яким способом. Він вважав, що споруда не має права на існування, якщо вона не вписується у навколишнє середовище [8].

Щодо оглядових площадок та оптичних зон, то тут знову можна навест приклад Норвегії.



Рис. 5.5. Природна оглядова площадка (Норвегія)

Норвегію неможливо подивитися без **гірського трекінгу**, тобто якщо ви приїхали до цієї країни, треба бути готовим іти в гори. Трекінгом (trekking) називають похід на кілька днів, гірськими стежками, перевалами та ущелинами, з привалами та ночівлями в кемпінгах, будиночках або наметах. Уряд країни активно займається прокладанням різноманітних гірських маршрутів на будь-який смак та вік.

Якщо для туриста такий міні-похід сприймається як захоплююча пригода, то для середнього норвежця це щоденне рутинне тренування. Для них сходити в гори це як для нас вийти в парк на прогулянку, існує абсолютний культ хайкінгу (hiking) – піших походів на природі тривалістю не більше одного дня. Магазины гірського спорядження та екіпірування там на кожному кроці. У гори ходять усі незалежно від віку і навіть із дітьми. Взагалі норвежці – спортивна нація, вони катаються на велосипеді, бігають у будь-яку погоду, катаються на роликових лижах.

Ще одна туристична фішка Норвегії називається Scenic Routes, це щось подібне до мальовничих маршрутів. Їх близько 18 штук, і вони позначаються на дорозі спеціальною табличкою.





Рис. 5.6. Табличка з указанням одного із туристичних мальовничих маршрутів (Норвегія)

Scenic Routes – відмінний спосіб познайомитися з країною на автомобілі, це такий собі збірний маршрут, що проходить найкрасивішими частинами північної та центральної Норвегії, де по дорозі зустрічаються захоплюючі ущелини, льодовики, гірські річки з прозорою водою і звичайно фьорди. Насолоджуватись пейзажами можна й з вікна туристичного поїзду, що проходить мальовничими маршрутами (Фломська залізниця).

Норвегія дотримується екологічної стабільності (ecological sustainability). Це означає, що, виходячи з довгострокової перспективи, жителі зберігають продуктивність води, ґрунту та екосистеми та зменшують свій вплив на природне середовище та здоров'я людей до рівня, з яким можуть впоратися природне середовище та людство. У країні будується ціла низка екологічно стійких будівель, які називаються Power House – будівлі з негативним викидом вуглецю, тобто вони будуть виробляти більше енергії, ніж споживати протягом усього терміну служби, включаючи і будівництво та знесення. Такі будівлі мають великий навіс із сонячних батарей, що покривають весь дах та частину фасаду та виробляють тисячі кіловат енергії щороку. Матеріал з якого побудований будинок накопичує тепло протягом дня і повільно віддає його для обігріву.

Є кілька будівель у вигляді сталевих павільйонів з великим панорамним склом, облаштованих каміном та дерев'яними лавками. Боячись завадити іншим, люди там розмовляють пошепки, розслабляються, розглядають природні

дикі пейзажі та спостерігають за тваринами – північними оленями та арктичними лисицями. Таке місце дозволяє безпечно взаємодіяти людині та дикій природі.



Рис. 5.7. Критий павільйон для огляду природних ландшафтів (Норвегія)



Рис.5.8. Павільйон з великим панорамним склом (Норвегія)

Часто дорогами Норвегії зустрічаються **будиночки з травною на дахах**. Така технологія була популярна ще кілька століть тому і дозволяла вберегти будинок від протягів та протікань.





Рис. 5.9. Будиночок з травою на даху – пова інтеграція в природний ландшафт (Норвегія)

Норвежці мають **особливу концепцію відпочинку**. Свої вихідні вони будуть раді провести в **заміських будиночках (хютте, норв. "hytte")**, що розташовані серед лісу, в горах або поряд із водоймою.



Рис. 5.10. Заміський будиночок хютте поряд із водоймою (Норвегія)



Рис. 5.11. Заміський будиночок хютте поряд із лісом (Норвегія)

Класичне хітте – це маленька хатинка без водопостачання, електрики, мобільного зв'язку, інтернету та інших благ цивілізації. Найчастіше до них навіть **немає під'їзних шляхів**, а щоб потрапити до будинку іноді потрібно йти прямо в гори. Є таке правило, що хютте повинен бути не більше ніж за три години їзди від постійного місця проживання, щоб була можливість поїхати туди на вихідні і звичайно ж **мати мальовничий краєвид**.



Рис. 5.12. Засніжений хютте без «цивілізації» і під'їзних шляхів (Норвегія)



Усередині хютте оббита деревом і вміщує прості меблі з екоматеріалу.

Воду можна самостійно принести у відрі, якщо холодно запалюють пічку. Замість електрики є свічки. Людина залишається віч-на-віч із природою, заземлюється, слухаючи шум вітру і спостерігаючи вівцями, що пасуться неподалік.



Рис. 5.13. Норвезький хютте – все для спілкування з природою

Отже, в урбоекології існує два напрямки: 1. органічна архітектура, зосереджена на поєднанні внутрішнього простору будинку в навколишнім середовищем через систему природно-орієнтованих композиційних, формотворчих і конструктивних заходів, та 2) урбаністична екологія, що прагне гармоніювати будинки з ландшафтом через збереження і розвиток його пластичних характеристик.

Для цього повинні виконуватись такі умови:

- збереження природної місткості ландшафту (споруди не повинні його повністю візуально займати);
- збереження візуального масштабу просторової одиниці ландшафту (будинки не повинні перевищувати місцеві природні елементи);
- збереження замкненості візуальної одиниці ландшафту;
- збереження природної конфігурації візуальних бар'єрів;
- збереження візуальних фокусів огляду (оглядових панорамних точок).

Ці завдання виконуються не лише через відповідну композицію споруд у просторі, але й через форми та конструктивне і декоративне вирішення самих споруд. Залежно від способу розташування у ландшафті будинки поділяють на "такі, що вкривають", "такі, що проникають", "такі, що виростають", "такі, що примикають" такі, що заповнюють".

**Зв'язок архітектури з пейзажем** досягається або узгодженістю форм, пластики, кольорів, або узгодженістю тектоніки і конструктивних матеріалів, як візуальне "розімкнення" архітектурних споруд у ландшафті з використанням оздоблюючих матеріалів, що є дзеркальними чи таких, що змінюють колір залежно від оточення, за принципом хамелеону; заглибленням споруди у землю; застосуванням камуфлюючих методів декорації, включно з суцільним озелененням фасадів.

Ще одним способом виконання такого завдання є надання спорудам форм природних, біонічних об'єктів, тобто впровадження у міську структуру **біонічної архітектури**. Подібність форм будинків до навколишніх пагорбів і дерев **допомагає забудові органічно зливатися з ландшафтом, доповнювати його**. Природний ландшафт і природні елементи завжди становлять більшу або меншу частину урбанізованого середовища міст і поселень, допомагають створити у них здорову і приємну атмосферу. Наприклад, уже протягом тривалого часу існує і періодично втілюється **ідея міста-саду**. Так, недалеко від Парижу, у першій половині ХХ ст. створено **місто-сад Сюресн**, половину території якого займають дерева та квіти. А в датській провінції Беллалерал побудована **містечко Бгебергард**, планування якого розраховане на пішохідний доступу до всіх необхідних об'єктів. Містечко прикрашене скульптурами, фонтанами, об'єктами ландшафтного дизайну.

Такі міста-сади спрямовані на створення гармонійного та естетичного середовища для мешканців. Проте не можна беззаперечно зараховувати їх до об'єктів біонічної урбаністики, оскільки в них не ставиться завдання відтворення в умовах штучного середовища принципів функціонування природних екосистем. Використання природних об'єктів як зразків для виконання актуальних конструктивних і формотворчих завдань проявилось також у царстві ландшафтного дизайну.

Як пише П.Я.Крижанівська: «Специфіка ландшафтного дизайну полягає в тому, що основними засобами створення композиції є природні елементи – рослинність, рельєф і вода, а також штучні (антропогенні) – малі архітектурні форми, геопластика, водні споруди, декоративне покриття та ін. Тому у цьому виді дизайнерської діяльності використання природних форм здійснюється двома шляхами:

- через безпосереднє застосування у композиції живих природних елементів;
- через використання тектонічних та формотворчих особливостей природних об'єктів у предметному дизайні.

Діяльністю, яку сьогодні ми називаємо **ландшафтним дизайном**, людство почало займатися дуже давно, з тих часів, коли виникли перші поселення, міста і архітектурні ансамблі. Проте через велику вразливість об'єктів ландшафтного дизайну до несприятливих умов і потребу постійного догляду за ними (оскільки більшу частину їх складу становлять живі рослини), до наших днів переважно збереглися лише сліди давніх садів в археологічних розкопках, та історичні замальовки і описи, залишені очевидцями. Особливо відомим твором стародавнього ландшафтного дизайну "Сади Семіраміди" у Вавилоні, де вперше були застосовані засоби геопластики у поєднанні з декоративними посадками. Зберіглась також інформація про декоративне озеленення алей, призначених для релігійних процесів, у містах Стародавнього Єгипту.

У цих найдавніших ландшафтних творах природні об'єкти були застосовані у натуральному вигляді живої рослинної компоненти, що не була цілеспрямовано штучно формована як предметний дизайн, де переважно використовували скопійовані у природи форми тварин, птахів і рослин, пристосовуючи їх до відповідних функцій садово-паркового обладнання. У часи Європейського середньовіччя об'єктами ландшафтного дизайну були переважно монастирські і замкові сади, що поєднували рекреаційно-естетичні функції з господарськими і фармацевтичними, оскільки там вирощували не лише гарні, але й лікувальні та їстівні рослини.

Ренесанс, а за ним і бароко розвинули тип регулярних садів, насичених скульптурами, фонтанами та садово-парковим

обладнанням. Рослини у цих садах підпорядковувались загальній регулярній, симетричній композиції, а кущі та дерева часто отримували неприродну, штучно сформовану крону, виступаючи у ролі живих скульптур. Епоха Просвітництва змінила пріоритети у ландшафтному дизайні, вивівши на пік популярності ландшафтні, пейзажні парки, що копіювали природні ландшафти, навіть у дещо прикрашеному, ідеалізованому вигляді.

У принципі, оперуючи сучасними термінами, такий пейзажний парк можемо зарахувати до проявів біонічного підходу у дизайні середовища, оскільки природа послужила прототипам для його об'ємно-просторової композиції і загального художнього образного вирішення. Образ садів і парків кінця XIX — початку XX ст. перебував під впливом стилістики історизму, що адаптувала до тогочасних потреб як регулярні, так і пейзажні історичні взірці садово-паркових композицій. У цей період набули поширення загальнодоступні громадські парки, а з ними і нові типи паркового обладнання — лавочки, смітнички, ліхтарі, огорожі, альтанки. До них ставились зовсім інші вимоги, ніж до обладнання у садах приватних резиденцій: вони повинні були бути міцним, надійними і простими в експлуатації, але при цьому бути прикрасою для парку.

По суті, подібні завдання виконують усі живі організми: мінімальними засобами і найраціональнішим способом, без жодної зайвої деталі досягають потрібного результату, а естетика форм і кольору є наслідком досконалої функціональної структури живого організму. Тому закономірно, що саме у XX ст. паралельно з біонічними тенденціями в архітектурі, розпочалось аналітичне вивчення особливостей тектонічної структури, конструктивних вузлів, властивостей покрівельних тканин природних об'єктів, з метою використання подібних принципів в об'єктах ландшафтного дизайну.

Сучасний ландшафтний дизайн оперує не лише традиційними компонентами — живими рослинами у натуральному вигляді, або деревами і кущами із штучно сформованою кроною. Усе більшої популярності набувають скульптурні, об'ємні ландшафтні композиції з живих ростучих квітів, закріплених на сітчасто-земляному каркасі. Це о одним із проявів екологічного підходу до архітектурного середовища, коли

функції, традиційно закріплені за штучними об'єктами з тривких матеріалів (у цьому випадку це декоративна садово-паркова скульптура), виконують відповідно укладені і закріплені живі рослини.

В такий спосіб скульптора з живих квітів має не лише естетичне, але і санітарно-оздоровче значення для середовища, а природні зміни в колористиці і фактурі надають образу оригінальності і динамічності.

Активно розвивається й екологізм у дизайні. Екологізм – це світоглядна фундаментальна позиція дизайнера, яка може бути втілена у дизайні середовища та різних об'єктах матеріальної культури. у філософському значенні екологізм у дизайні — це цілісна система професійного проектно-образного мислення, творчого переосмислення дійсності у застосуванні до об'єкта проектування і пов'язаних з ним проблем формоутворення. Екобіоніка – нова концепція техніки, яка розглядає феномен техніки як частину розвитку біосфери.

В екобіоніці технологічний розвиток людства трактується як необхідна умова переходу мобільних біосоціальних та соціотехнічних структур у ноосферні форми. Такий перехід передбачає розроблення технічних систем з можливістю їх початкового вбудовування у біосферні процеси. Одне з найважливіших завдань екобіоніки — розроблення екобіонічних систем, що органічна вбудовуються у біосферні екологічні процеси.

**Просторово-предметне середовище життєдіяльності людини** розглядається як цілісна структура внутрішнього та зовнішнього простору. Просторово-предметне середовище – багатовимірний векторний феномен, сукупність природних і штучно створених просторів та їх предметне наповнення, що знаходяться у постійній взаємодії з людиною. Воно охоплює природні, техногенні, виробничі, еколого-гігієнічні і соціокультурні елементи. **Дизайн** — це міждисциплінарна науково-практична дисципліна з формування збалансованого просторова-предметного середовища, упорядження життєдіяльності людини, смисло- і структуроутворення об'єктів матеріальної і духовної культури.

Він трактується як предмет наукових досліджень і проектної діяльності в системі "людина – предмет – середовище". У філософському розумінні дизайн – це цілісна система професіонального мислення, яка здатна творити ідеї у напрямку максимального упорядження життєдіяльності людини згідно з її потребами, етичними та естетичними нормами певної епохи та соціокультурного осередку. Дизайн соціосистемного середовища прийнято розглядати у широкому соціокультурному контексті формування цілісних соціокультурних ситуацій — гармонійна структуризація предметного і процесуального аспектів системи "людина—предмет—середовище", а також програм організації таких систем. Людина стала суспільною особистістю, здатною планомірно і цілеспрямовано діяти, трансформувати простір, формувати предметний світ, змінюючи довкілля, своє життя і власну сутність. Її розвиток у просторово-часовому континуумі і культура взаємозв'язків зі світом зумовлювалися процесами розвитку науки, матеріальної і духовної культури, формуванням цілісного соціосистемного середовища.

**Для дизайну середовища, організації та формування процесів життєдіяльності людини важливими є такі концепти і стратегії його розвитку:**

- використання у середовищі природних компонентів ландшафтного дизайну в нерозривності їх природно-екологічних зав'язків;
- використання "природного" генерування форм і образів, розмаїття прийомів і засобів їх формотворення;
- широке використання властивостей ландшафтних засобів формування середовища для забезпечення різноманіття предметних форм і відтінків його образного змісту;
- використання "природних" форм, "зимових садів", "зовнішнього" ландшафту в інтер'єрах житлового і громадського середовища;
- використання принципів біодизайну як одного із екологічних напрямків проектної культури;
- охорона і відтворення природного середовища як умови життєдіяльності людини;
- використання прийомів перетікання природного середовища у штучне, і навпаки;



- використання у проектній діяльності позитивних урбоекоекологічних, архітектурних, конструктивних і технологічних рішень середовища на засадах сталого розвитку;
- створення багатофункціональних різноманітних архітектурно-просторових структур і містобудівельних систем у контексті концепції сталого розвитку;
- формування і розвиток екологічної культури, органічного способу життя соціальної спільноти за допомогою засобів і продуктів дизайнерської діяльності;
- підвищення якості життя людини у контексті засад антропоекології та сталого розвитку, формуванні ціннісних соціокультурних ситуацій та збалансованого середовища життєдіяльності людини;
- врахування властивостей і особливостей сприйняття (людський фактор) сприяє визначенню способів, ефективності та засвоєння простору;
- забезпечення людині психологічного комфорту та повноцінного естетичного освоєння навколишнього середовища, врахування індивідуальних потреб і запитів кожної особистості;
- кожна дизайнерська розробка просторово-предметного середовища повинна забезпечуватися екологічною і соціально-економічною оцінкою соціальних та економічних ресурсів на засадах сталого розвитку. Проектування просторово-предметного середовища – складний організаційний і творчий процес, що передбачає світоглядно орієнтоване осмислення проблеми, формування об'єкта проектування як структурного компонента багатовимірного організованого простору середовища і його цільового використання, і реалізацію рутинних операцій з його розроблення.

Середовище життєдіяльності людини це складна система природного і штучно створеного середовища, де виникає синергізм впливів фізичної, хімічної і біологічної природи. Постійна присутність у житті людини таких чинників, як мікроклімат, інсоляція й освітленість, електромагнітні випромінювання, шуми, продукти згоряння побутового газу, полімерні забруднювачі, аерозолі синтетичних мийних засобів і препаратів побутової хімії, тютюновий і кухонний дим, а також

лип, віруси і бактерії, сьогодні стимулює враховувати екопідхід до проектування середовища людини.

### **5.3. Архітектурно-біонічні форми в дизайні ландшафту**

Ідеї для дизайну малих архітектурних форм були підглянуті та запозичені у природи. В процесі проектування біонічних форм варто дотримуватись кількох важливих принципів:

1. Архітектурні форми повинні вписуватися в навколишній простір. У біоніці архітектурна споруда або садові меблі обов'язково гармоніюють з ландшафтом. Наприклад, біоніка пропонує будинок, який вбудовується в схил пагорба і плавно продовжує його, або літаючий в повітрі готель у вигляді хмари, або якщо мова йде про меблі для саду то крісло з каркасом з тонкої сітки, що нагадує ніжний серпанок з м'якими обрисами.

2. Мімікрувати і розчинятися в ландшафті або оточуючому середовищі. Настирливі акценти не властиві живій природі, тому і біоніка в дизайні не рясніє надлишком квітів і об'ємів, дозволяючи простору завжди залишатися повітряним і легким. Диван на тонкому каркасі, ширма з димчастого скла, ніжки лави з блискучого металу, ніби зливається з середовищем, позначають свою присутність, але не нав'язують його.

3. Володіти природними формами. Силуети будівель і предметів можуть бути обтічними і плавними, як раковини або живі організми, рідше – строгими, як кристали, але завжди гармонійними. Криволінійні предмети часто прагнуть до форми краплі води, морської зірки, квітки, ортогональні – до призми.

4. Дарувати тактильне задоволення. Без них немислима жива природа, і тому біоніка в дизайні середовища цінує фактурні предмети обтічної форми, від яких неможливо відвести погляду, сферичні форми виробів із пластику, що повторюють пластику тіла, суцільно складаються з приємних на дотик поверхні для сидіння та лави.

5. Об'єкти дизайну повинні бути лаконічними. Прості форми, що ясно читаються, силуети диктуються доцільністю, зручністю і ергономікою, будь то силует будівлі або тримача паперу, схожого на сучок дерева, обрис паркових меблів, що нагадує обрис пагорба або хвилі, ванни у вигляді стулки раковини.

6. Демонструвати природну структуру. Не тільки зовнішня форма, а й пов'язаний з нею «зміст» нагадують про зв'язок з природою. Сферична споруда всередині постає як серія печер-вимоїн в м'якій породі, скляний призматичний стіл продемонструє серію комірок внутрішніх відсіків, поверхня лави з термопластика явить пористу структуру матеріалу.

7. Вміти будуватися за модульним принципом. Принцип бджолиних сот і точно підігнаних один до одного кристалів підказує такі ідеї, як секційні споруди, модульні меблі, які зручно комбінувати, складати в ряд по горизонталі або вертикалі.

8. Радувати око природними кольорами та відтінками. Біоніка в предметному середовищі вітає відтінки снігу і ґрунту, зелені, води і неба, вони в біоніці самі «ходові». Як і в природних умовах, вкраплення яскраво-червоного або сліпуче-синього делегуються одиничним «акцентним» предметам з тонкими силуетами.



Рис. 5.14. Гніздо павука як прототип структурного моделювання



5.15. МАФ у вигляді гнізда павука, як результат біомодельовання



Рис. 5.16. Каміння, як прототип формального моделювання





Рис. 5.17 . Хмарочос, як результат біомоделювання



Рис 5.18. Вуглеволоконний павільйон на основі крила жука

Дослідженням *нормативних теорій в містобудуванні* займався К. Лінч, який виділив універсальні критерії якості міського середовища – *життєпридатність, усвідомленість, відповідність, доступність та контрольованість* [3, с. 69].

В розрізі дослідження міського середовища К. Lynch, до необхідних візуальних якостей середовища, відносить – ясність прочитання, структурність і впізнаваність, оскільки людина, здебільшого, сприймає міське середовище не послідовно, а фрагментарно у поєднанні з іншими турботами. Оскільки міське середовищу, як правило, є частиною шляху містян у їх повсякденних справах. Основною концепцією його підходу є поняття візуальної структури міського простору, а до основних завдань включає виявлення окремих компонентів цієї структури і їхньої значимості для спостерігача [3, с.77].

**До основних потреб людини** феноменологія відносить потребу самоідентифікації, в межах якої виділяють: міфологічну; гендерну; мовну; етнічну; релігійну; сімейну; колективістську; професійну; цивільну; політичну; регіональну; майнову; соціокультурну ідентифікації [8, с.75].

Одними із базисних видів ідентифікації людини в контексті розуміння естетики об'єктів культурної спадщини є етнічна, регіональна та соціокультурна, за рахунок яких окремі місця позитивно оцінюються, навіть якщо вони мають певні недоліки з точки зору їх привабливості, проте пов'язують людину з її історією, культурною на ментальному рівні. У такий спосіб і відбувається зв'язок поколінь, що є базисним аспектом формування національної свідомості за рахунок вивчення історії, природи, збереження та збагачення культурного надбання народу, усвідомлення важливості даних аспектів [7].

R. Kaplan, S. Kaplan, які запропонували метод аналізу та оцінювання привабливості ландшафту, що ґрунтується на концепції сприйняття людиною ландшафту не за окремими його фізичними елементами (рослинністю, рельєфом тощо), а за деякими холистичними якостями, звести які до простої конфігурації цих елементів неможливо [2]. **Такими якостями автори вважають – складність, узгодженість, передбачуваність та загадковість ландшафту**

Важливістю роботи R. Kaplan, S. Kaplan є аналітичні дослідження особливостей психологічного сприйняття людиною штучно створених ландшафтів невеликої площі, зокрема садів, наділених холістичними якостями, які являють собою цілісну штучно сформовану відповідно до певної ідеї композиційну систему. Поряд із тим, розглянуті чотири перцепційно-когнітивні виміри деякі автори вважають за такі, що у своїй сукупності визначають головні особливості естетичного сприйняття ландшафту. Однак, до головних додають і деякі **другорядні виміри образу ландшафту**: просторовість (глибина візуального проникнення у ландшафт), ідентифікованість (відчуття ландшафту як знайомого), натуральність (сприйняття ландшафту як природного утворення, його незайманість), орнаментованість (протилежне натуральності ландшафту), граничність (наявність чітких меж у ландшафті), текстурність (наскільки дрібнозернистим сприймається простір ландшафту), рослинність (представленість у ландшафті деревної рослинності) [4]. Варто зауважити, що R. Kaplan, S. Kaplan в своїх працях зосереджують увагу на інформативності ландшафту, як визначальної якості при оцінюванні людиною, яка обумовлена її еволюційним розвитком як біологічного виду. Такі обставини обумовлюють можливість віднесення теорії до еволюційних та інформаційно-пізнавальних [3, с.79].

Метод Ph. S. Kane передбачає анкетування респондентів за шістьма категоріями – форми рельєфу, вода, рослинний покрив, діяльність людини, композиційні чинники (наприклад, кольорова різноманітність, видимість, хмарність тощо). Головним елементом ландшафтної структури вважається рельєф, як основний чинник формування привабливого пейзажу. У процесі оцінювання рельєфу враховується його форма, глибина, розчленування, перепад висоти, крутизна схилів, розчленованість, а також наявність морфо скульптурних форм рельєфу. Суть методу, який розробив Ph. S. Kane, полягає в оцінці пейзажу за набором якісних показників та за ступенем їх прояву за 7-бальною шкалою (шкала Лікерта) [1]. Анкетна форма, яку пропонують респондентам, включає 21 пару прикметників, якими можна охарактеризувати емоційну реакцію на пейзаж.

Застосування певних парк прикметників – метод семантичного диференціалу досить часто застосовується для визначення загально-ландшафтної реакції респондента на пейзаж. При цьому в окремих випадках для визначення семантичних диференційних шкал здійснюється попереднє дослідження для означення місця конкретного пейзажу в семантичному просторі [6]. Узагальнюючим існуючу теоретичну базу використання різноманітних показників при візуальній оцінці характеру та естетики ландшафту вирізняється робота А. Оде, М.С. Твейт & Г. Фру [5]. Автори представляють структуру взаємозв'язків дев'яти теоретичних концепцій візуального оцінювання характеру ландшафту (складність, узгодженість або гармонійність, дисгармонія, доглянутість, уявлюваність, візуальний масштаб, природність, історичність та мінливість), їх взаємозв'язок з теоріями естетики ландшафту, а також

обґрунтування особливостей використання джерел отримання даних при дослідженнях характеру ландшафту. За теоретичну основу при формуванні візуальних показників, які визначають характер ландшафту авторами було взято дослідження М. Твейт, А. Оде & Г. Фру, що дало змогу пов'язати візуальні показники з конкретними візуальними концепціями, які визначають ландшафтний характер [3].

Естетика ландшафту як науковий напрям пов'язана з рядом природничих наук, серед яких, на думку М. Д. Гродзинського та О. В. Савицької важливе значення має еволюційна біологія, оскільки формування естетичних вподобань людини має біолого-еволюційний базис [4]. Загальні еволюційні тенденції відображають біологічну сутність людини як виду і визначають її потреби – самозбереження і розвитку, потяг до освоєння нових просторово-часових середовищ. Наведені тенденції стали передумовою виникнення двох протилежних типів емоцій – негативних, які людина прагне послабити або уникнути та позитивних, котрі вона хоче підсилити, продовжити і повторити [9]. Особливості сприйняття оточуючого середовища людиною сформовані в результаті біологічної еволюції – філогенезу та визначають естетичні переваги, які сформувалися корисністю для виживання (біологічний досвід). Даний тезис базується на теорії



розвитку особистості Л. С. Виготського та тристоронній парадигмі ландшафтної естетики S. C. Bourassa [3].

В першу чергу до еволюційних теорій варто віднести теорію J. Appleton «перспектив» і «укриттів» [7]. Теорія базується на тезі, що естетичні переваги ландшафту обумовлені ознаками, які виявилися сприятливими для виживання та обумовлені поведінкою людей, що утворилися внаслідок еволюції. Естетичним «вважається» середовище, яке виявилось найсприятливішим для виживання.

Теорія J. Appleton, стала основою для формування S. C. Bourassa принципів появи естетичного задоволення від споглядання ландшафтів – біологічному та культурному. Біологічний полягає у наданні естетичних преференцій людиною пейзажів, в яких присутні об'єкти, що можуть слугувати укриттям, при цьому з нього відкриватимуться далекі перспективи на оточуючий ландшафт. Культурний – пояснює природу естетичного задоволення від пейзажу який сприяє культурній ідентичності [3]. Відповідно естетична оцінка пейзажу людиною, на думку S. C. Bourassa обумовлена інстинктивними (об'єктивними) та художніми (суб'єктивними) естетичними цінностями.

В свою чергу D. E. Berlyne розробив психобіологічний підхід до естетики, а естетичну поведінку людини класифікує як окремий випадок дослідницької поведінки. Естетичні переваги залежать від наявності мотиваційних стимулів при естетичному сприйнятті середовища. До мотиваційних стимулів автор відносить – новизну, несподіванку, складність, неоднозначність і мінливість [3].

Теорія «перспектив» і «укриттів» базується на двох протилежних вимогах людини до середовища проживання: можливість візуально контролювати навколишнє середовища одночасно залишаючись непоміченим. Задоволення зазначених вимог закріплювалася у процесі еволюції та створює передумови для естетичного задоволення. Естетичні преференції людини обумовлені оцінюванням небезпеки. Важливою характеристикою естетичних переваг автор вбачає ймовірні шляхи між окремими елементами ландшафту [3, с.82-83].

До еволюційних підходів дослідження естетики ландшафту може бути віднесена гіпотеза біофілії, запропонована E. O. Wilson,

яка пояснює надання людиною переваги природному середовищу над створеного людиною еволюцією, оскільки люди проводили більшу частину своєї еволюційної історії в природних умовах як мисливці та збирачі, вони мають спадкову схильність до встановлення емоційного зв'язку з природою [7].

До еволюційних теорій Г. О. Осиченко відносить дослідження J. L. Nasar, S. Kaplan, R. Kaplan та T. Herzog, які базуються на наведених вище теоріях, однак розширені, а основною естетичною якістю вважаються інформативність середовища, що надає можливість його вивчення та розуміння. Зокрема, S. Kaplan виділив первинні якості пейзажу, як сприятливі – наявність води, дерев, гілок і листя, що відповідає географічній зоні савани та листяних лісів [6].

Важливе значення інформативності ландшафту для еволюційного розвитку людини обумовлюють тісний зв'язок між еволюційними та інформативно-пізнавальними підходами дослідження естетики ландшафту. У зв'язку із важливим значенням інформації в різних контекстах як естетичної якості об'єктів, що підкреслюється в ряді проаналізованих вище підходів виокремлено інформаційно-пізнавальний підхід. Предметом інформаційно-пізнавального підходу є особливості вираження та (або) сприйняття інформації за рахунок морфології ландшафту та її значення у процесі пізнання, та формуванні естетичних преференцій [3, с.84].

### **Висновки до п'ятого розділу**

Навколишнє середовище має сильний вплив на фізіологічний та психоемоційний стан людини. Виявлення природи сприйняття людиною ландшафту та його впливу на неї є важливим аспектом у вивченні питань створення комфортного середовища, яке необхідно як для формування особистості окремого індивіда, так і для культурно-національної свідомості певного соціуму загалом. Це вимагає, з одного боку, розуміння того, як виникає організація даної поверхні та, з іншого – як у її контакті з людиною проявляється ландшафт, який є одним з найважливіших явищ, що впливають на становлення її ментальної карти .

Таким чином, важливим теоретичним аспектом дослідження естетики ландшафту є вивчення його компонентів з психологічної

точки зору, особливостей їх сприйняття людиною, аналіз природи сакральності ландшафту, що являє собою процес самовдосконалення та саморозвитку особистості, а також світовий досвід формування ландшафту для впливу на психоемоційний стан людини.

Сприйняття людиною середовища обумовлено фізіологією, яка стала результатом філогенезу, і психологією, що сформувалася в результаті соціогенезу та онтогенезу. Відповідно, фізіологічні особливості людей є подібними, що обумовлює відносну об'єктивність сприйняття за рахунок біологічного естетичного досвіду. Інакша ситуація з психологічним сприйняттям, яке є суб'єктивним, індивідуальним, визначається його культурним та особистісним естетичним досвідом.

У вітчизняному науково-методичному дискурсі поки що не існує цілісних розбок з ландшафтної терапії. У зарубіжних виданнях ландшафтну терапію частіше розглядають як садотерапію клієнтів (пацієнтів), які лікуються чи проходять лікувальний / реабілітаційний курс у лікувальних, психіатричних чи пенітенціарних установах. Існує мало робіт, присвячених впливу саме ландшафтного дизайну та урбодизайну, зокрема, впливу естетики паркового середовища на стан комфортності жителів населеного пункту. Не розроблена система оцінки антропогенного середовища, яка б фіксувала здатність останніх задовольняти всі потреби людей, зокрема, потреби у сприянні здоров'ю, комфортності, відпочинку, якості життя.

Розуміння наявної проблеми світовою спільнотою підтверджується прийняттям на міжнародному рівні ряду нормативно-правових документів та стратегій, у тому числі ратифікованих Україною. В першу чергу до таких відноситься Європейська ландшафтна конвенція де «ландшафт» визначений як територія, як її сприймають люди, характер якої є результатом дії та взаємодії природних та / або людських чинників.

У нашому дослідженні вперше зроблена спроба інтерпретації проблеми ландшафтної терапії та ландшафтного дизайну крізь призму концепту «якість життя». Це всеохопне поняття, яке включає в себе і здоров'я, і благополуччя, і суб'єктивне відчуття щастя.

У розрізі теми дослідження нами проаналізовані завдання ландшафтної терапії як методики психотерапевтичної і соціальної роботи з особами, постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій.

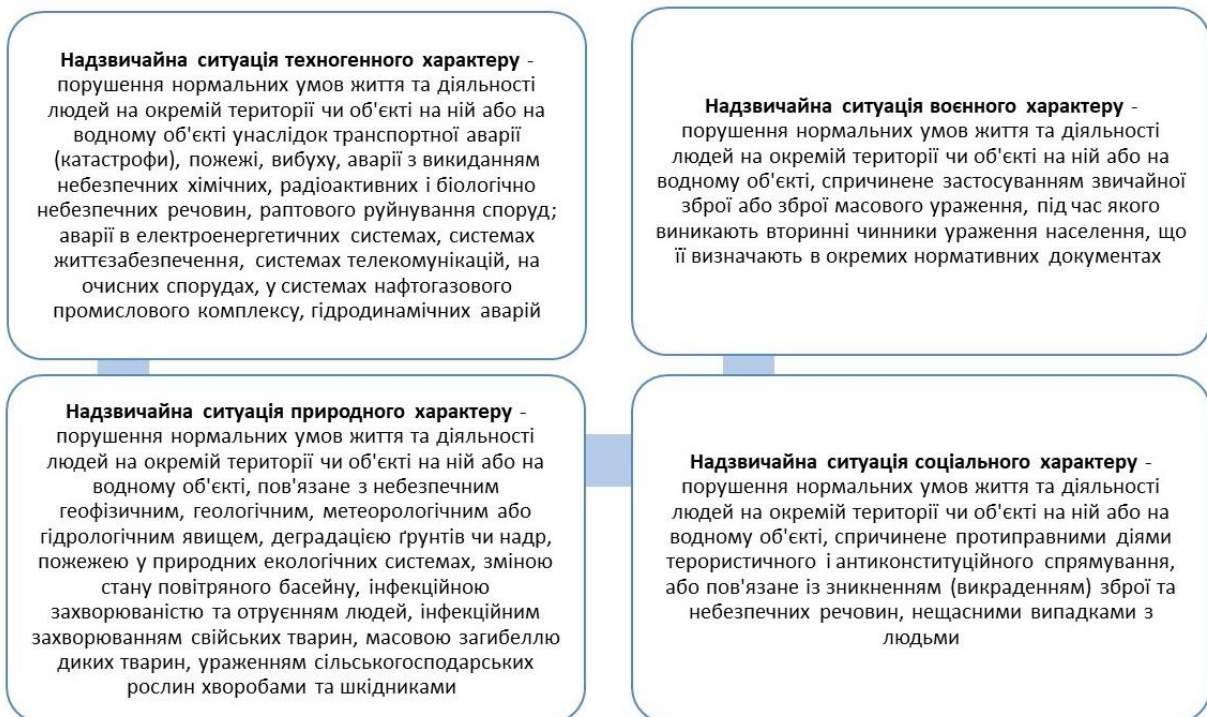
### **Список використаних джерел до п'ятого розділу**

1. Боговая И., Фурсова Л. Ландшафтное искусство : учебник для вузов. Москва : Агропромиздат, 1988. 223 с.
2. Большаков А. Г. Градостроительная организация ландшафта как фактор устойчивого развития территории : дис. докт. арх. наук : 18.00.01 – Теория и история архитектуры, реставрация и реконструкция архитектурного наследия. Иркутск, 2003. 424 с.
3. Гатальська Н.В. Теоретико-методологічні аспекти формування естетики паркового середовища. Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора архітектури за спеціальністю 18.00.01. Теорія архітектури, реставрація пам'яток архітектури. Харківський національний університет будівництва та архітектури, Харків, 2020. 420 с.
4. Глазычев, В. Л. Социально-экологическая интерпретация городской среды. Издательство: Наука. М.: Наука, 1984. 180 с.
5. Гроздинський М. Д., Савицька О. В. Естетика ландшафту. Київ : поліграф. центр «Київський університет», 2005. 183 с.
6. Дирин Д. А., Попов Е. С. Оценка пейзажно-эстетической привлекательности ландшафтов : методологический. Изв. Алтай. гос. ун-та. 2010. № 3. С. 120–124.
7. Иконников А. В. Искусство, среда, время: Эстетическая организация городской среды. Москва : Советский художник, 1985. 336 с.
8. Нефедов В. А. Ландшафтный дизайн и устойчивость среды. Санкт-Петербург : Полиграфист, 2002. 295 с.
9. Сычева А. В. Ландшафтная архитектура : уч. пособие для вузов (2-е изд., испр.). Москва : ООО «Изд. дом «ОНИКС 21 век», 2004. 87 с.

*Сопівник І. В., Мацола В. А.*

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІДНОВЛЕННЯ ОРГАНІЗМУ ЛЮДИНИ ЗАСОБАМИ ПРИРОДОТЕРАПІЇ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

Надзвичайна ситуація, відповідно до класифікатора надзвичайних ситуацій ДК 019:2010, це порушення нормальних умов життєдіяльності людей на певній території чи об'єкті, спричинене катастрофою, аварією, стихійним лихом чи іншою небезпечною подією, наприклад епідемією, епіфітотією, епізоотією, пожежею, що призвело до великої кількості постраждалих, загрози здоров'ю або життю людей (можливо їх загибелі), значних матеріальних утрат, неможливості проживання населення на території (або об'єкті), ведення там господарської діяльності. Виділяють чотири основні типи надзвичайних ситуацій, зокрема техногенного, природного, воєнного та соціального характеру (<https://ips.ligazakon.net/document/FIN61335>). Особливості надзвичайних ситуацій певного характеру відображені на рисунку 1.



**Рис. 1.1. Види надзвичайних ситуацій**

Із метою вивчення впливу надзвичайних ситуацій на окремі прояви поведінки молодих людей нами було проведене експериментальне дослідження. Мета експериментальної роботи полягала у дослідженні впливу факторів надзвичайної ситуації на схильність до агресивної поведінки серед учнівської і студентської молоді. Нами було проведене дослідження в Україні протягом 2016-2020 рр. в умовах надзвичайних ситуацій. У 2016 році в Україні третій рік поспіль тривала надзвичайна ситуація військового характеру, на Сході України, яка наклала свій відбиток на усю молодь країни. У 2020 році, молоді люди опинилися під дією надзвичайної ситуації медико-біологічного характеру, в зв'язку із пандемією Covid-19. Нами було зроблено два діагностичні зрізи, відповідно у 2016 та 2020 році за однією і тією ж самою методикою «Агресивна поведінка» (за Є. Ільїним та П. Ковальовим). Результати дослідження свідчать, що існує прямий зв'язок між перебуванням молодої людини в умовах надзвичайної ситуації та зростанням рівня агресивної поведінки, зокрема прямої, фізичної. Тому, в умовах надзвичайних ситуацій необхідно розробляти та реалізувати програми соціально-психологічної та педагогічної реабілітації молодих людей.

Феномен агресії, агресивності, агресивної поведінки, причини її виникнення, превенція та корекція є предметом досліджень вчених із різних галузей наук.

Не дивлячись на велику кількість публікацій, зростання кількості агресивних дій, особливо у дитячому і молодіжному середовищі, виникнення нових зовнішніх форм прояву агресивної поведінки (унаслідок розвитку мережі інтернет та виникнення онлайн спілкування з'явилися нові, особливі форми прояву людської агресії: електронна соціальна агресія, кіберагресія, і такі форми агресії мають тенденції до зростання [1]) та, зважаючи на небезпеку насильницьких дій, суїцидальної поведінки та інших деструктивних поведінкових девіацій, що можуть бути притаманні не тільки дитині з агресивністю, а й викликати таку ж поведінку у жертви агресії, вважаємо за доцільне продовжувати досліджувати явище агресивної поведінки. Першим кроком до розробки ефективних шляхів запобігання агресивної поведінки мають стати діагностика схильності до такої девіації дітей та молоді з метою

з'ясування причин її виникнення та розробки профілактичних заходів.

У науковій літературі описані результати досліджень, які свідчать, що в умовах надзвичайних ситуацій люди проявляють вищий рівень агресії. Докази зростання рівня схильності до агресивної поведінки знаходимо ще під час епідемії чуми 1603 року, зокрема в описах Томаса Деккера «Houses were rifled, streets ransacked, beautiful maidens thrown on their beds and ravished by sickness, rich men's coffers broken open and shared amongst prodigal heirs and unthrifty servants, poor men used poorly but not pitifully» (Kira L. S. Newman. Shutt Up: Bubonic Plague and Quarantine in Early Modern England. *Journal of Social History*, Volume 45, Issue 3, Spring 2012, Pages 809–834, <https://doi.org/10.1093/jsh/shr114>).

Факт впливу різноманітних надзвичайних ситуацій на зростання агресії засвідчує United Nations Development Programme, відзначаючи, «GBV increases during every type of emergency – whether economic crises, conflict or disease outbreaks» (<https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/womens-empowerment/gender-based-violence-and-covid-19.html>).

Barbara Krahe – Professor of Social Psychology at the University of Potsdam (Germany) наводить 4 фактори, які в умовах пандемії (надзвичайної ситуації медико-біологічного характеру) обумовлюють агресію, зокрема: 1) відсутність контролю, 2) розчарування, 3) соціальне дистанціювання; 4) невизначеність і невпевненість, які породжують стрес. Barbara Krahe, акцентує увагу на взаємозв'язку стресу і агресивної поведінки. Дослідниця відзначає, що «Uncertainty creates stress, and stressed people are more likely to show aggressive behavior, not least because coping with stress requires resources, such as self-control, that are needed to inhibit aggressive behavior» (Barbara Krahe. *Aggression in Times of Covid-19: The Social Costs of the Pandemic*. November 11, 2020. <http://surl.li/sfsj>

Дослідження італійських науковців (Bonichini S, Tremolada M.) свідчать, що опитані респонденти зазначили серед емоцій, які вони відчували за останній тиждень в умовах карантину це сум (72%), нудьга (54,5%), імпотенція (52%), тривога (50%), щастя (38,6%), гнів (37,8%) та інші. (Bonichini S, Tremolada M. *Quality of Life and Symptoms of PTSD during the COVID-19 Lockdown in Italy*.

International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021; 18(8):4385. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084385>) Така кількість негативних емоцій може бути підґрунтям для проявів агресивної поведінки.

Guy Hall, Associate Professor and Academic Chair Criminology at Murdoch University) доводить, що «learning to deal with frustration is critical when handling aggression and heightened frustration in a time as frustrating as the COVID-19 pandemic». (Guy Hall. Why is COVID-19 making people so aggressive? <https://www.murdoch.edu.au/news/articles/why-is-covid-19-making-people-so-aggressive> ).

Дослідження (Johnsen, G.E., Morken, T., Baste, V.) свідчить, що в клініках невідкладної первинної медико-санітарної допомоги насильство є серйозною проблемою, оскільки «середній загальний бал SOAS-RE для зареєстрованих агресивних інцидентів склав 9,7 за шкалою від 0 до 22, і 60% інцидентів були визнані серйозними» «The mean overall SOAS-RE score for reported aggressive incidents was 9.7 on a scale from 0 to 22, and 60% of the incidents were considered severe» (Johnsen, G.E., Morken, T., Baste, V. et al. Characteristics of aggressive incidents in emergency primary health care described by the Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency (SOAS-RE). BMC Health Serv Res 20, 33 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4856-9>)

Дослідження в провінції Хубей (Китай) свідчать, що «Results also revealed that young people aged 21–40 years are in more vulnerable position in terms of their mental health conditions and alcohol use» (Md Zahir Ahmed, Oli Ahmed, Zhou Aibao, Sang Hanbin, Liu Siyu, Akbaruddin Ahmad. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. Asian Journal of Psychiatry. Volume 51, June 2020, 102092. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092> )

«Results indicated (Ye B., Zeng Y., Im H., Liu M., Wang X., Yang Q.) that moral disengagement mediated the effect of fear of COVID-19 on college students' overt and relational online aggressive behavior» (Ye B., Zeng Y., Im H., Liu M., Wang X. and Yang Q. (2021) The Relationship Between Fear of COVID-19 and Online Aggressive Behavior: A Moderated Mediation Model. Front. Psychol. 12:589615. doi: 10.3389/fpsyg.2021.589615).



Зважаючи, на зазначені вище дослідження, нами було поставлено завдання з'ясувати як впливають надзвичайні ситуації на українську учнівську молодь.

Безпосередньо дослідницький експеримент проводився у два етапи (див. Рис.1). Перед проведенням дослідницького експерименту за допомогою методів контент-аналізу, узагальнення, систематизації вивчено психолого-педагогічну, наукову літературу з питання сутності агресивної поведінки, агресивності, узагальнення причин, що стають сприятливим підґрунтям для проявів агресії у дітей підліткового і юнацького віку. У процесі експериментальної роботи проведено два діагностичних зрізи. З метою діагностики схильності до агресії було застосовано методику «Агресивна поведінка» (за Є. Ільїним та П. Ковальовим).

Відповідно до зазначеної методики респонденти давали відповіді «так», «ні» на запропоновані розробниками твердження. За результатами відповідей визначено схильність опитаних до таких агресивних форм поведінки: вербальна, фізична, пряма і непряма. Крім того, умовами методики визначення схильності до агресивної поведінки передбачалася максимальна оцінка за кожним видом агресії, яка дорівнювала 10 балів.

*Обсяг вибірки.* Дослідження проводилося серед учнівської та студентської молоді, віком 14-19 років. За даними Державного інституту сімейної та молодіжної політики України (<https://dismp.gov.ua/stat/younght-count-ua/?gen=all,men,women&age=14-34>) у 2016 році в Україні проживало 2325627 молодих людей, віком 14-19 років, а в 2020 році – 2268234.

Обсяг вибірки (на рівні достовірності 95%) має складати не менше 400 осіб, нами залучено 411 осіб (2016 р.) та 403 (2020 р.). До вибірки увійшли молоді люди із Західного (Тернопільська область), Центрального (м. Київ, Київська область) та Східного регіонів (Сумська та Харківська область) України (див. Табл.1).

Перший діагностичний зріз проводився у 2016 році, коли в Україні третій рік тривав збройний конфлікт на Сході України. В анонімному анкетуванні взяли участь 299 дітей віком від 11 до 18 років – учні 6-11 класів та студенти 1-2 курсів закладів вищої освіти. У вибірці – діти, які мешкають у сільській (26%) та міській

(74%) місцевостях із західних, східних, центральних областей України та окремих районів Луганської області.

У 2020 році, здійснено другий діагностичний зріз за тією ж методикою, у розпал пандемії Covid-19. В онлайн опитуванні взяли участь 283 дитини віком від 11 до 19 років – учні 6-11 класів та студенти 1-2 курсів закладів вищої освіти із різних регіонів України.

1 етап – вересень-грудень 2016 року – перший діагностичний зріз – мета полягала у вивченні схильності до агресії серед учнівської молоді в умовах надзвичайної ситуації військового характеру.

2 етап – вересень-грудень 2020 року – другий діагностичний зріз – проводився з метою виявлення схильності до агресії серед учнівської молоді України в умовах двох одночасних надзвичайних ситуацій – військової та медико-біологічної.



**Рис. 1. Блок-схема експериментальної роботи**

Проведене нами опитування (2016; 2020) дає підстави стверджувати, що у респондентів домінує схильність до прямої вербальної агресії (32% – 2016р.; 44% – 2020 р.) та прямої фізичної (29% – 2016р.; 51% – 2020 р.). Практично чверть опитаних схильна до непрямой вербальної агресії (Таблиця 1).

**Таблиця 1.**

**Результати діагностики схильності до агресивної поведінки підлітків, 2016 рік (299 особи)**

<b>Види агресивної поведінки</b>	<b>Осіб</b>	<b>у %</b>
Пряма вербальна	96	32,11
Пряма фізична	87	29,10
Непряма вербальна	117	39,13
Непряма фізична	51	17,05

У 17% дітей за результатами дослідження виявлено схильність до іншого виду непрямой агресії – фізичного. Важливо зазначити, що у вибірці відсутні респонденти, які не мали б схильності до жодного з перелічених видів агресивної поведінки. Особливе занепокоєння викликає достатньо велика частка (39% – 2016р.; 45% – 2020 р.) підлітків із схильністю до непрямой вербальної агресії, адже вона супроводжується прихованими діями ((Таблиця 2).

**Таблиця 2.**

**Результати діагностики схильності до агресивної поведінки підлітків, 2020 рік (283 особи)**

<b>Види агресивної поведінки</b>	<b>Осіб</b>	<b>у %</b>
Пряма вербальна	125	44,17
Пряма фізична	82	28,97
Непряма вербальна	128	45,23
Непряма фізична	87	30,74

Порівняльний аналіз результатів дослідження схильності до агресивної поведінки серед учнівської молоді України свідчить, що відсоток підлітків із схильністю до прямої агресивної поведінки не зазнав змін, незначно збільшився відсоток підлітків із непрямою вербальною агресією, проте суттєве збільшення (більше 10%) констатуємо за схильністю до прямої вербальної та непрямой фізичної агресії (Таблиця 3).

**Таблиця 3.**

**Динаміка проявів схильності до агресивної поведінки підлітків (2016-2020 рр.), у %**

<b>Види агресивної поведінки</b>	<b>2016</b>	<b>2020</b>	<b>Різниця</b>
Пряма вербальна	32,11	44,17	-12,06
Пряма фізична	29,10	28,97	0,13
Непряма вербальна	39,13	45,23	-6,1
Непряма фізична	17,05	30,74	-13,69

В науці відомі різні класифікації агресивної поведінки. Однак найчастіше розрізняють фізичну (пряма і непряма) та вербальну (пряма і непряма). Щодо природи самої агресії, то її розглядають як вроджену і набуту властивість. Як першу її трактував З. Фройд. Він вважав, що дитина вже народжується агресивною, а під час соціалізації зазначена властивість повинна знівелюватись. Якщо ж цей процес відбувався з порушенням, в результаті отримуємо агресивну поведінку. Такої ж думки і Т. Гоббс, який зробив припущення, що людині властивий егоїзм із самого народження, однак, аби стати членами суспільства, їй потрібен контроль і вплив соціуму.

Іншої думки біхевіористи. Вони стверджують, що людина є пасивним об'єктом, однак не відкидають впливу навколишнього середовища на формування її поведінки. Відома теорія «tabula

rassa» Джона Локка теж говорить про вплив на людину зовнішніх чинників, оскільки при народженні людина – «чиста дошка». Доречно тут згадати теорію аномії Е. Дюркгейма, який застерігав, що саме відсутність чітких норм поведінки у суспільстві сприяє виникненню девіацій, а також У. Реклесса, який, окрім іншого, причиною девіантної поведінки вважав брак соціального контролю.

Представники біологічних теорій пояснюють причини виникнення девіантної поведінки (агресивна поведінка відноситься до поведінкових девіацій) фізіологічними особливостями організму людини.

Вважається також, що одні гормональні структури підвищують чутливість нервової системи до агресії, а інші знижують. У різних національностей, культурах вчені спостерігають гормональний вплив на формування агресивної поведінки людини [2, с. 23].

Отож, так чи інакше всі теорії більшою чи меншою мірою сходяться до того, що, з однієї сторони зовнішні чинники, суспільні фактори створюють сприятливе підґрунтя для формування агресивної поведінки, а з іншого, якщо вони є керованими і передбачають цілеспрямований виховний вплив на формування і розвиток гармонійної особистості, запобігають агресивній поведінці.

Окрім того, думку про те, що агресивність є виключно негативною рисою, не поділяють усі науковці. Зокрема, психологи вважають, що її відсутність веде до пасивності, конформності. Сама по собі агресивність не робить людину свідомо небезпечною, бо існуючий зв'язок між агресивністю та агресією не є жорстким і сам акт агресії може не приймати свідомо небезпечні та несхвалюючі форми [3, с.13-14]. Агресивні тенденції будуть реалізовані в основному в психотравмуючих ситуаціях, де виникає висока ймовірність емоційної напруги [4, с.21-22]. Варто враховувати і таку думку, що агресивність є одним з інстинктів самозбереження людини, що пояснює агресивну поведінку як захисну реакцію на подразники навколишнього середовища.

Інші ж вважають, що агресивна поведінка у дитячому та молодіжному середовищі негативно відображається на особистості: ускладнює якісне навчання, спортивну та трудову

діяльність, деформує психіку, порушує соціальні зв'язки, знижує загальний інтелектуальний та духовний рівень [5, с. 181].

Аналіз і узагальнення літературних джерел [1-33] дає підстави систематизувати фактори, що сприяють формуванню агресивної поведінки. Це – внутрішні і зовнішні. До перших належать вроджена схильність, особистісні характеристики, комплекси неповноцінності, неадекватна самооцінка, потреба і засіб самовираження та самоствердження через домінування над іншими, що тісно пов'язана з конфліктом, а, отже, є зовнішнім вираженням конфліктної ситуації, способом поведінки у ній, коли невміння вирішувати проблемну ситуацію компенсується агресією, відсутність емоційної компетентності. До інших – навколишнє природне середовище, нестабільні соціально-економічні умови, соціальне середовище, зокрема, масова культура, особливості взаємин з однолітками і дорослими, відсутність належного сімейного виховання, гіпоопіка, гіперопіка, небажання батьків відповідати на потребу підлітків у ставленні до них не як до дітей, а до рівних і партнерів.

Так, Pol van Lier, Frank Vitaro, Manuel Eisner [12] у своїй публікації зазначають, що на формування агресивної поведінки впливає соціометричний статус дитини в учнівському колективі. Зокрема, 5-10% дітей зазнають хронічного відторгнення однолітками і, відповідно, агресивних дій. Однак й агресивна поведінка дитини може слугувати фактором відторгнення.

Аналізуючи різні дослідження в школах, Schick Andreas, Cierpka Manfred [11] зазначають, що для багатьох школярів агресія є частиною їхнього повсякденного життя. Наприклад, в одному із них йдеться про те, що 4-12% опитаних учнів використовують силу в школі щонайменше раз на тиждень.

Також агресію пов'язують із віктимізацією поведінки представників підростаючого покоління. Коли процес соціалізації протікає із порушеннями, дитина не вміє регулювати свої агресивні імпульси, адаптуючись до вимог суспільства [9].

Окремо виділяють зростаючий негативний вплив засобів масової інформації та соціальних комунікацій на поведінку дітей і молоді. Лобач, Мірошніченко наводять у своїй публікації дані про

те, що до закінчення школи дитина спостерігає лише по телевізору 8000 сцен убивствами, 100000 інших ситуацій жорстокості [3].

Важливо знати, що спонукає дітей до вияву агресивних дій до інших. На основі емпіричного дослідження, про яке йдеться у публікації Блискуна, [1] свої агресивні дії в мережі інтернет молодь виявляє не тільки як самозахист на образі, завданий біль, а й задля розваги.

Агресивні та асоціальні дії підлітки виявляють як по відношенню до однолітків, так і стосовно дорослих (батьків, педагогів) [5]. Агресивність достатньо стабільна у часі, й велика імовірність того, що агресія у дитинстві може перейти у стійку асоціальну чи антисоціальну поведінку у підлітків та юнаків. Агресивність у дитячому віці впливає не тільки на взаємини з оточуючою дійсністю, але й визначає загальний розвиток особистості, її різних сторін [2].

Дослідження українського науковця Дроздова О. у 2003 році засвідчило, що висока агресивність проявлялася лише у 1% української молоді (зокрема серед учнів старших класів, училищ на студентів закладів вищої освіти) (Дроздов О.Ю. Соціально-психологічні фактори динаміки агресивної поведінки молоді: Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.05; Ін-т психології ім. Г.С.Костюка АПН України. К., 2003. 20 с. <https://cutt.ly/sbpfv1w>)

Проведений нами діагностичний зріз у 2016 році дає підстави стверджувати, що за 13 років, серед української учнівської молоді схильність до агресивної поведінки зростає. Якщо у 2003 році у 1% учнівської молоді зафіксовано високу агресивність, то у 2016 році констатуємо 32% респондентів у яких домінує схильність до прямої вербальної агресії та 29% до прямої фізичної.

Слабкою стороною дослідження є те, що ми порівнюємо 2 групи учнівської молоді 2003 та 2016 року. Дослідження агресивної поведінки у зазначених двох групах здійснюється за різними методиками, проте фіксуємо суттєве зростання відсотку учнів і студентів із схильністю до агресії. Аналіз чинників, які могли б призвести до такої ситуації свідчить, що найбільш ймовірним є фактор надзвичайної ситуації військового характеру, починаючи із 2014 року.

Також нами розглядалася можливість впливу соціально-економічних факторів на зростання рівня агресії серед підлітків.

Проте, дослідження українських науковців 2019 року свідчать, що не встановлено зв'язку між соціально-економічним становищем сім'ї та рівнем агресивності дітей. Так, дослідники (Денисова М.Ф., Музика Н.М., Шкіряк-Ніжник З.А.) відзначають, що «Вірогідної різниці між кількістю підлітків у групах (агресивна, неагресивна) за вказаними запитаннями (щодо економічного рівня родини) не було» (30, С.471). Зазначеними дослідниками «виявлено вірогідно значимі показники різниці харчової поведінки підлітків агресивної і неагресивної груп... Характерним для них (підлітків із агресивною поведінкою) є неконтрольоване вживання їжі, відмова від вживання м'яса птиці, риби, яєць, відвідування закладів швидкого харчування або часті перекуси їжею вуличного приготування» (30, С.473).

Дослідження українських науковців свідчать, що окрім харчової поведінки на прояви агресивності, впливають також такі фактори як: а) *пренатальні*, зокрема особливості харчування матері в період вагітності, її психоемоційний стан, частота вживання певних лікарських препаратів (Денисова М. Ф., Музика Н. М., Горбань Н. Є., Букулова Н. Ю. Підліткова агресія. Пренатальні фактори ризику. Здоров'я дитини. 2020. Т. 15, № 4. С. 213-217. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd\\_2020\\_15\\_4\\_40](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2020_15_4_40)); б) *інтернет-залежність* (Дзюба Т. М. Віртуальна агресія як результат інтернет-залежної поведінки підлітків. Вісник післядипломної освіти. Серія : Соціальні та поведінкові науки. 2017. Вип. 3. – С. 67-78. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vispdoso\\_2017\\_3\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vispdoso_2017_3_9)

Результати спостереження та бесід із учнівською молоддю та педагогічними працівниками засвідчили, що із початком військових дій на Сході України схильність до агресивної поведінки зростає. Саме тому вважаємо, що зростання відсотку учнівської молоді із агресивною поведінкою обумовлена надзвичайною ситуацією військового характеру.

Аналіз результатів першого діагностичного зрізу (2016 року) засвідчив, певні відмінності у проявах агресивної поведінки учнівської молоді за ознакою віку та місця проживання.

Тенденція домінування прямої агресії зберігається і в респондентів підліткового та юнацького віку. Однак останні мають більшу схильність до прямої вербальної та непрямой фізичної агресивної поведінки, тоді як підлітки до непрямой



вербальної та прямої фізичної. Це пояснюється віковими і психологічними особливостями зазначених вікових груп. Тоді як в силу дорослішання і зростання впевненості у собі в юнацькому віці будують відносини більш відкрито, ніж підлітки.

Якщо у респондентів, які мешкають у сільській місцевості, переважає схильність до прямої вербальної агресії (37%), то в міській – до обох видів прямої агресії (по 31%).

За показником регіональності, схильність до прямої вербальної агресії домінує у дітей, які мешкають на східних і західних територіях країни, до непрямой вербальної – столичного регіону. Цікаво, що діти з окремих районів Луганської області найменш схильні до вербальної агресії, однак найбільш до фізичної.

Середні значення підтверджують думку про найбільшу схильність дітей до прямої агресивної поведінки: 4,53 – вербальна і 4,12 – фізична. Отримані значення середніх величин дають підстави для занепокоєння щодо агресивної реакції дітей і молоді на відповідні подразники за сприятливих для цього умов. Тому це вимагає вжиття негайних корекційних соціально-педагогічних впливів.

Мешканці міської місцевості більш схильні до агресивної поведінки, причому за всіма чотирьом видами, ніж їхні ровесники у сільській місцевості. На нашу думку, це пояснюється відмінностями у структурі і змісті проведенні вільного часу, використання в якості засобу виховання на селі праці і допомоги дорослим по домашньому господарству, наявністю і значенням громадської думки і осуду.

Щодо регіонального принципу, то найбільш схильними до прямої агресії є діти із окремих районів Луганської області (на території якої ведуться військові дії). Середнє значення прямої вербальної агресивної поведінки дорівнює 5 із 10 можливих балів, а прямої фізичної – 5,3. Зазначені райони є також лідерами і за іншим видом агресивної поведінки – непрямой фізичною 3,83 і, до речі, із суттєвим відривом практично в 1 бал від центральних територій.

Експериментальні дані другого зрізу (2020 рік) дають підстави стверджувати про те, що респонденти юнацького віку більш схильні до агресивної поведінки за всіма видами, ніж

підлітки, у періоди надзвичайних ситуацій, зокрема при пандемії Covid-19. І якщо для підліткового віку в силу швидких і кардинальних фізіологічних і психологічних змін, певна міра агресивності завжди притаманна (психологічні особливості підлітків сприяють появі конфліктних ситуацій майже на всіх рівнях їх соціальних зв'язків: у сім'ї, в школі, з однолітками [9-21]), то зростання її в юнацькому віці, в умовах надзвичайних ситуацій, свідчить про те, що процес соціалізації особистості, який мав би знівелювати агресивність перебігав із серйозними порушеннями, оскільки рівень схильності до агресивної поведінки не просто залишився, а ще й зріс. Така тенденція є небезпечною, оскільки негативно впливає на навчальну успішність, соціальні комунікації і взаємодію з найближчим оточенням, особистісний розвиток і професійну самореалізацію.

Сильною стороною дослідження є те, що другий експериментальний зріз проводився за тією ж методикою, що і перший, в опитуванні брали участь респонденти такого ж віку, тих самих закладів освіти, та регіонів. Важливою змінною, яка внесла суттєві корективи у життя як населення України, так і всього Світу, це надзвичайна ситуація медико-біологічного характеру – пандемія Covid-19. Порівняння результатів першого і другого діагностичного зрізів засвідчили зростання за такими видами агресивної поведінки як прямої вербальної та непрямой фізичної агресії.

Таке зростання агресивної поведінки в період пандемії Covid-2019 серед молоді пояснюється рядом чинників:

- 1) *соціальною ізоляцією* – вона для молоді є нестерпною, оскільки молодь хоче свободи, цікавих зустрічей, вечірок, тісних, безпосередніх соціальних контактів тощо [22];
- 2) *загострення конфліктів у сім'ї на побутовому рівні, через стреси та довге спільне перебування;*
- 3) *порушенням звичного режиму дня, життєвого укладу, способів навчання і відпочинку* [23, 24];
- 4) *загостренням фобій, зокрема страху захворіти, втратити близьку людину, залишитися без грошей, харчів, друзів, належної медичної допомоги тощо;*
- 5) *зростанням депресивних розладів, у тому числі через відчуття безпорадності, невизначеності; гніву, одноманітності;*

- 6) *зменшенням рухової активності;*
- 7) *зміною режиму дня, зокрема якості і тривалості сну, який є важливим для психічного здоров'я молодої людини. Дослідниками доведено, що агресивність міської молоді корелює із тривалістю сну, якщо молода людина спить менше норми (9 годин), тоді рівень агресивності зростає [25];*
- 8) *збільшення часу перебування в Інтернеті, зокрема за онлайн іграми або ж соціальними мережами. Так, дослідження фахівців [26-28] та організації АРА свідчать, що «The research demonstrates a consistent relation between violent video game use and increases in aggressive behavior, aggressive cognitions and aggressive affect, and decreases in prosocial behavior, empathy and sensitivity to aggression» [29];*
- 9) *зростанням в рази сімейного насилля;*
- 10) *низьким рівнем стресостійкості української молоді, на яку в закладах освіти не звертають достатньої уваги, концентруючись на передачі знань, формуванні професійних вмій та навичок.*

Слабкою стороною нашого дослідження є те, що неможливо відділити вплив однієї надзвичайної ситуації (військового характеру) від іншої (медико-біологічного характеру) і визначити наскільки кожна із них впливає на схильність до агресивної поведінки учнівської молоді, а також вплив інших екстрених факторів. Проте, такі дослідження можна буде провести у майбутньому. Подальшого дослідження та детального аналізу також потребує вивчення динаміки схильності до агресивної поведінки учнівської молоді в умовах продовження карантинних заходів, з'ясування того, як довготривалий карантин впливає на агресивність.

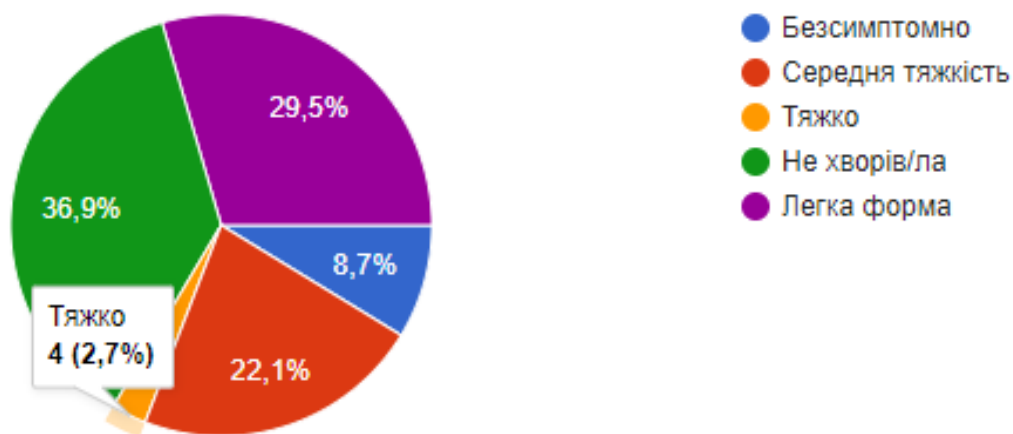
Надзвичайні ситуації військового характеру суттєво збільшують відсоток учнівської молоді, схильної до агресивної поведінки. В умовах надзвичайних ситуацій (військового характеру) зростає рівень різних видів агресії (фізична, вербальна, пряма, непряма) серед молоді, а тому постає гостра потреба в реалізації програм соціально-психологічної й педагогічної реабілітації молодих людей. У цілях профілактики варто включати схильних до агресії і агресивних дітей у соціально значущі види діяльності, розвивати стресостійкість та емоційний інтелект. Для

того, щоб профілактика агресивної поведінки була дієвою, необхідно своєчасно діагностувати схильність до агресії і не обмежуватись тільки школою, а й проводити постійний моніторинг у закладах професійної і вищої освіти через інститут наставників та передбачити відповідне навчання для них. Крім того, у роботу зі схильними до агресивної поведінки варто впроваджувати комплексні корекційно-розвивальні програми. Сприятиме цьому і включення дітей у соціально значущі види діяльності. Враховуючи, що між правосвідомістю та рівнем агресивності, зокрема, підлітків встановлено обернено пропорційний зв'язок, заклади освіти мають передбачити правову просвіту в рамках навчальної роботи і позааудиторної виховної роботи.

Оскільки експериментальні дослідження проводилися із учнівською молоддю, тому було дотримано етичні норми. Опитування проводилися за згодою батьків та керівництва закладів освіти, а також при безпосередній участі педагогів. Участь у дослідженні була добровільною. Усі учасники дали інформовану згоду на проведення опитувань.

Із метою попередження і корекції агресивності пропонуємо засоби природотерапії. Як впливають окремі види природотерапії на відновлення організму молодої людини, особливо в умовах пандемії Covid-19 було з'ясовано на подальшому етапі експериментальної роботи.

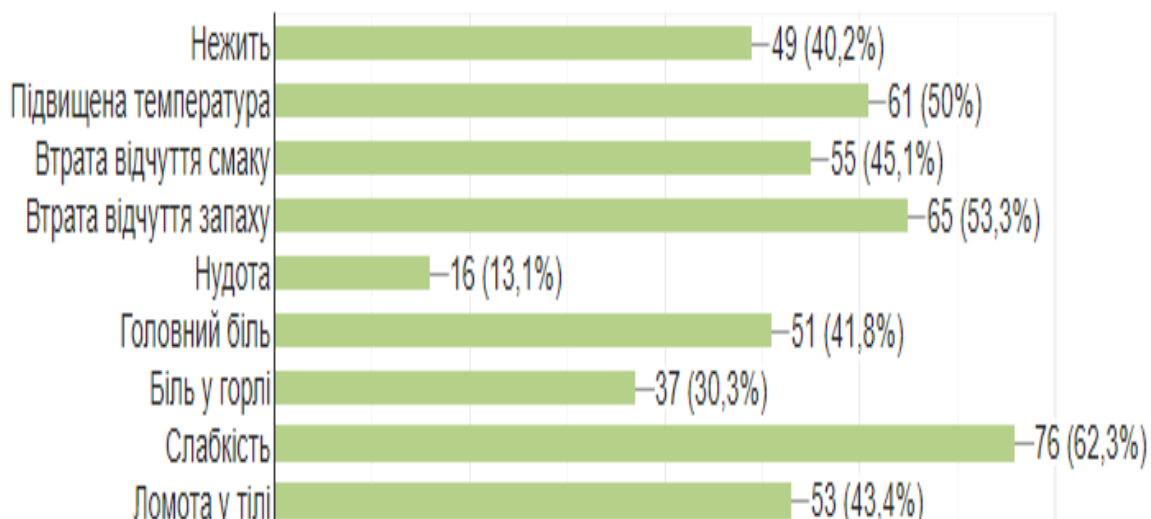
У процесі дослідної роботи нами проведено опитування. Всього у дослідженні взяли участь 154 особи, серед них 89 % жінок та 11% чоловіків, вік опитуваних складає 17-25 років – 90,3%, 26-35 років- 4,5%, 36-60 років-4,5% , 60+ років – 0,6%. Серед опитаних були люди, які працюють-13,1%, навчаються – 65,4%, а також ті, хто навчається та працює – 21,6%, тобто соціально активні люди, життя яких включає комунікації з різними людьми та насичений режим дня (не завжди нормований). Більшість з них хворіли на Covid-19 у тій чи іншій формі – 53,2%, частина не знають, чи хворіли – 13,6%, а частина стверджують, що не хворіли – 33,1% (але виключати безсимптомний перебіг хвороби не будемо). Наголосимо на складності перебігу хвороби (Див. Діаграма 1).



**Діаграма 1. Презентація відповідей досліджуваних осіб щодо складності перебігу хвороби. Джерело: власне дослідження**

Із даних діаграми, що наведено бачимо, що безсимптомно перехворіли 8,7% опитаних громадян, у легкій формі 29,5%, хвороба середньої тяжкості була у 22,1% опитаних і в тяжкій формі хворіли 2,7% людей.

Серед головних симптомів респонденти виокремлюють такі як : нежить 40,2%, підвищена температура 50%, втрата відчуття смаку 45,1%, втрата відчуття запаху 53,3%, нудота 13,1%, головний біль 41,8%, біль у горлі 30,3% слабкість 62,3%, ломота у тілі 43,4% (Діаграма 2). Також респонденти додавали власні відповіді, не наведені у переліку, а саме: сильний біль у легенях, утруднення дихання, головокружіння, затуманеність розуму, порушення психіки.



**Діаграма 2. Презентація відповідей досліджуваних осіб симптомів, що відчували при перебігу хвороби. Джерело: власне дослідження**

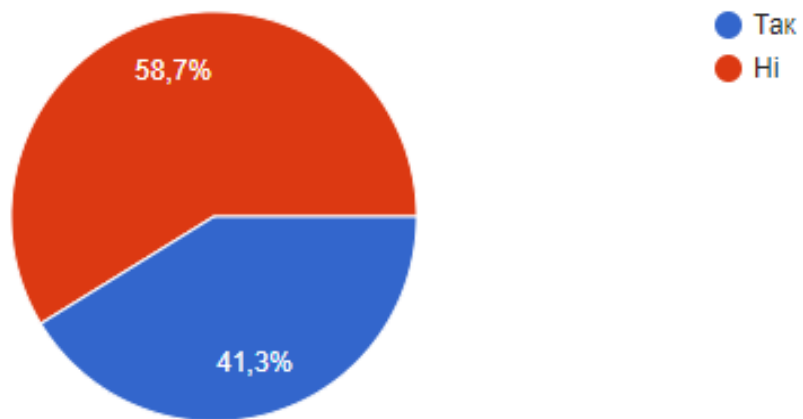
Цікаво відмітити те, що більшість опитаних (57,6%) на питання «Яке Ваше ставлення було до хвороби (Covid-19) на початку пандемії?» відповіли, що відразу ставились серйозно (Діаграма 3).



**Діаграма 3. Презентація відповідей досліджуваних осіб щодо того, яке ставлення було до хвороби (Covid-19) на початку пандемії. Джерело: власне дослідження**

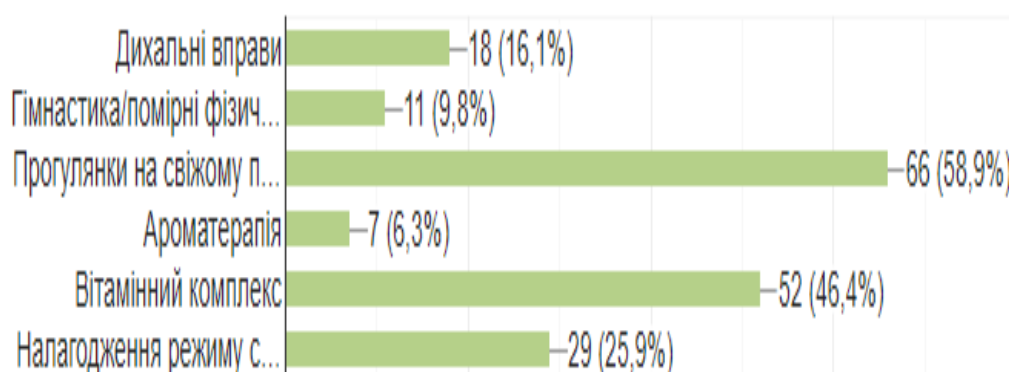
У процесі дослідження вивчали ставлення респондентів до відновлення, зокрема чи звертали вони на увагу на реабілітацію і чи розглядають для себе засоби природотерапії. У діаграмі 4 відображено відповіді респондентів на питання «Чи звертали Ви увагу на відновлення після Covid-19?». Бачимо, що думки

розділились, адже більшість 58,7% не думала про цей етап після хвороби. Але і чимала частка звертали на це увагу 41,3%. Для нас це свідчить про те, що відновлення після коронавірусної хвороби це питання надзвичайно актуальне.



**Діаграма 4. Результати відповідей респондентів на запитання «Чи звертали Ви увагу на відновлення після Covid-19»?.** Джерело: власне дослідження

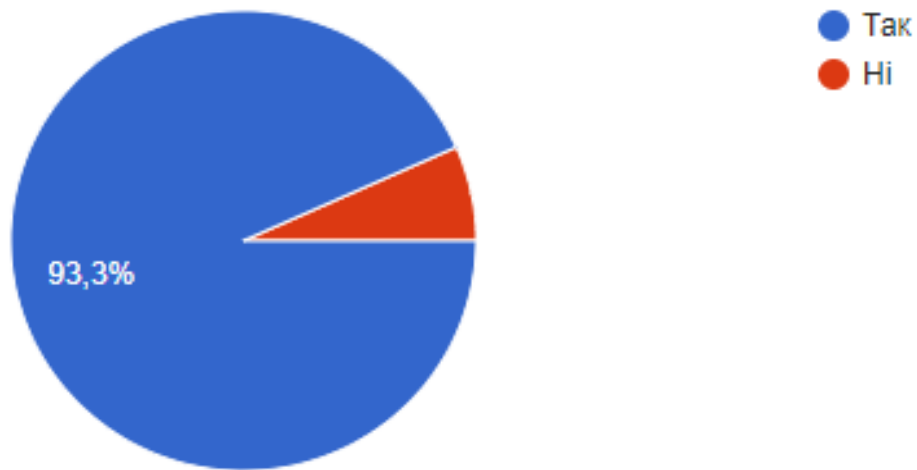
Ми також запитали в респондентів, які стверджували, що вони звертали увагу на відновлення, яким чином вони відновлювались (див. Діаграма 5)



**Діаграма 5. Презентація відповідей досліджуваних осіб щодо того, яким чином вони відновлювались після Covid-19.** Джерело: власне дослідження

Отже, виконували дихальні вправи 16,1% людей, гімнастику та помірні фізичні навантаження виконували 9,8% людей, більшість відновлювались прогулянками на свіжому повітрі – 58,9%, звертались до ароматерапії – 6,3% респондентів, приймали вітамінні комплекси 46,4%, займались налагодженням режиму сну та бадьорості – 25,9%. Отже, більшість людей позитивно ставляться до відновлювальних технологій – природотерапії та відчують відновлення свого організму, покращення самопочуття чи настрою, перебуваючи на природі.

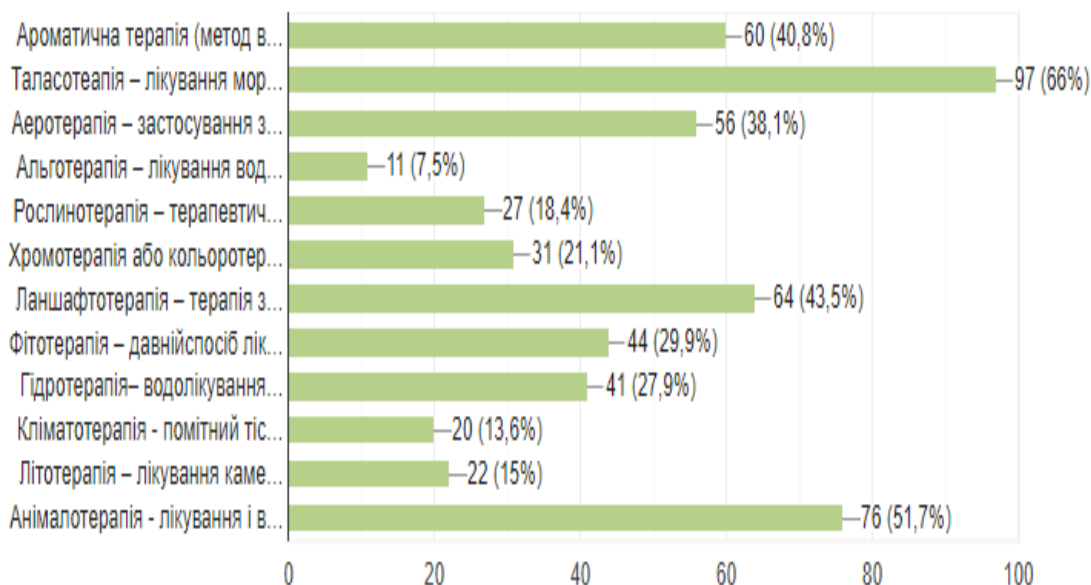
Більше 90% респондентів відчують відновлювальний вплив на організм перебуваючи на природі (Див. Діаграма 6)



***Діаграма 6. Результати відповідей респондентів на запитання «Чи відчуваєте відновлення свого організму перебуваючи на природі?». Джерело: власне дослідження***

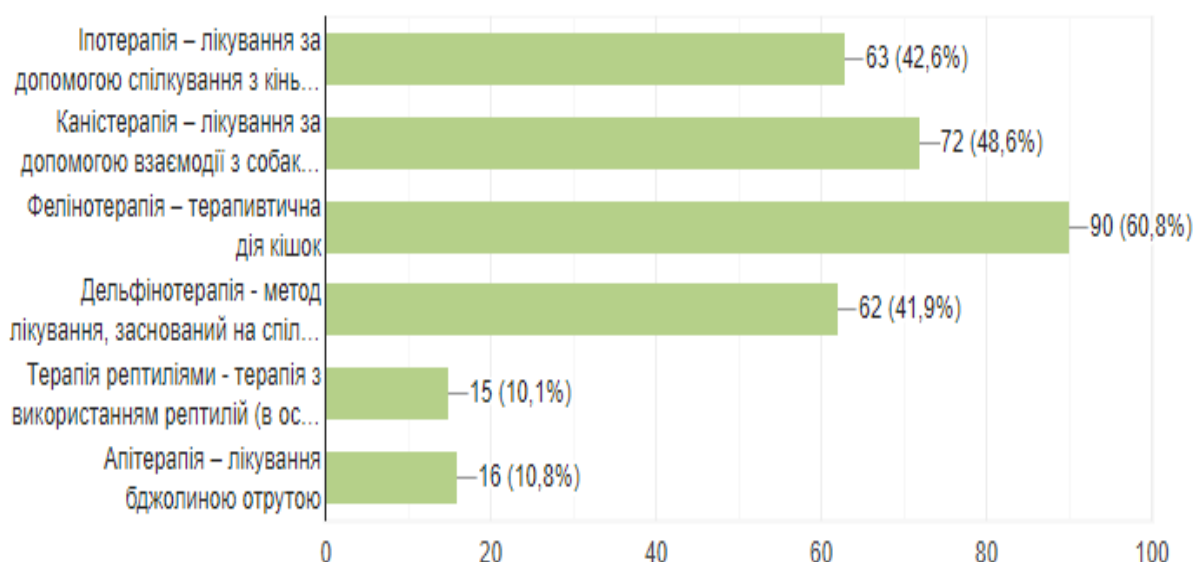
У ході дослідження було з'ясовано, які види природотерапії є найбільш популярними і ефективними (див. Діаграма 7).





**Діаграма 7. Результати відповідей респондентів на запитання «Які види природотерапії для Вас є найбільш ефективними?». Джерело: власне дослідження**

За результатами бачимо, що це *таласотерапія – лікування морем*. Таласотерапія – лідер за кількістю виборів у всіх вікових групах: 18-25 років, 25-35 років, 35+ років. Таласотерапію обрало 66,% респондентів. Друге місце за кількістю виборів займає анімалотерапія (51,7%). Так як анімалотерапія поняття широке, важливо було уточнити, якому саме виду люди надають перевагу.



**Діаграма 8. Результати відповідей респондентів на запитання «Який вид анімалотерапії, на Вашу думку, є найбільш ефективним?». Джерело: власне дослідження**

Таким чином, серед анімалотерапії лідером є фелінотерапія (60,8%). Друге місце – це каністерапія (48,6%). Це досить наглядний приклад, адже багато людей мають домашніх улюбленців собак чи котів.

**Досвід соціальної роботи із постраждалими внаслідок надзвичайних ситуацій** висвітлений в основному у зарубіжних дослідженнях [34-104].

*Австралійський досвід* соціальної роботи в умовах надзвичайних ситуацій висвітлений Rosalie B Pockett. Дослідниця відзначає, що австралійський досвід стихійних лих є сумішшю природних катаклізмів, таких як лісові пожежі, повені і циклони, і катастрофічних людських подій, таких як дорожні та залізничні аварії, які призвели до великої кількості смертей, серйозних травм і руйнування майна. У 1970-і роки сталися дві великі катастрофи. У грудні 1974 року Циклон Трейсі вразив місто Дарвін на Півночі країни. Шістдесят п'ять людей загинули, шістсот п'ятдесят поранено, більша частина з п'ятдесяти п'яти тисяч жителів була евакуйована. Ця подія багато чому навчила і обумовила започаткування системи національної організації з реагування на стихійні лиха. Через три роки, в 1977 році, в Гранвіллі, Сідней, сталася аварія пасажирського поїзда. Ця трагічна подія поставила під сумнів здатність місцевих лікарень впоратися з великою кількістю постраждалих. Вісімдесят три пасажери загинули, двісті тринадцять дістали поранення. На основі цих двох трагедій були розроблені національні та державні плани управління стихійними лихами (Lennox, 1996; Hicks, 1998; Hodge, 2000; Lee and Collings, 2000). Ці ранні плани дій у разі стихійного лиха були зосереджені на негайному реагуванні та порятунку. Поряд із масштабними аваріями відбулися й інші інциденти меншого масштабу. Тому до системи планування запобіганню надзвичайних ситуацій почали включати інші аспекти реагування на стихійні лиха, включаючи догляд за «нетравмованими» особами, які постраждали від стихійного лиха, а також відновлення постраждалих та персоналу служб екстреної допомоги (Disaster Management Australia, 1999).

Соціальні працівники відіграли ключову роль у реагуванні на стихійні лиха (Sherraden and Fox, 1993; Beck and Franke, 1996). Навички, що використовуються у цих ситуаціях, були визначені як

захист інтересів, зв'язок з урядовими та неурядовими організаціями, розвиток спільноти та розуміння соціальних потреб окремих осіб та сімей, які пережили соціальну дислокацію. Цілі втручання були зосереджені на відновленні спільнот. У дослідженні Steinglass та Gerrity (1990), цитованому в Beck and Franke (1996), встановлено, що від п'ятнадцяти до двадцяти відсотків людей, які пройшли обстеження після стихійних лих, мали симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Література з травм, пов'язаних зі стихійними лихами, розвивалася протягом останніх двох десятиліть, при цьому Бек і Франке (1996) визнали, що «вся емпірична література з травм, пов'язаних зі стихійними лихами, походить із сфер соціальної роботи та психології. Вплив стихійних лих на спільноти та окремих людей далі обговорювався у зв'язку з лихами, ініційованими людьми, коли подія є навмисною» (Jacobs and Kulkarni, 1999; O'Neill, 2001; Новик, 2003). Крім знищення ресурсів та власності, а також великомасштабної загибелі людей, є ще й вимір страху. Це супроводжується глибоким почуттям уразливості та втратою почуття особистої безпеки у співтоваристві. Реагуючи на події такого типу, соціальні працівники використовують свої навички кризового втручання, забезпечуючи емоційну підтримку та практичну допомогу для задоволення нагальних потреб постраждалих від лих людей (Lindmann, 1944; Groner, 1978; Fein and Knautt, 1986; Truswell Shipway, 1988; Hepworth and Larson, 1996; Reyes Gilbert and Elhadi, 2004; Van Ommeren, Saxena, and Saraceno, 2005). Спираючись на ізраїльський досвід, Яней і Бенджамін (2005) вважають, що соціальні працівники покликані боротися з соціальними наслідками стихійних лих і надавати послуги постраждалим, їхнім сім'ям і зниклим безвісти або вбитим. Ці послуги надаються у двох взаємозалежних аспектах. По-перше, це організаційна структура та роль провідного агентства, що приймає на себе відповідальність за операції з надання допомоги, і, по-друге, професійні рамки та формальні й неформальні процеси, які тягне за собою операція з надання допомоги. Організаційна структура забезпечується урядовими та неурядовими агентствами, які об'єдналися у спланованих та скоординованих діях. Література відображає відмінності та подібності між країнами в тому, як ці структури були розроблені.

Їх найкраще переглядати на веб-сайтах таких організацій, як Американський Червоний Хрест, Федеральне агентство з надзвичайних ситуацій (FEMA, США) та Управління надзвичайними ситуаціями Австралії. Професійна база забезпечується практичними навичками та базою знань, які соціальні працівники привносять у розв'язанні надзвичайної ситуації. Досвід та навички соціальних працівників у відділеннях невідкладної допомоги та реанімації були визначені як найбільш важливі та застосовні до негайного реагування (Newburn, 1993; Ben Shahr, 1993; Voes, 1997; Somer, Buchbinder, Peled-Аврам та Бен-Іжак). Ключові ролі в соціальній роботі включають надання інформації, практичну підтримку, таку як житло та фінансова допомога, та низка терапевтичних втручань, таких як підтвердження, сприяння та оповідання / розповідь історій жертвами, які сприяють відновленню самоефективності жертвам стихійного лиха.

Більшість сучасної австралійської літератури з психічного здоров'я визнає важливість негайної «першої психологічної допомоги» постраждалим. Це втручання визначається наступним чином: перша психологічна допомога включає зближення та пропозицію підтримки людям, які потерпіли від надзвичайної ситуації, з опорою на забезпечення безпеки, надання практичної допомоги у задоволенні основних людських потреб та фізичної допомоги, наприклад, у їжі, житлі та контакті з коханими. Також надаються підтримуючі консультації. Підтримуюче консультування – це надання інформації та емоційної підтримки з боку навченого консультанта, щоб допомогти людині пережити кризу чи період стресу та направити для подальшої оцінки та лікування, якщо це необхідно (NSW Health Plan, 2001). Ефективне втручання соціальних працівників – це контрольоване «використання себе», яке визначили Янай та Бенджамін. А основою для такого втручання є «стриманість, контроль та обізнаність». При залученні соціальних працівників для реагування на надзвичайні ситуації чи стихійні лиха необхідно враховувати особистий вплив, який події можуть мати на самих працівників як членів спільноти. Забезпечення безпеки своїх близьких до розгортання є пріоритетом ізраїльського плану реагування (Yanay & Benjamin, 2005). У дослідженні,

присвяченому вивченню стресу та подолання його у соціальних працівників відділення невідкладної допомоги Ізраїлю після терористичних атак. Сомер, Бухбінер, Пелед-Аврам та Бен-Іцхак (2004) провели чотири фокус-групи з тридцятьма вісьма соціальними працівниками лікарень. Основні проблеми, які досліджувалися, це відновлення втраченого почуття особистої безпеки як необхідної сходинки на шляху відновлення професійної діяльності; сприйняття втрати сім'єю та вміння реагувати на неї; емоційне вигорання. Якісне дослідження продемонструвало особистий вплив роботи на соціальних працівників. Результати цього дослідження підтверджують висновки дослідження Боскаріно, Фіглі та Адамса (2004) про те, що вторинна травма негативно пов'язана зі сприятливим робочим середовищем. Дослідження Янея та Бенджаміна підтвердило, що «незважаючи на навчання, підготовку та вплив на надзвичайні ситуації, деякі соціальні працівники були краще підготовлені до роботи у складній ситуації, ніж інші». У дослідженні рекомендувалося, щоб до участі у цій роботі з високим ризиком можна було запрошувати лише поінформованих та придатних фахівців, які мають низький ризик отримати непрямую травму. Рубінштейн (2004) також виділив низку особистих якостей, які повинні мати соціальні працівники, у тому числі здатність справлятися з невизначеністю та здатність працювати в міждисциплінарних та міжкультурних групах. Жертви стихійних лих та здоров'я професіоналів, які піклуються про них, будуть відображати різноманітне поєднання культур та переконань у спільноті, в якій сталася подія. Інша роль соціальних працівників у контексті реагування судової медицини на масові жертви. Ньюхілл та Сайтс (2000) досліджували наслідки авіакатастрофи в Піттсбурзі у 1994 році, коли автора було призначено соціальним працівником у міський морг. У дослідженні вивчалися такі аспекти діяльності соціальних працівників: навички, які соціальні працівники привносять до міждисциплінарної команди з реагування на стихійні лиха, засновані на історичній практиці соціальної роботи в кризових ситуаціях (в основному з окремими особами та сім'ями) і можуть бути перенесені на інші умови. Здебільшого соціальні працівники професійно діють у разі стихійного лиха завдяки відповідній підготовці, зокрема

ситуаційній орієнтації (Baker and Zakour, 1996), знайомству з теорією криз, вміння працювати з людьми з погляду їх сильних сторін і, особливо через їхній досвід при спілкуванні з людьми в цій галузі. Було визнано появу спеціалізації соціальної роботи в галузі реагування на стихійні лиха (Newhill and Sites, 2000), а також необхідність включення підготовки з питань стихійних лих до навчальних програм із соціальної роботи (Dodds and Neuring, 1996; Novick, 2003; Yanay and Benjamin, 2005). Бен Шахар (1993), Дрорі, Позен, Вільнер, Гінзбург (1998) та Рубінштейн (2004) досліджували реакцію соціальних центрів в умовах надзвичайних ситуацій. При розробці заходів реагування на стихійні лиха в рамках соціальної роботи було визначено низку ключових факторів: участь соціальних працівників з іншими клінічними відділеннями лікарень у скоординованих навчаннях з ліквідації наслідків стихійного лиха; навчання всіх соціальних працівників заходам реагування на стихійні лиха, їх ролям та завданням; цілодобова робота з виклику; проведення терапевтичних втручань з людьми, які страждають на стрес; надання інформації; сприяння контактам між людьми, які постраждали від стихійного лиха, та їхніми сім'ями; практична допомога у забезпеченні безпеки та комфорту; створення лікарняного закладу як безпечного місця та надання медичної допомоги; розробка процедур керування штатними розкладами; налагодження ефективних процесів перенаправлення та взаємовідносин із громадськими організаціями, що надають наступні послуги; консультування та інше втручання з персоналом лікарні; забезпечення постійної підтримки персоналу, проведення оперативних аналізів та робота у невеликих групах; та формування негнучкості та культури участі у відділі. Шахар також наголосив на важливості розуміння теоретичної основи, що лежить в основі практичного втручання.

Розвиток системи соціальної роботи у лікарнях Австралії виник у результаті злиття двох напрямів роботи: встановлення цілодобової соціальної роботи у лікарнях та появи нової ролі соціальної роботи у судовій медицині. 1989 року Центр соціальних служб почав надавати лікарні Вестмід цілодобове обслуговування. Крім чергування у звичайні денні зміни, був також доступний «екстренний виклик соціального працівника в неробочий час» (Webb, Roberts, and McLaughlan, 1986; Truswell, Blyth, Kendall and

Shipway, 1988; Hemp, 1996; Larson, 1997). Водночас у Департаменті судової медицини було створено посаду соціального працівника, який перебував у морзі. Морг Вестміда – один із двох міських моргів Сіднея, з яким поєднаний суд коронерів. Суди коронерів були створені у Великій Британії понад 800 років тому, і їхня основна функція за цей час мало змінилася. По суті, роль коронера полягає у встановленні причин раптової, підозрілої, насильницької чи неприродної смерті. Роль соціального працівника в Департаменті судової медицини включала наступні види діяльності: інформування сімей допомога про патологоанатомічні процедури, судово-медичний та короніальний процес, інформування про причини смерті, розслідування, донорство органів та супровід при оглядах померлого. Соціальні працівники також надавали допомогу в організації похорону, надали інформацію про жертви злочину, психологічну консультацію та направлення до громадських служб для подальшого втручання. Взаємовідносини між соціальними працівниками у відділеннях невідкладної допомоги, інтенсивної терапії, судової медицини та служби екстреної допомоги розвивалися конструктивно, що обумовлено роботою з втручання у кризових ситуаціях (Коффі, 2001). В результаті цих відносин з'явилася нова команда соціальних працівників, яка має конкретний досвід у цій галузі.

Крім змін у наданні послуг, ці нові ролі спричинили значні зміни у сприйнятті соціальних працівників іншим персоналом. Це призвело до включення соціальної роботи до багатьох нових видів діяльності всередині лікарні. Головний комітет лікарні з надзвичайних ситуацій запросив директора SocialWork стати членом комітету на знак визнання психологічної та соціальної допомоги, необхідної для постраждалих від стихійних лих. Соціальна робота стала одним із кількох ключових функціональних напрямів роботи у Плані дій лікарні при надзвичайних ситуаціях, сприяючи реагуванню лікарні на психосоціальні потреби всіх постраждалих від стихійних лих. На початку 1990-х років для лікарні Вестмід було написано спеціальний план надання послуг соціальної роботи на випадок надзвичайних ситуацій, що був заснований на встановленій ролі, яку зазвичай виконують соціальні працівники лікарень.

Стандартна робоча процедура для планів соціальної роботи: функція служби соціальної роботи полягає у координації та наданні допомоги родичам та друзям жертв стихійного лиха. Це включає реєстрацію родичів після прибуття до лікарні, надання індивідуальної психосоціальної підтримки особам, які постраждали від стихійного лиха, та допомога при тяжкій втраті.

У разі виклику служби екстреної допомоги соціальні працівники мали бути направлені у відділення невідкладної допомоги, відділення інтенсивної терапії, зону сімейних зборів, кімнату виписки, лікарняні палати та морг (Westplan, 2003). План та його реалізація були засновані на ключових факторах, визначених Беном Шахаром (Ben Shahar, 1993). Зміст Плану соціальної роботи лікарні Вестмід на випадок стихійних лих включає короткі описи та блок-схеми структур зв'язку й звітності в рамках лікарні під час стихійного лиха, список функціональних об'єктів та контактні дані координаторів.

Департамент соціальної роботи має «валізу для стихійних лих», яка є туристичною сумкою середнього розміру (на коліщатках) з відділеннями на блискавці. До складу сумки входять: флюоресцентні жилети з написом «Соціальний працівник» спереду та ззаду (вони відповідають австралійським специфікаціям дизайну для всіх жилетів, що ідентифікують персонал, який працює у разі стихійного лиха); рольові карти для всього розгорнутого персоналу; картки для перекладу мовою; номери телефонів та списки контактів лікарняних та громадських служб; канцелярські товари, зокрема канцелярські кнопки, ножиці, степлери, скотч, маркери для дощок; смолоскип; і невеликий радіоприймач, що працює від батарейок, щоб слухати репортажі ЗМІ, які часто надають найсвіжішу інформацію. Центр зв'язку лікарні може надати пристрої двостороннього зв'язку, якщо стільникові телефони не працюють. Валіза – це мобільний ресурс, який дозволяє соціальним працівникам створювати збори/інформаційні зони як у лікарні, так і за її межами. Канцелярський персонал департаменту відповідає за підтримку у актуальному стані телефонних списків та інформаційних списків у валізі для стихійних лих. Соціальні працівники задіяні у відділі нарад та інформації лікарні, підтримують зв'язок з відділом поліції за зниклими безвісти, щоб допомогти знайти та об'єднати членів



сімей та жертв стихійного лиха. У разі аварії поліція несе відповідальність за це завдання та активує Національну реєстраційну інформаційну систему (NRIS), яка є основною системою, що використовується для реєстрації та відстеження жертв стихійного лиха в Австралії.

В умовах пандемії в *Китайській народній республіці* з'явився новий досвід роботи групи реагування Good Companions. GCRT – це команда добровольців, створена викладачами соціальної роботи, студентами та соціальними працівниками, які працюють на передньому краї Уханьського університету в Ухані; Потім вони залучили добровольців з усієї країни та з-за кордону. GCRT почав надавати послуги 26 січня 2020 року і припинив регулярні послуги 8 квітня 2020 року, коли було знято ізоляцію в Ухані (O'Kane, 2020). Станом на 8 квітня 2020 року налічувалося 488 волонтерів, включаючи 128 соціальних працівників, 115 психотерапевтів, 63 медичних спеціалістів та 66 адміністративних помічників. Волонтери обслужили 4695 осіб з 36 груп онлайн-послуг, що охоплюють місцеві спільноти, карантинні ділянки та імпровізовані лікарні в Ухані, а також китайські громади за кордоном загалом 45 890 годин.

GCRT надавала послуги пацієнтам у двох імпровізованих лікарнях в Ухані з 7 лютого 2020 року. Імпровізована лікарня була моделлю, яку центральний уряд Китаю швидко збудував у існуючих будівлях, таких як місця проведення великомасштабних заходів, закриті школи та закриті спортивні споруди, гкі доповнюють існуючі медичні установи (Fang et al., 2020). Після спалаху COVID-19 спеціалізовані лікарні з пневмонії в Ухані були здатні приймати лише тяжко хворих; пацієнти з легкими симптомами можуть поміщатися на карантин тільки у себе вдома, але вони, як і раніше, можуть заразити сім'ї та інших членів спільноти, що підвищить ризик зараження, а також тягар охорони здоров'я (Fang et al., 2020). У цих обставинах центральний уряд Китаю вирішив побудувати імпровізовані централізовані лікарні для прийому та лікування пацієнтів з легкими симптомами, щоб контролювати пандемію (Fang et al., 2020). З 5 лютого по 10 березня 2020 року в Ухані було відкрито 16 імпровізованих лікарень, до яких було госпіталізовано близько 12000 пацієнтів (Xinhua Net, 2020).

Робоча модель, прийнята GCRT, побудована на цілісному підході у сфері соціальної роботи, спрямованому задоволення фізичних, психологічних і соціальних потреб клієнтів (Kelly & Horder, 2001 ). Робоча модель під назвою «4+1 Online-Offline Remote Support Model» (модель «4+1»), яка діяла в імprovізованих лікарнях. У цій моделі під час криз, коли слід уникати особистих контактів, онлайн-групи підтримки швидко інтегрують чотири типи волонтерських ресурсів – соціальну роботу, психологію, охорону здоров'я та адміністрацію – та пов'язують їх принаймні з одним автономним волонтером у місцевій спільноті, покладаючись на все про інструменти зв'язку у реальному часі. Крім чотирьох типів професіоналів і членів місцевої спільноти як команди першого рівня, команда другого рівня надає нагляд, навчання, координацію, інформацію та допомогу з технологіями для підтримки команди першого рівня.

У США, як відзначають дослідники, останнім часом катастрофи стали більш руйнівними та дорогими. Згідно зі статтею 2020 року з сайту Національного управління океанічних та атмосферних ресурсів Climate.gov, у 2019, 2018 та 2017 роках зафіксовано понад 44 надзвичайні ситуації, які значно вплинули на Сполучені Штати загалом. Багато із цих надзвичайних ситуацій відрізняються історичністю масштабів з точки зору тяжкості та вартості збитків, вони включали лісові пожежі, урагани та повені.

Такі події спричиняють серйозні соціальні та психологічні наслідки. Навчання соціальних працівників готує їх до пом'якшення наслідків катастроф та надання допомоги під час лиха, але вони не можуть подолати це самотійно. Вони можуть і повинні об'єднати зусилля з іншими професіоналами, включаючи правоохоронні органи. Мета полягає в тому, щоб краще допомогти громадам, які відчувають на собі наслідки надзвичайних ситуацій, що виникли внаслідок природних катастроф та техногенних катастроф, тероризму, злочинів на ґрунті ненависті тощо.

Працюючи як члени команди, професіонали з різних галузей можуть бути сильнішими разом і допомагати тим, хто цього потребує. Таким чином, громади отримують силу та натхнення виходити з труднощів з новою силою.

Коли соціальні працівники регулярно об'єднуються з правоохоронними органами, або як консультанти, або працівники

відділу поліції, їх називають поліцейськими соціальними працівниками. Яка природа ролі соціального працівника міліції та як соціальні працівники міліції залучаються до кризового втручання? По-перше, розглянемо, яка роль самої соціальної роботи, що розвивалася у відповідь на глобальні потреби та відкрила шлях до сучасних швидких кроків у галузі поліцейської соціальної роботи.

У міру зростання числа людей у США, які стикаються з кризовими ситуаціями, історія діяльності соціальних працівників як перших реагуючих стає зрозумілішою. Соціальні працівники надавали допомогу в разі катастрофи з часів Громадянської війни. Під час Першої світової війни соціальні працівники лікували солдатів, які перенесли «шок від снарядів», або те, що ми зараз знаємо, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Багаторічна історія втручання кризових на фронті соціальних працівників є особливо критичною, враховуючи різке зростання катастроф, оголошених федералами, за останні два десятиліття. Будь то природні (урагани, повені) або техногенні (війна, злочини), катастрофи незмінно приносять травми. Соціальні працівники традиційно надають соціальні послуги та інформують людей, які постраждали від катастроф. З приходом пандемії COVID-19 світ охопила нова хвиля поширених травм та втрат, і соціальні працівники долучаються до вирішення цієї проблеми.

Хоча роль соціальних працівників у наданні необхідної гуманітарної допомоги не змінилася, сфери, на яких вони покликані служити, змінилися, особливо стосовно соціальної роботи поліції. Екстрені дзвінки в міліцію 911 часто є останньою інстанцією для людей, які страждають від травм. Ця травма часто сягає своїм корінням не тільки в надзвичайні ситуації, такі як пандемія COVID-19, але і обумовлена соціальною несправедливістю, яка впливає на деяких громадян важче, ніж на інших. Необхідність неагресивного втручання у кризові ситуації з психічним здоров'ям та розладами сім'ї породила новий попит на поліцейських соціальних працівників.

Зараз соціальні працівники як ніколи мають завдання співпрацювати з місцевими поліцейськими. Частково це відбувається тому, що експерти все частіше трактують проблеми

поведінки як соціальні проблеми, а соціальні працівники пропонують свої цінні та необхідні знання.

Історично сьогодні соціальні працівники під час кризового втручання підтримують і консультують людей у біді, не даючи їм завдати шкоди собі та іншим. Вони також організують догляд та консультивання після стресових подій та катастроф.

Катастрофи можуть непропорційно вплинути на вразливе населення, якому соціальні працівники навчені надавати допомогу. Ці груп населення зазвичай включають наступне:

- Люди з психічними захворюваннями
- Люди з проблемами зловживання психоактивними речовинами

- Люди, які відчують суїцидальні думки

- Люди, які відчують безпритульність

Насильницькі злочини – це і породження травм, і криза сама по собі. Багато факторів поєдналися, що спричинило сьогоднішнє зростання насильницької злочинності:

- Економічні та психологічні стреси, пов'язані з глобальною пандемією COVID-19

- Зростання недовіри до нинішньої тактики поліції, що викликало загальнонаціональні протести

США потребують соціальних працівників у разі кризового втручання, щоб приєднатися до представників правоохоронних органів та допомогти людям у кризі. У США поліцейські інформують через виклик 911. Проблеми коливаються від передозування наркотиків до вбивства, від суперечок з сусідами до насильства з боку інтимного партнера. Щоб допомогти у вирішенні цих проблем, відділи поліції по всій країні все частіше співпрацюють із соціальними працівниками у кризових ситуаціях.

Соціальний працівник поліції, який працює в парі з правоохоронними органами, може допомогти полегшити навантаження на поліцію, що надається, і надати людям у кризових умовах медичну допомогу. Це звільняє поліцейських від «не своєї роботи» та обумовлює застосування своїх професійних навичок та досвіду в реагуванні на злочини, а не у питаннях, які можуть потребувати лише посередництва.

Нещодавно відділ поліції в Олександрії, штат Кентуккі, виявив, що дві третини його 911 дзвінків не стосуються порушення

законів. В одному випадку ветеран з В'єтнаму телефонував 911 більше 60 разів протягом року, тому що йому снилися кошмари. Поліцейські найняли соціального працівника, який зміг зв'язати ветерана з лікуванням через його відділ у справах ветеранів.

Соціальні працівники, які співпрацюють з правоохоронними органами у відповідь на крики громадськості про допомогу, пропонують етичний тренінг у сфері культурної компетентності. Вони розуміють, що кожен по-різному переживає надзвичайну ситуацію, зважаючи на особистісні ставлення, культурні традиції, вірування тощо. Вони можуть ґрунтуватися на расі, етнічній приналежності чи соціально-економічному статусі, якщо назвати лише деякі фактори.

Мислення соціального працівника «людина в оточенні» може зменшити інтенсивність нестабільних ситуацій. Згідно з нещодавньою редакційною статтею в *The Detroit News*, таке мислення може допомогти уникнути таких трагедій, як розстріл та вбивство членів спільноти чи правоохоронних органів під час звичайного виклику поліції. Далі в редакційній статті додається: «Якщо співпрацювати з поліцейськими установами, соціальні працівники можуть допомогти відновити довіру та безпеку у наших громадах».

Соціальні працівники екстреного реагування співпрацюють з правоохоронними органами, щоб забезпечити турботливу та ефективну реакцію на надзвичайні ситуації під час лиха. Можна вділити кілька моделей, за допомогою яких соціальні працівники та правоохоронні органи співпрацюють для реагування на надзвичайні ситуації. Ці моделі включають групи втручання у кризових ситуаціях (CITs), програми спільного реагування та програми відведення правоохоронних органів (LEAD).

*Команди кризового втручання.* Програма групи втручання у кризових ситуаціях (CIT) спрямована на покращення результатів для всіх зацікавлених осіб, коли поліцейські першими реагують на кризу. CIT застосовують підхід на основі спільноти. За даними Національного альянсу з питань психічних захворювань, у тисячах громад по всій території США CIT об'єднують такі сторони:

- Правозахисники
- Соціальні працівники оперативного реагування
- Фахівці з питань психічного здоров'я

- Екстрені медичні працівники
- Люди, які переживають кризи психічного здоров'я, та їх сім'ї

Крім того, соціальні працівники, які працюють членами СІТ, можуть покращити комунікацію між групами. Вони можуть допомогти з'єднати людей, які потребують допомоги, з корисними ресурсами, працюючи над забезпеченням безпеки поліцейських та громад, яким вони служать.

*Програми спільного реагування.* За даними Асоціації управління медичними групами (MGMA), між 2015 та 2020 роками «Приблизно 5 606 людей у США були смертельно застрелені поліцейськими. З них 1254 або 22% були людьми з психічними захворюваннями.

В одному з таких випадків 27-річний чоловік з історією параноїдальної шизофренії різався ножом м'яса, погрожуючи іншим, і, як вважають, перебував під впливом кокаїну. Його мати викликала поліцію. Коли поліцейські прибули, він, як повідомляється, кинувся на них, і вони відкрили вогонь, убивши його. Коли ситуації між поліцією та тими, кого вони присягають служити та захищати, стають нестабільними, трапляються трагедії.

Описана вище трагедія – це смерть Джозефа ДеВейна Робінсона у Мемфісі, штат Теннессі, яку можна було запобігти у 1987 році. Інцидент викликав створення першої програми спільного реагування. Ці програми – із залученням організованих та підготовлених спеціалізованих підрозділів поліції – є партнерством, яке пов'язує місцеві правоохоронці з фахівцями з питань психічного здоров'я та наркоманії та іншими адвокатами.

Переваги програм спільного реагування включають наступне:

- Зменшення навантаження на перевантажену систему правосуддя
- Покращено взаємозв'язок між громадськими службами та поліцейськими
- Швидкий доступ до психічного здоров'я та іншої допомоги
- Краща співпраця між поліцейськими та соціальними працівниками

- Більш ефективне використання часу працівників міліції на роботі

*Програма правоохоронних органів (LEAD)*. Флагманська програма правоохоронного забезпечення (LEAD), що базується у окрузі Кінг у Вашингтоні, являє собою коаліцію громадських груп, включаючи правоохоронців, медичних працівників та інших.

LEAD спрямована на безпеку громади, намагаючись допомогти людям, які скоюють не важкі злочини на основі бідності, такі як проституція або зловживання наркотиками. Програма надає поліцейським альтернативу вважати цих осіб злочинцями. Натомість вона пропонує правопорушникам соціальні послуги, які їм потрібні.

У довгостроковій перспективі всі ці програми є такими ж життєздатними, як і підтримка, яку вони отримують від громади. Ефективна співпраця між правоохоронними органами та соціальними працівниками залежить від участі керівництва громади, широкого навчання з питань культурної компетентності та достатнього фінансування для підтримки впровадження та обслуговування програм.

Роль соціальних працівників у реагуванні на надзвичайні ситуації з питань психічного здоров'я. Навчання з питань культурної компетентності та етики, яке щоденно демонструють соціальні працівники, позитивно впливає на них як людей, які реагують на надзвичайні ситуації у сфері психічного здоров'я. Під час виконання своїх обов'язків у ролі соціальних працівників, міліції або членів групи з питань кризового втручання соціальні працівники обслуговують різноманітне населення з різними потребами, включаючи людей, які борються з:

- Насильством з боку інтимного партнера
- Жорстоким поводженням із людьми поважного віку
- Жорстоким поводженням з дитиною
- Проблемами психічного здоров'я
- Зловживанням психоактивними речовинами.

Області знань, у яких можуть допомогти соціальні працівники з питань реагування на надзвичайні ситуації у сфері психічного здоров'я, можуть включати наступне:

- Втручання у кризові ситуації
- Опитування дітей, які стали жертвами

- Опитування свідків злочинів
- Посередництво в суперечках
- Направлення людей на відповідне лікування.

Нижче наведено опис деяких спеціалізованих завдань соціальних працівників, які здійснюють реагування на надзвичайні ситуації психічного здоров'я.

Аналіз критичних інцидентів. Після травматичної події – такої як стрілянина в школі, теракт, стихійне лихо чи виробнича аварія – все більша кількість відділів поліції наймає соціальних працівників, щоб провести опитування причетних людей, опитавши їх незабаром після інциденту щодо їх емоцій та занепокоєння. Негайне втручання турботливого фахівця щодо людей, які зазнали травм, зменшує шанси на розвиток ПТСР.

Для соціальних працівників, які починають кар'єру як поліцейські соціальні працівники, або зацікавлені підвищити свою кваліфікацію на цій арені, такі організації пропонують ресурси для досягнення успіху.

- У Міжнародному кризовому центрі Intervention Team пропонуються ресурси, кращі практики для громад.

- Національний альянс з психічних захворювань надає інформацію про те, як команди втручання спільноти можуть розширити свої програми для задоволення специфічних потреб молодих людей.

- Бюро сприяння правосуддю, підпорядковане Департаменту юстиції США, надає ресурси для співробітників правоохоронних органів, зацікавлених в партнерстві з постачальниками послуг, поліцією, соціальними працівниками та іншими зацікавленими фахівцями.

Щодо управління надзвичайними ситуаціями, *Швеція* [26-28] має великий досвід як на місцевому, так і на національному рівні. Однак, незважаючи на зростаючу актуальність на міжнародному рівні можна сказати, що соціальна робота у Швеції відіграє відносно нерозвинену роль та функцію в контекст стихійних лих, а також надзвичайних подій та криз. Управління стихійними лихами, як галузь знань, не є навчальним компонентом та не включені до навчальних планів програм бакалаврату та магістратури. Таким чином, відсутня перспектива соціальної роботи у зв'язку зі стихійними лихами та кризами у Швеції. Цей



недолік означає, що соціальна робота не робить внесок у систему непередбачених обставин у Швеції тією мірою, в якій можна припустити, що у соціальної роботи є потенціал, заснований на її унікальному становищі, щоб інтерпретувати та підходити до соціального контексту до, під час та після криз та лих. У майбутньому зростаючий тягар лих, який також пов'язаний з новими ризиками та вразливістю соціального життя підвищить вимоги до систем у разі непередбачених обставин. Це означає посилення встановлення легітимності з погляду довіри між інституційними системами та громадянами.

Шведський підхід до соціальної роботи у контексті стихійних лих є результатом структури та функціонування існуючих систем цивільного захисту та безпеки, а також шляхів розвитку напрямів соціальної допомоги по відношенню до конкретної традиції соціальної роботи, що історично склалася. У випадку зі Швецією, певний акцент на регіональний рівень допомоги. Крім того, передбачається, що переважна роль громадянського суспільства у шведському контексті сприяє формуванню ролі соціальної роботи у контексті боротьби зі стихійними лихами. Швеція геологічно і географічно розташована в регіоні, який не вражає землетрус та цунамі. Геополітичне становище Швеції не призвело до великих терористичних атак, але кілька незначних нападів із відносно невеликою кількістю жертв все ж таки були. Що стосується надзвичайних ситуацій, Швеція найбільше постраждала від повеней, зимових штормів, зсувів, лісових пожеж (Європейська комісія, 2013). Також були надзвичайні ситуації через великі пожежі (наприклад, 1998 р. на дискотеці та велика лісова пожежа 2014 р.), а також судноплавні катастрофи з великою кількістю загиблих та поранених (обчислюється сотнями).

Законодавчо врегульовує питання особливостей управління надзвичайними ситуаціями Постанова (SFS 2006: 942) про кризу. Вона регулює вимоги до державних органів на національному та регіональному (тобто окружна адміністративна рада) рівні. Згідно з цією постановою, всі шведські органи влади зобов'язані проводити аналіз ризиків та вразливості у своїх регіонах, зміцнювати свій власний та загальний потенціал Швеції з управління надзвичайними ситуаціями.

На регіональному (тобто повітовому) та на місцевому рівні, діє Закон (SFS 2006: 544) про заходи, які мають бути вжиті муніципалітетами для готовності до надзвичайних ситуацій, під час них, у мирний час та в періоди підвищеної уваги вказують на те, що муніципалітети та окружні ради мають досягти фундаментальної спроможності для зайняття цивільною обороною. Закон регулює планування та підготовку до поведіння в складних, екстраординарних умовах, що вимагають скоординованого управління між різними суспільними інституціями на місцевому та регіональному рівнях.

Соціальна робота у Швеції грає досить нерозвинену роль та функцію в контексті кризового управління. Основну роль належить державній підтримці на місцевому рівні з деякими залучення громадянського сектора. З огляду на цей зв'язок з державним сектором інтерес спрямований на муніципалітети і найбільш помітні по відношенню до державних соціальних служб, які організовують муніципалітети, відповідно до Закону про соціальні послуги (SFS 2001: 453). Державні соціальні служби офіційно виконують важливі функції для суспільства в умовах криз та лих (Постанова уряду 2007/08: 92 на посилену готовність), оскільки їх невдача чи серйозне порушення може (самостійно чи спільно) призвести до загострення кризи. Крім того, соціальні послуги визнаються необхідними в управлінні кризами і стихійними лихами. Обов'язки, визначені Законом про соціальні послуги, застосовуються як у «нормальних» ситуаціях, так і в контексті кризи. Вони охоплюють все населення, а також певні райони (включаючи окремі особи та сім'ї, догляд за людьми з інвалідністю та літніми людьми, а також новоприбулими біженцями).

Кожен муніципалітет несе відповідальність за соціальні послуги та несе повну відповідальність у межах своєї території для забезпечення того, щоб люди отримували підтримку та допомогу, яких вони потребують, а також у цілому відповідальність за осіб, які проживають у муніципалітеті. Ця відповідальність включає як структурно орієнтовані підприємства, і навіть послуги. Перші передбачють наявність хорошої інформації про умови життя всього населення та активну участь у плануванні суспільства. Послуги загальні (наприклад, надання інформації,

консультування, програми широкого охоплення тощо), а також специфічні для фізичних осіб (наприклад, економічна підтримка, захист дітей, лікування від наркозалежності, безпека, послуги для людей похилого віку та догляду, прибирання та роздачі готової їжі).

Отже, соціальні працівники Австралії відіграли ключову роль у реагуванні на стихійні лиха. Навички, що використовуються у цих ситуаціях, були визначені як захист інтересів, зв'язок з урядовими та неурядовими організаціями, розвиток спільноти та розуміння соціальних потреб окремих осіб та сімей, які пережили соціальну дислокацію. Цілі втручання були зосереджені на відновленні спільнот. Ключові ролі в соціальній роботі включають надання інформації, практичну підтримку, таку як житло та фінансова допомога, та низка терапевтичних втручань, таких як сприяння та оповідання / розповідь історій жертвами, які сприяють відновленню самоефективності жертвам стихійного лиха.

При розробці заходів реагування на стихійні лиха в рамках соціальної роботи в Ізраїлі було визначено низку ключових факторів: участь соціальних працівників з іншими клінічними відділеннями лікарень у скоординованих навчаннях з ліквідації наслідків стихійного лиха; навчання всіх соціальних працівників заходам реагування на стихійні лиха, їх ролям та завданням; цілодобова робота з виклику; проведення терапевтичних втручань з людьми, які страждають на стрес; надання інформації; сприяння контактам між людьми, які постраждали від стихійного лиха, та їхніми сім'ями; практична допомога у забезпеченні безпеки та комфорту; створення лікарняного закладу як безпечного місця та надання медичної допомоги; розробка процедур керування штатними розкладами; налагодження ефективних процесів перенаправлення та взаємовідносин із громадськими організаціями, що надають наступні послуги; консультування та інше втручання з персоналом лікарні.

В умовах пандемії в *Китайській народній республіці* з'явився новий досвід роботи групи реагування Good Companions. GCRT – це команда добровольців, створена викладачами соціальної роботи, студентами та соціальними працівниками, які працюють на передньому краї Уханського університету в Ухані. Робоча

модель, прийнята GCRT, побудована на цілісному підході у сфері соціальної роботи, спрямованому задоволення фізичних, психологічних і соціальних потреб клієнтів. У цій моделі під час криз, коли слід уникати особистих контактів, онлайн-групи підтримки швидко інтегрують чотири типи волонтерських ресурсів – соціальну роботу, психологію, охорону здоров'я та адміністрацію – та пов'язують їх принаймні з одним автономним волонтером у місцевій спільноті, покладаючись на все . про інструменти зв'язку у реальному часі.

У США соціальні працівники під час кризового втручання підтримують і консультують людей у біді, не даючи їм завдати шкоди собі та іншим. Вони також організують догляд та консультування після стресових подій та катастроф. Соціальні працівники екстреного реагування співпрацюють з правоохоронними органами, щоб забезпечити турботливу та ефективну реакцію на надзвичайні ситуації під час лиха.

Соціальна робота у Швеції відіграє досить нерозвинену роль та функцію в контексті кризового управління. Основну роль належить державній підтримці на місцевому рівні з деякими залучення громадянського сектора. З огляду на цей зв'язок з державним сектором інтерес спрямований на муніципалітети і найбільш помітні по відношенню до державних соціальних служб, які організують муніципалітети, відповідно до Закону про соціальні послуги (SFS 2001: 453). Державні соціальні служби офіційно виконують важливі функції для суспільства в умовах криз та лих (Постанова уряду 2007/08: 92 на посилену готовність), оскільки їх невдача чи серйозне порушення може (самостійно чи спільно) призвести до загострення кризи. Крім того, соціальні послуги визнаються необхідними в управлінні кризами і стихійними лихами. Обов'язки, визначені Законом про соціальні послуги, застосовуються як у «нормальних» ситуаціях, так і в контексті кризи. Вони охоплюють все населення, а також певні райони (включаючи окремі особи та сім'ї, догляд за людьми з інвалідністю та літніми людьми, а також новоприбулими біженцями).

## Список використаних джерел

1. Blyskun, O. Korektsiia ahresyvnoi povedinky molodi v merezhi internet [Correction of aggressive behaviour of young people on the Internet]. 2012. <http://nvd.luguniv.edu.ua/archiv/NN20/12boovmi.pdf>.
2. Kira L. S. Newman. Shutt Up: Bubonic Plague and Quarantine in Early Modern England. *Journal of Social History*, 2012, 45(3), 809–834. <https://doi.org/10.1093/jsh/shr114>.
3. Gender-based violence and COVID-19. <https://cutt.ly/hbg0scK> May 11, 2020.
4. Krahe B. Aggression in Times of Covid-19: The Social Costs of the Pandemic. <http://surl.li/sfsj>. November 11, 2020.
5. Bonichini S, Tremolada M. Quality of Life and Symptoms of PTSD during the COVID-19 Lockdown in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(8):4385. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084385>
6. Guy Hall. Why is COVID-19 making people so aggressive? <https://cutt.ly/Kbg2RID>. 20 Apr 2020.
7. Johnsen, G.E.; Morken, T.; Baste, V. et al. Characteristics of aggressive incidents in emergency primary health care described by the Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency (SOAS-RE). *BMC Health Serv Res*, 2020, 33. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4856-9>.
8. Md Zahir, A.; Oli, A.; Zhou, A.; Sang, H.; Liu, S.; Akbaruddin, A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020, 51 (June). <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>.
9. Ye, B.; Zeng, Y.; Im, H.; Liu, M.; Wang, X.; Yang, Q. The Relationship Between Fear of COVID-19 and Online Aggressive Behavior: A Moderated Mediation Model. *Front. Psychol*. 2021, 12:589615. doi: 10.3389/fpsyg.2021.589615.
10. Mytskan, T.S. Ahresyvna povedinka ditei doshkilnoho viku: prychny vynyknennia ta profilaktyka [Aggressive behaviour of preschool children: causes and prevention]. [Unpublished doctoral dissertation]. Vasyl Stefanyk Precarpathian National University, 2013.

11. Lobach, O.; Miroschnichenko, T. Pedagogichna korektsiia ahresyvnosti u molodshykh shkoliariv [Pedagogical correction of aggression in junior high school students], PDPU, 2005.
12. Moiseieva, O. Psykholohiia ahresyvnosti pidlitkiv [Psychology of adolescent aggression]. [Unpublished doctoral dissertation]. G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine. 2011.
13. Rybachuk, V. Psykholohichni mozhlyvosti korektsii ahresyvnoi povedinky u pidlitkiv [Psychological possibilities of correction of aggressive behaviour in adolescents]. Visnyk KhNPU imeni H. S. Skovorody. Psykholohiia [Herald of KhNPU named after H. S. Skovoroda. Psychology]. 2015, 51, 180-190.
14. Arshavina, L.V. Podolannia ahresyvnoi povedinky molodshykh shkoliariv: pedagogichnyi aspekt [Overcoming aggressive behaviour of junior high school students: pedagogical aspect]. osvita.ua/doc/files/news/457/45793/Robota.doc
15. Yevdokymova, N.; Bartoshuk, M. Vplyv pravosvidomosti starshykh pidlitkiv na riven ahresyvnosti [The influence of legal awareness of older adolescents on the level of aggression]. Aktualni problemy psykholohii. 2015, 7(38), 178-188.
16. Ikunina, Z. Shliakhy profilaktyky ta korektsii ahresyvnoi povedinky ditei starshoho doshkilnoho viku [Ways of prevention and correction of aggressive behaviour of older preschool children]. Aktualni problemy psykholohii. 2013, 4(9), 81-90.
17. Kisil, Z. Psykholohichni osoblyvosti ahresyvnosti u pidlitkovomu vitsi [Psychological features of aggression in adolescence]. Naukovyi visnyk Lvivskoho derzhavnoho universytetu vnutrishnikh sprav. Seriiia psykholohichna. 2015, 1, 32-40.
18. Kozubovska, I.; Soima, N. Ahresyvnist yak forma proiavu dezadaptatsii ditei [Aggression as a form of maladaptation of children]. Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu. Seriiia «Pedagogika. Sotsialna robota». 2013, 26, 101-103.
19. Schick, A.; Cierpka, M. Risk factors and prevention of aggressive behavior in children and adolescents. Journal for educational research online. 2016, 8(1), 90-109.
20. Pol van Lier, Frank Vitaro, & Manuel Eisner. Preventing Aggressive and Violent Behavior: Using Prevention Programs to Study

the Role of Peer Dynamics in Maladjustment Problems. *European Journal on Criminal Policy and Research*. 2007, 13(3–4), 277–296.

21. Drozdov, O.Yu. Socio-psychological factors in the dynamics of aggressive youth behaviour: Author's dissertation ... Candidate of Psychological Sciences: 19.00.05, G.S. Kostiuk Institute of Psychology, Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2003. 20. <https://cutt.ly/sbpfv1w>.

22. Denisova, M.F.; Muzyka, N.M.; Shkiriak-Nizhnik, Z.A. Adolescent aggression, causes and risk factors. *Child health*. 14, No 8, 2019. 470-474. DOI: 10.22141/2224-0551.14.8.2019.190840.

23. Denisova, M.F.; Muzyka, N.M.; Gorban, N.E.; Bukulova, N.Yu. Adolescent aggression. Prenatal risk factors. *Child health*. 2020. 15, № 4. 213-217. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd\\_2020\\_15\\_4\\_40](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2020_15_4_40)

24. Dziuba, T.M. Virtual aggression as a result of Internet-dependent behaviour of adolescents. *Bulletin of postgraduate education. Series: Social and behavioral sciences*. 2017. 3. 67-78. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vispdoso\\_2017\\_3\\_9](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vispdoso_2017_3_9)

25. Efuribe, Ch.; Barre-Hemingway, M.; Vaghefi, E.; Ballonoff Suleiman A. Coping With the COVID-19 Crisis: A Call for Youth Engagement and the Inclusion of Young People in Matters That Affect Their Lives. *Adolescent Health*. 2020, 67(1), 16-17. [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(20\)30185-3/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(20)30185-3/fulltext)

26. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus disease 2019 in children—United States, February 12–April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020; 69:422–426. doi: 10.15585/mmwr.mm6914e4

27. Viner, R.; Russell, S.; Croker, H.; Packer, J.; Ward, J.; Stansfeld, C. et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020. 4(5), 397-404. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)

28. White, N.; McCormick M. ; Austin, B.; Slopen, N.; Habre, R.; Molnar, B. Sleep duration and risk of physical aggression against peers in urban youth. *Sleep Health*. 2016, 2(2), 129-135. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352721816000425>.

29. Bushman, B.; Gollwitzer, M.; Cruz, C. There is broad consensus: media researchers agree that violent media increase

aggression in children, and pediatricians and parents concur. *Psychol Pop Media Cult.* 2015. 4(3), 200–214.

30. Bushman, B. Violent media and hostile appraisals: a meta-analytic review. *Aggress Behav.* 2016, 42(6), 605–613.

31. Krahe, B. *The Social Psychology of Aggression.* London: Psychology Press. 2013.

32. American Psychological Association. APA review confirms link between playing violent video games and aggression. 2015, (press release 13/08/2015).

<http://www.apa.org/news/press/releases/2015/08/violent-video-games.aspx>

33. Zbaravska, L.; Chaikovska, O.; Hutsol, T.; Slobodian, S.; Dumanskyi, O. Professional competence as a key factor in improving the quality of engineering education. *Vide. Tehnologija. Resursi – Environment, Technology, Re-sources.* 12th International Scientific and Practical Conference on Environment. Technology. Resources; Rezekne; Latvia, 2019; 253-256.  
<https://doi.org/10.17770/etr2019vol3.4118>

34. Chernobyl: a catastrophe in numbers. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2005521-cornobilska-katastrofa-u-cifrah-infografika.html>

35. Lena Dominelli. *Green Social Work: From Environmental Crises to Environmental Justice,* Cambridge, Polity Press, 2012, pp. 244.

36. W. David Stedman & La Vaughn G. Lewis, Editors (1987) *Our Ageless Constitution.* URL : <http://www.nccs.net/the-responsibility-of-citizens.php>

37. *World Employment and Social Outlook 2018: Greening with jobs* International Labour Office. Geneva: ILO, 2018. 189 p.

38. 24 million jobs to open up in the green economy. URL: [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_628644/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_628644/lang--en/index.htm)

39. *World Employment and Social Outlook: Trends 2019* International Labour Office. Geneva: ILO, 2019. 122 p.

40. Mel Gray, John Coates, Tiani Hetheington. *Environmental social work.* London: Routledge, 2013, 360 p.



41. Semyhina T. (2018) Chomu sotsialna robota nabuvaie zelenoho koloru? [Why does social work greening?]. *Visnyk Akademii pratsi sotsialnykh vidnosyn i turyzmu*. 2. 11-27

42. Про зону надзвичайної екологічної ситуації. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1908-14#Text> (дата звернення 20.05.2021)

43. Про охорону навколишнього природного середовища. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1264-12#Text> (дата звернення 20.05.2021)

44. Юэ-Чин Чоу, Участие социальных работников в ликвидации последствий землетрясения на о. Тайвань в 1999 году: рекомендации по обучению социальной работе. *Журнал исследований социальной политики*. Т.6. № 4 URL: <http://ecsocman.hse.ru/> (дата звернення 09.11.2020).

45. Гусак Н., Чернобровкіна В., Чернобровкін В., Максименко А., Богданов С., Бойко О. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс. К.: НАУКМА, 2017. 178 с.

46. Психологічний захист населення під час надзвичайних ситуацій: порадник. URL: [https://komr.gov.ua/download\\_file\\_id/29451](https://komr.gov.ua/download_file_id/29451) (дата звернення 20.05.2021)

47. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ : Унів. вид-во «Пульсари», 2017. 216 с

48. Facilitator Guide MHPSS in Complex Emergencies Training Course. Psychological First Aid : Training materials. 2016. 22 p

49. Bonanno G. A. Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive .After Extremely Aversive Events?. *American Psychologist*. 2004. Vol. 59, Issue 1. P. 20.

50. Facilitator Guide MHPSS in Complex Emergencies Training Course. Advocacy : Training materials. 2016. 16 p

51. Williamson J. Psychosocial interventions, or integrated programming for well-being? *Interventions*. 2006. Vol. 4, no. 1. P. 4-25.

52. Cox D. The Field of Displacement and Forced Migration : Programs and Strategies. *International Social Work: Issues, Strategies, and Programs*. London: SAGE, 2006. P. 291-323.

53. Berry J. P. Forced Displacement in Europe and Central Asia. The World Bank, 2011. 43 p.

54. Ungar M. A Measure of Resilience with Contextual Sensitivity – The CYRM-28: Exploring the Tension Between Homogeneity and Heterogeneity in Resilience Theory and Research. *Prince-Embury S. Resilience in Children, Adolescents, and Adults*. New York, NY : Springer, 2013. P. 245-255.

55. Tol W. A. Ecological resilience: Working with child related psychosocial resources in waraffected communities. *Treating Traumatized Children: Risk, Resilience, and Recovery* . London : Routledge, 2009. P. 29-38.

56. Rosalie B Pockett. Learning from Each Other: The Social Work Role as an Integrated Part of the Hospital Disaster Response. *Social Work in Health Care*. February 2006. 43(2-3):131-49.

57. Zhihong Yu, Weijia Tan. The experiences of the Good Companions Response Team during the COVID-19 pandemic in Wuhan, China: a multi-professional team led by social workers. *Asia Pacific Journal of Social Work and Development*. Volume 31, 2021. Issue 1-2. URL: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02185385.2020.1854843> (дата звернення 20.05.2021)

58. Police Social Work in Emergency Response Situations. URL: [https://online-maryville-edu.translate.google.com/blog/police-social-worker-emergency-response/?x\\_tr\\_sl=en&x\\_tr\\_tl=uk&x\\_tr\\_hl=ru&x\\_tr\\_pto=nui,op,sc](https://online-maryville-edu.translate.google.com/blog/police-social-worker-emergency-response/?x_tr_sl=en&x_tr_tl=uk&x_tr_hl=ru&x_tr_pto=nui,op,sc) (дата звернення 20.05.2021)

59. Carin Björngren Cuadra. Disaster social work in Sweden: Context, practice and challenges in an international perspective. URL: <https://www.government.is/media/velferdarraduneyti-media/media/velferdarvakt09/Disaster-social-work-in-Sweden.pdf> (дата звернення 20.05.2021)

60. Han, Y. (2013). Book review: Disaster social work: practice and reflection in China's case. *China Journal of Social work*, 5 (2), 184-186.

61. Nikku B.R. (2012). Children's rights in disasters: Concerns for social work – Insights from South Asia and possible lessons for Africa. *International Social Work* 56(1), 51– 66.

62. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації : [пер. з англ.] Київ : Унів. вид-во «Пульсари», 2017. 216 с.
63. Психическое здоровье в чрезвычайных ситуациях [Электронный ресурс] / Департамент психического здоровья и зависимости от психоактивных веществ ВОЗ. Женева: ВОЗ, 2005. 8 с. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67866/17/WHO\\_MSD\\_MER\\_03.01\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67866/17/WHO_MSD_MER_03.01_rus.pdf). (дата звернення 20.05.2021)
64. Blyskun, O. Korektsiia ahresyvnoi povedinky molodi v merezhi internet [Correction of aggressive behaviour of young people on the Internet]. 2012. <http://nvd.luguniv.edu.ua/archiv/NN20/12boovmi.pdf>.
65. Kira L. S. Newman. Shutt Up: Bubonic Plague and Quarantine in Early Modern England. *Journal of Social History*, 2012, 45(3), 809–834. <https://doi.org/10.1093/jsh/shr114>.
66. Gender-based violence and COVID-19. <https://cutt.ly/hbg0scK> May 11, 2020.
67. Krahe B. Aggression in Times of Covid-19: The Social Costs of the Pandemic. <http://surl.li/sfsj>. November 11, 2020.
68. Bonichini S, Tremolada M. Quality of Life and Symptoms of PTSD during the COVID-19 Lockdown in Italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021; 18(8):4385. <https://doi.org/10.3390/ijerph18084385>
69. Guy Hall. Why is COVID-19 making people so aggressive? <https://cutt.ly/Kbg2RID>. 20 Apr 2020.
70. Johnsen, G.E.; Morken, T.; Baste, V. et al. Characteristics of aggressive incidents in emergency primary health care described by the Staff Observation Aggression Scale – Revised Emergency (SOAS-RE). *BMC Health Serv Res*, 2020, 33. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4856-9>.
71. Md Zahir, A.; Oli, A.; Zhou, A.; Sang, H.; Liu, S.; Akbaruddin, A. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020, 51 (June). <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>.
72. Ye, B.; Zeng, Y.; Im, H.; Liu, M.; Wang, X.; Yang, Q. The Relationship Between Fear of COVID-19 and Online Aggressive Behavior: A Moderated Mediation Model. *Front. Psychol*. 2021, 12:589615. doi: 10.3389/fpsyg.2021.589615.

73. Mytskan, T.S. Ahresyvna povedinka ditei doshkilnoho viku: prychny vynyknennia ta profilaktyka [Aggressive behaviour of preschool children: causes and prevention]. [Unpublished doctoral dissertation]. Vasyl Stefanyk Precarpathian National University, 2013.

74. Lobach, O.; Miroshnichenko, T. Pedahohichna korektsiia ahresyvnosti u molodshykh shkoliariv [Pedagogical correction of aggression in junior high school students], PDPU, 2005.

75. Moiseieva, O. Psykholohiia ahresyvnosti pidlitkiv [Psychology of adolescent aggression]. [Unpublished doctoral dissertation]. G.S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine. 2011.

76. Rybachuk, V. Psykholohichni mozhlyvosti korektsii ahresyvnoi povedinky u pidlitkiv [Psychological possibilities of correction of aggressive behaviour in adolescents]. Visnyk KhNPU imeni H. S. Skovorody. Psykholohiia [Herald of KhNPU named after H. S. Skovoroda. Psychology]. 2015, 51, 180-190.

77. Arshavina, L.V. Podolannia ahresyvnoi povedinky molodshykh shkoliariv: pedahohichni aspekt [Overcoming aggressive behaviour of junior high school students: pedagogical aspect]. osvita.ua/doc/files/news/457/45793/Robota.doc

78. Yevdokymova, N.; Bartoshuk, M. Vplyv pravosvidomosti starshykh pidlitkiv na riven ahresyvnosti [The influence of legal awareness of older adolescents on the level of aggression]. Aktualni problemy psykholohii. 2015, 7(38), 178-188.

79. Ikunina, Z. Shliakhy profilaktyky ta korektsii ahresyvnoi povedinky ditei starshoho doshkilnoho viku [Ways of prevention and correction of aggressive behaviour of older preschool children]. Aktualni problemy psykholohii. 2013, 4(9), 81-90.

80. Kisil, Z. Psykholohichni osoblyvosti ahresyvnosti u pidlitkovomu vitsi [Psychological features of aggression in adolescence]. Naukovyi visnyk Lvivskoho derzhavnoho universytetu vnutrishnikh sprav. Seriia psykholohichna. 2015, 1, 32-40.

81. Kozubovska, I.; Soima, N. Ahresyvnist yak forma proiavu dezadaptatsii ditei [Aggression as a form of maladaptation of children]. Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho natsionalnoho universytetu. Seriia «Pedahohika. Sotsialna robota». 2013, 26, 101-103.

82. Schick, A.; Cierpka, M. Risk factors and prevention of aggressive behavior in children and adolescents. *Journal for educational research online*. 2016, 8(1), 90-109.

83. Pol van Lier, Frank Vitaro, & Manuel Eisner. Preventing Aggressive and Violent Behavior: Using Prevention Programs to Study the Role of Peer Dynamics in Maladjustment Problems. *European Journal on Criminal Policy and Research*. 2007, 13(3–4), 277–296.

84. Drozdov, O.Yu. Socio-psychological factors in the dynamics of aggressive youth behaviour: Author's dissertation ... Candi-date of Psychological Sciences: 19.00.05, G.S. Kostiuk Institute of Psychology, Academy of Pedagogical Sciences of Ukraine, Kyiv, 2003. 20. <https://cutt.ly/sbpfv1w>.

85. Denisova, M.F.; Muzyka, N.M.; Shkiriak-Nizhnik, Z.A. Adolescent aggression, causes and risk factors. *Child health*. 14, No 8, 2019. 470-474. DOI: 10.22141/2224-0551.14.8.2019.190840.

86. Denisova, M.F.; Muzyka, N.M.; Gorban, N.E.; Bukulova, N.Yu. Adolescent aggression. Prenatal risk factors. *Child health*. 2020. 15, № 4. 213-217. [http://nbuv.gov.ua / UJRN / Zd\\_2020\\_15\\_4\\_40](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Zd_2020_15_4_40)

87. Dziuba, T.M. Virtual aggression as a result of Internet-dependent behaviour of adolescents. *Bulletin of postgraduate education. Series: Social and behavioral sciences*. 2017. 3. 67-78. [http://nbuv.gov.ua / УЙРН / vispdoso\\_2017\\_3\\_9](http://nbuv.gov.ua/УЙРН/vispdoso_2017_3_9)

88. Efuribe, Ch.; Barre-Hemingway, M.; Vaghefi, E.; Ballonoff Suleiman A. Coping With the COVID-19 Crisis: A Call for Youth Engagement and the Inclusion of Young People in Matters That Affect Their Lives. *Adolescent Health*. 2020, 67(1), 16-17. [https://www.jahonline.org/article/S1054-139X\(20\)30185-3/fulltext](https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(20)30185-3/fulltext)

89. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus disease 2019 in children—United States, February 12–April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020; 69:422–426. doi: 10.15585/mmwr.mm6914e4

90. Viner, R.; Russell, S.; Croker, H.; Packer, J.; Ward, J.; Stansfeld, C. et al. School closure and management practices during coronavirus outbreaks including COVID-19: A rapid systematic review. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020. 4(5), 397-404. [https://doi.org/10.1016/ S2352-4642\(20\)30095-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30095-X)

91. White, N.; McCormick M. ; Austin, B.; Slopen, N.; Habre, R.; Molnar, B. Sleep duration and risk of physical aggression against peers in urban youth. *Sleep Health*. 2016, 2(2), 129-135. URL:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352721816000425>.

92. Bushman, B.; Gollwitzer, M.; Cruz, C. There is broad consensus: media researchers agree that violent media increase aggression in children, and pediatricians and parents concur. *Psychol Pop Media Cult.* 2015. 4(3), 200–214.

93. Bushman, B. Violent media and hostile appraisals: a meta-analytic review. *Aggress Behav.* 2016, 42(6), 605–613.

94. Krahe, B. *The Social Psychology of Aggression.* London: Psychology Press. 2013.

95. American Psychological Association. APA review confirms link between playing violent video games and aggression. 2015, (press release 13/08/2015).

<http://www.apa.org/news/press/releases/2015/08/violent-video-games.aspx>

96. Zbaravska, L.; Chaikovska, O.; Hutsol, T.; Slobodian, S.; Dumanskyi, O. Professional competence as a key factor in improving the quality of engineering education. *Vide. Tehnologija. Resursi – Environment, Technology, Re-sources.* 12th International Scientific and Practical Conference on Environment. Technology. Resources; Rezekne; Latvia, 2019; 253-256.

97. Руководство для ведущих программ психосоциальной поддержки / [сост. Ю. А. Луценко]. Киев : ФОРМ Сергеев, 2015. 26 с.

98. WHO guidelines on conditions specifically related to stress [Electronic resource] // World Health Organization, 2013. 273 p. URL: [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/stress\\_guidelines/en/](http://www.who.int/mental_health/emergencies/stress_guidelines/en/)

99. Гончар М. Ф. Стрес-менеджмент на підприємстві: характеристика та способи вирішення із застосуванням коучингу. Львів : Національний університет «Львівська політехніка», 2012. URL: [edu.ua: 8080/bitstream/ntb/13848/1/6\\_28-32\\_Vis\\_727\\_Menegment.pdf](http://www.lnu.edu.ua/bitstream/ntb/13848/1/6_28-32_Vis_727_Menegment.pdf).

100. Вакуров А. Треугольник Карпмана – Берна: Агрессор-Жертва-Спаситель. Обогащение концепции. URL: <http://www.transactional-analysis.ru/games/125-treug>.

101. Рогинская Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях. *Психологический журнал.* 2002. № 3. С. 85-95.

102. Руководство для ведущих программ психосоциальной поддержки / [сост. Ю. А. Луценко]. Киев : ФОП Сергеев, 2015. 26 с.

103. Cooper F. Professional Boundaries in Social Work and Social Care: A Practical Guide to Understanding, Maintaining and Managing Your Professional Boundaries. 2012. URL: <http://www.jkp.com/professionalboundaries-in-social-work-and-social-care.html>.

104. IFSW 2020 online conference: co-building social transformation. URL: <https://www.ifsw.org/event/swsd-2020-the-global-social-work-agenda-the-next-ten-years>

## **ВИКОРИСТАННЯ АКВА-ТЕРАПЕВТИЧНИХ МЕТОДИК В ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ РОБОТІ ІЗ ПОСТРАЖДАЛИМИ У НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ**

Термін «реабілітація» (rehabilitatio) у перекладі з латинської мови означає «одягати знову», «поновлення втраченого», «відновлення». У законі «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» зазначено, що реабілітація – це система медичних, психологічних, педагогічних, фізичних, професійних, трудових, фізкультурно-спортивних, соціально-побутових заходів, спрямованих на надання особам допомоги у відновленні та компенсації порушених або втрачених функцій організму для досягнення і підтримання соціальної та матеріальної незалежності, трудової адаптації й інтеграції в суспільство. Іншими словами, реабілітація спрямована на те, щоб допомогти дітям, дорослим або літнім людям бути якомога більш автономними в повсякденному житті, мати рівноправні можливості навчатись, розвиватись, працювати, відпочивати, а також виконувати важливі соціальні функції.

Серед різних видів медичної, професійної, трудової, фізкультурно-спортивної, соціальної, психолого-педагогічної і психологічної реабілітації чільне місце посідає соціально-психологічна реабілітація як система психологічних та соціально-педагогічних послуг відновлювального змісту, що спрямовані на профілактику прогресування патологічних процесів, усунення чи максимально можливу компенсацію соціальних і психологічних обмежень життєдіяльності, відновлення і збереження здоров'я, корекцію психічних процесів, соціальних і трудових навичок дітей і дорослих, створення умов для їх інтегрування в соціум.

Соціально-психологічна реабілітація розглядає людину в цілісності її складників: тіла, душі, розуму. Адже людині притаманні любов, віра, почуття, цінності, життєві цілі, пам'ять про минуле і надія на майбутнє, осмислені і спонтанні дії, активність і діяльність. Усі переживання відображаються у вигляді несвідомих невербальних сигналів нашого тіла – міміки, жести, рухи. Вловивши й розшифрувавши їх, можна допомогти людині



відновити внутрішні сили контролювати власну поведінку, емоції, діяльність, гармонізувати відносини із собою та оточуючими.

Соціально-психологічна реабілітація – це процес ретельного опрацювання внутрішніх проблем шляхом різних терапевтичних методик (арт-терапія, поведінкова терапія, тілесно-орієнтована терапія, гештальт терапія та ін.), серед яких чільне місце належить природотерапії. Природотерапія – це свідоме або стихійне, ненавмисне використання бальнеологічних ресурсів природи: повітря, води, сонця, краси ландшафтів, запахів рослин тощо в лікуванні і профілактиці захворювань, відновленні психічного стану та соціальної мобільності.

Із самого народження людина розвивалась серед природи і пов'язана з нею тисячами зв'язків: шум лісу, повітря, насичене легкими іонами, фітонцидами і киснем, тисячоліттями стимулювали обмінні процеси в організмі. Ліс і поле, пахучі трави і квіти, тінисті парки або сонячні галявини, природні джерела, річки, моря – містять в собі масу лікувальних властивостей і факторів, які можна застосовувати як засоби реабілітації дітей і дорослих.

Природотерапія володіє широким методичним арсеналом лікування і відновлення організму людини: ароматична терапія (за допомогою запахів); таласотеапія (лікування морською водою, морським повітрям, сонячними променями); аеротерапія (чистим повітрям); альготерапія (лікування водоростями); анімалотерапія (взаємодія з тваринами); фітотерапія (терапія рослинами); ландшафтотерапія (впливом на органи чуття природних факторів); літотерапія (вплив мінералів); акватерапія (водолікування); пісочна терапія (лікування піском) та ін. З'ясуємо можливості акватерапії та пісочної терапії в реабілітаційній роботі з дітьми та дорослими.

## Акватерапія

*«Воді була дана чарівна сила – стати соком життя на  
Землі»*

*Леонардо да Вінчі*

Вода – це один з найважливіших компонентів зовнішнього середовища. Вона є основою життя на Землі та одним із основних і найпоширеніших видів природних ресурсів, що становить 510 млн. км<sup>3</sup>. Майже 3 / 4 планети вкрито водою – океанами, морями, річками, озерами, льодовиками. Загальна кількість води вимірюється гігантською цифрою – 1,38 млрд. км<sup>3</sup> (за деякими даними – 1,45 млрд. км<sup>3</sup>), з яких 97,5 % сконцентровано у світовому океані. Якщо цією водою рівномірно вкрити всю земну кулю, то її пласт становив би 3700 м.

Понад 20% аоди зосереджено під землею і лише 1% циркулює в ріках, озерах, болотах та атмосфері. У ґрунті частка води становить не менше 20 %, у рослинах та організмах тварин – до 50 %. Придатною для використання людиною є дещо більше як 2% всієї води, або близько 39500 км<sup>3</sup>. Із зазначеного об'єму води 69 % припадає на воду у вигляді снігу і льоду Антарктики й Гренландії, близько 30 % – на підземні води і лише 0,12 % – на поверхневі води річок і озер [10].

У середньому на кожного жителя нашої планети припадає 274 млн. м<sup>3</sup> морської води. Кількість прісної води на планеті становить 35 млн. км<sup>3</sup>. На кожного жителя в середньому припадає 7 млн. м<sup>3</sup> прісної води. Середньосвітовий річний забір води з річок і підземних джерел становить 600 м<sup>3</sup> на людину, з яких 50 м<sup>3</sup> – питна вода, тобто 137 л на одну людину в день [26]. Тому наша планета вважається водною планетою, яку огортають хмари, що є також скупченням води в пароподібному стані.

Прогресивний розвиток економічних систем неможливий без достатньої забезпеченості водними ресурсами, тому вода є національним багатством кожної країни, однією з природних основ її всебічного розвитку. Вона забезпечує усі сфери життя і господарської діяльності людини, визначає можливості розвитку промисловості й сільського господарства, географічне розміщення населених пунктів, а також умови організації відпочинку й оздоровлення людей, тому що входить до складу тканин і органів людини, бере участь у всіх фізико-хімічних процесах організму,

здійсненні різних фізіологічних функцій, видаленні з організму продуктів обміну, регулює віддачу тепла шляхом випаровування [23].

Відомо, що людина на 65-70% складається з води, наприклад: 99% її у склоподібному тілі ока, 83 % – у крові, 75 % – у мозку та м'язах, 22 % – у скелеті, 0,2 % – в зубній емалі [10]. Тому вода – це особливе середовище, без якого не можуть перебігати життєві процеси живих організмів, адже вона виконує функцію універсального розчинника хімічних речовин. Чим вища концентрація води в будь-якій біологічній рідині (кров, лімфа, міжклітинна і внутрішньоклітинна рідина, сльоза, слина, піт, шлунковий сік, жовч і т. д.), тим більша швидкість взаємодії молекул: швидше доставляються поживні речовини клітин, швидше поповнюються енергетичні запаси, швидше виводяться побічні продукти біохімічних реакцій, швидше проходять процеси оновлення та відновлення. За допомогою води відбувається проникнення клітин імунної системи в найдальші «куточки» організму [49]. Зменшення кількості води у складі будь-якої біологічної рідини призводить до її згущення і порушення метаболізму. Тому зневоднення вважається тяжким хворобливим станом організму, що виникає внаслідок браку рідини, необхідної для звичайної життєдіяльності усіх систем і органів. Втрата організмом лише 1-1,5 л води вже викликає відчуття спраги. Якщо втрата води становить 10 %, то це спричиняє серйозні порушення діяльності організму і становить небезпеку для життя. Втрата 20-25 % води може спричинити смерть [13].

Виконувати свою гігієнічну роль вода може лише тоді, коли вона якісна щодо органолептичних, хімічних та бактеріологічних властивостей. В іншому разі неякісна або забруднена вода може спричинити ряд інфекційних хвороб: черевний тиф, холеру, дизентерію, гельмінтози. Міжнародні експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) встановили, що понад 60% захворювань у світі зумовлено вживанням недоброякісної води [52]. Тому в декларації Всесвітнього Водного Форуму в Гаазі в 2000 році, якість води визнана основним показником збалансованого розвитку суспільства, його безпеки та існування [19].

Незважаючи на те, що вода є одним з головних компонентів людського організму, її роль до теперішнього часу мало вивчена. Вплив води на людський організм досліджували з найдавніших часів. Так, єгиптяни вважали, що в основі життя лежить перворідний океан – Нун (стород. єгип. «nwn» [Naun] – «вода», «водний») – «батько богів» в стародавній єгипетській міфології, із якого вийшов Ра і розпочав створення світу Атум [67]. У китайській книзі про п'ять стихій «Шу цзін» («Книга історії») говориться, що «перший початок життя – вода, другий – вогонь, третій – дерево, четвертий – метал та п'ятий – земля. З цих початків з'явилося все, що існує..» [12]. Як бачимо, із стародавніх часів збереглося твердження про воду, як основу всього живого на планеті.

Перші відомості про лікувальні властивості води містяться в індуїстських Ведах (1500 років до н. е.). Вода вважалася еліксиром життя, люди вірили, що обмивання водою дає десять переваг: ясність розуму, свіжість, бадьорість, здоров'я, силу, красу, молодість, чистоту, приємний колір шкіри, увагу красивих жінок [29].

У Стародавній Греції техніку водолікування удосконалив Гіппократ, а пізніше її запозичили в Древньому Римі, куди було привезено лікарем Аскеліпадом (114-59 рр. до н. е.) [44]. У той час Рим славився громадськими купальнями, що розміщувались у великій кількості приміщень з метою: миття теплою водою; миття гарячою водою; купання в холодній воді для відпочинку і розваг. Римляни підкреслювали благотворний вплив прийому водних процедур (ванни) на душевний стан людини, адже сприяли швидкому відновленню її моральних і фізичних сил. Особливо цінувалися купальні з мінеральною водою. У «Каноні медицини», створеному перським лікарем, ученим, філософом Абу Алі Ібн Сіна (Авіцена) в 1 столітті н.е., серед інших лікувальних засобів згадується про воду як засобу збереження здоров'я [18].

Слов'яни також використовували воду, як засіб омолодження, зміцнення і підтримки здоров'я тіла та очищенні духу. Існувало повір'я, що вода може забрати з життя людини все погане [48]. Так, очисну енергію води використовували в народних та релігійних обрядах, традиціях. Наприклад, обряд хрещення водою в християнстві – символ очищення від первородного гріха і

прилучення до Бога. Такого символічного змісту набули ритуал обмивання святих статуй в Єгипті та Греції, а також святість обмивання в мусульманстві. У буддизмі краплі дощу чи роси сприймають як настання просвітлення, зокрема існує легенда, що Будді приходило осяяння, коли він споглядав краплі роси, які спадали з рослин.

Вода повертає до життя і дає нове життя. Вода розчиняє, очищає, «змиває» і відновлює. Вона асоціюється з вологою і циркуляцією крові, життєвими силами, як протиставленням сухості, нерухомості і смерті.

У родильній обрядовості такими очисними обрядами є перший купіль новонародженого або обряд «зливки» («проші» – у гуцулів). Перший купіль символізував змиття з дитини ознак «чужого» і набуття ознак «свого». Для цього до купелю додавали різні предмети: гроші, олівець, зерно, квіти, інструменти, трави. Воду виливали у таке місце, де ніхто не ходить. За символічним значенням обряду «зливки», очищувались породілля і баба-повитуха, як найбільш причетні до народження дитини особи [16].

Ще на початку ХХ століття на Бойківщині, Лемківщині був звичай, який на сьогодні вже втрачений, – митвин. Суть його полягала в тому, що наступного дня після весілля, молодий з молодістю і весільними гостями йшли до річки умиватися. Наречені заходили у воду, вмивали одне одному обличчя, а потім витиралися зворотною частиною сорочки. І це означало, що вони будуть добре жити і любитися, а молодій сім'ї надавалась привілея плодючості на основі магії контакту. Спільно з молодятами гості також заходили у воду, хлюпалися, обливалися і веселилися [15].

У північних, центральних і південних районах України купали не лише молодят, а і їхніх батьків. Коли вони одружували останню дитину, то на другий-третій день після свята організовували так зване весілля батьків. І воно теж мало свій символізм: батьки виконали свою функцію дітонародження і тепер офіційно переходять у статус літніх людей [40].

Символічні властивості води застосовувались і в поховальній обрядовості. Тут з мерця, навпаки, намагалися змити ознаки «свого», «прилучити» до сфери «чужого». Воду, якою обмивали померлого, виливали в незахідне місце. Тут проявляється розуміння небезпеки, яку могла створювати така вода для живих

(як і вода з першого купелю). З цією ж метою біля померлого залишали посудину з водою. Очисним є й обряд обмивання тих, хто сидів біля померлого чи був на похороні. З його допомогою з живих змивалися ті ознаки «чужості», яких вони набували, сидячи біля покійного. Обов'язковим було прибирання та миття оселі після того, як винесуть покійного [9].

У календарній обрядовості також використовувалась вода, як символ очисника від бід і хвороб та провідника чистоти і краси. Загальнопоширеним для всієї України було і залишається й до нині купання в річці під час великих свят, зокрема на Різдво, Водохреще, Івана Купала, Чистий четвер.

Отже, символічні очисні властивості води у традиційній обрядовості різних народів, зокрема й українців, виконували особливу символічну роль (очищення, звільнення, виправлення, відновлення, оздоровлення, покращення піднесення, одухотворення), які і досі передаються з покоління в покоління.

Наукові основи вивчення властивостей води зустрічаються в творах стародавніх філософів. Так, Фалес Мілеський стверджував, що все походить від води. Виявляючи її незвичайні властивості, він визначив, що вода сама по собі не проста, а розумна та божа, що може перебувати в трьох станах: твердому, газоподібному, рідкому і є началом усього живого [62]. Думки Фалеса Мілеського знайшли відображення в працях великих мислителів стародавнього світу – Платона, Аристотеля, Геракліт, Гіппократа: вода – джерело всього живого у Всесвіті; вода – символ первинної матерії; вода все перевіряє; вода – символ Великої матерії. Тобто, вона є символом народження, жіночого начала, утроби всесвіту, родючості і свіжості, життєвого джерела [60].

Давньогрецький філософ Геракліт, також стверджував, що вода – джерело народження всього у Всесвіті. Він визначив, що вона становить близько 79% від загальної ваги тіла людини (50% – міститься в м'язах, 13% – в кістках, 5% – в крові, 16% – в печінці і 0,4% – в селезінці) [35].

На думку Гіппократа життя залежить від взаємодії чотирьох стихій: повітря, води, вогню та землі, які залежать від чотирьох станів: сухого, вологого, теплого і холодного. Він, вперше представив світу вчення про чотири типи темпераменту, що було засноване на протіканні в людині чотирьох видів рідини: сангвіс

(кров), флегма (слиз), холі (жовч), меланхолі (чорна жовч). Домінування однієї із видів рідини і визначає тип темпераменту, що характеризує не тільки психологічний портрет людини та вияв різних емоційних станів, а й у психологічних взаєминах між людьми, в ставленні до себе і до світу в цілому. Також, Гіппократ настійно радить усім людям вживати холодну воду (зовнішнє і внутрішнє застосування) проти різних хвороб, в тому числі і нервових, які називав «внутрішніми стражданнями» [30].

Використовувати воду як засіб позбавлення від різних недуг, люди навчилися ще задовго до Гіппократа, наприклад, відомо, що аборигени Австралії та Америки у XV–V тис. до н. е. разом з рослинами використовували гарячу і холодну воду при пораненнях; парові лазні при простудних захворюваннях і зрошення кишечника (клизми) при запорах. За переказами, жінки первісного суспільства купали хворих дітей у водоймах з «електричними» рибами (скатами), але і в подальші роки, включаючи сучасну дійсність, продовжують використовувати лікувальні властивості води, постійно розкриваючи феномен цієї загадкової субстанції та особливості впливу на внутрішній і зовнішній світ людини.

У похмуру епоху Середньовіччя (з IV ст.), незважаючи на сувору заборону церкви, європейські лікарі застосовували лише деякі методи водолікування, а саме – обливання і обтирання, тому характеризуючи цей час, французький філософ Ж. Мішле дав назву: «тисяча років без єдиної ванни» [14]. Фізичні методи лікування в Середньовіччя збагатилися переважно досвідом лікарів Візантії і Сходу, що було узагальнено в працях Авіценни «Канон лікарської науки». У третій частині першої книги «Канону лікарської науки» – про збереження здоров'я, він вперше детально сформулював показання до застосування сонця, повітря і води для лікування і профілактики різних хвороб. Літописець Стародавньої Русі Нестор описав застосування «кислої води» (нарзани) і «чіпучінніе ларі» (парові лазні) давньоруськими «лечцями» для лікування хвороб суглобів [33].

У «Трактаті про італійські мінеральні води» Дж. Савонарола вперше надрукував вказівки про користування мінеральними ваннами. Італійський лікар професор Пізанського університету Г. Фаллопія в XVI ст. опублікував «Сім книг про теплі води», в яких

намагався проаналізувати хімічний склад мінеральних вод. Перші натуралісти прагнули самі використовувати результати поставлених ними дослідів для лікування хворих. Опис таких спроб застосування мінеральних і прісних вод можна відстежити у працях лікарів епохи Відродження Парацельса (Філіп Ауреол Теофраст Бомбаст фон Гогенгейм), Ф. Гофмана та ін. авторів, які намагалися пояснити результати впливу води на організм людини з позицій механістичного матеріалізму [58].

Дослідження лікувальних властивостей води дозволили німецькому католицькому священнику Себастьяну Кнейпу створити комплекс водолікувальних технік, заснованих на зовнішньому застосуванні води для лікування різних захворювань людей та опублікувати їх в книзі «Моє водолікування». Автор відзначав високу ефективність застосування води при лікуванні нервових захворювань, які виникають внаслідок сильних стресів і хвилювань. Також він зауважив, що вода позитивно впливає на емоційний стан хворих, їх активність, позитивний настрій на одужання [53].

Правомірність існування водолікувального методу в подальшому було об'єктивно підтверджено клінічними спостереженнями дипломованих лікарів, які практикували в різних лікувальних закладах, де використовувалась гідротерапія, а також в місцевостях, що мали природні мінеральні води. Попередньо розроблені методи водолікування, доповнювались низкою модифікованих технік, створених лікарями наступних поколінь, що успішно використовуються на практиці й нині, зокрема лікуванням холодною водою.

Так, у Берліні (1980 р.), вийшло друком зібрання «Терапія за Кнейпом», в якій систематизовано оздоровлювальні та гартувальні заходи, лікування водою різної температури в поєднанні з дієтою і фізіотерапією. Адже Кнейпп розглядав людину як нерозривну єдність тіла і розуму. Щоб підвищити витривалість тіла і його опірність зовнішнім факторам, необхідно домогтися гармонії у всіх фізичних, духовних та інтелектуальних функцій за допомогою п'яти методик: гідротерапія, фітотерапія; дієта; рух; і збалансований спосіб життя. Він говорив, що цивілізація не просто відлучає нас від природи, а й приховує від нас нашу власну природу і нам необхідно знову навчитися прислухатися до



власного тіла, розуміти сигнали, які воно посилає. Кнейпп вважав, що трьох властивостей води – розчиняти, очищати і зміцнювати – цілком достатньо для того, щоб зрозуміти: вода виліковує все [53]. 17 травня 2021 року виповнилося 200 років від дня народження Себастьяна Кнейппа – творця оздоровлювальної системи водолікування, що не втрачає своєї популярності й до сьогоднішнього дня [6].

На початку XIX століття науково-хімічні дослідження води остаточно знищили думку про божественність мінеральних вод, зокрема був визначений її якісний кількісний склад. Це стало потужним стимулом розпочати будівництво водолікарень майже в кожній країні Європи. У 1827 році така лікарня будується в Москві. Інша – в Петербурзі на Кам'яному острові, в Одесі на Куяльницькому (Андріївському) лимані [38].

Особлива роль у розвитку водолікування, як науки, належить російським лікарям М. Мудрову, М. Пирогову, В. Манассеїну, Г. Захар'їну, С. Боткіну та ін., які широко використовували бальнеотерапевтичні процедури (на основі природних і штучних мінеральних вод) в своїй лікувальній практиці. Наукове трактування механізму впливу лікувальних водних процедур на організм людини позначилося на розвитку російської фізіології, обумовивши її неврогенний напрям [45]. Вченими були виявлені зміни вегетативних функцій і різних видів обмінних процесів в організмі при дії прісної води, а також розчиненої в ній кухонної солі, вуглекислоти, ароматичних речовин та екстрактів рослин.

Вже в XX столітті під впливом швидкого розвитку природничих наук і технічного прогресу настала ера водної медицини, яка увібрала тисячолітній досвід народної та наукової медицини, доповнюючи його технічним супроводом: ванни, душові кафедрі, кушетки (водяні та фізіотерапевтичні), системи витягування хребта та ін; термостатичні змішувачі, насоси, гідро- і аерофорсунки, різні змінні насадки тощо; сатуратори, сидіння, сходинки, спеціальні водонепроникні матраци, підйомники для людей з інвалідністю, кухні для підготовки і зберігання лікувальної грязі. Також визнано принцип водолікування, який ґрунтується на тому, що вода, володіючи високою теплоємністю, великою теплопровідністю і конвекцією, добре розчиняє різні солі та гази. Тому, вона, впливаючи на організм через нервові

рецептори шкіри та слизову оболонку, викликає позитивні хімічні й біохімічні зміни в організмі.

Як відомо, тіло для кожної людини є постійним супутником, воно тільки тоді стає помітним для людини, коли воно відчуває холод, тепло, голод, біль, лоскіт, дотик, свербіж тощо. Внаслідок цієї багатозначності, тіло одночасно є зовнішнім об'єктом і в той же час частиною нашого «Я». Ми постійно дбаємо про нього, про нас або, відповідно, про нас в ньому, для того щоб зробити тіло таким, в якому ми себе будемо відчувати в гармонійно, приналежно виглядати в своїх очах і в очах інших людей [65]. Процес відновлення, лікування і коригування тілесного «Я» відбувається різними природотерапевтичними шляхами, де чільне місце належить акватерапії.

Підсумовуючи сучасні знання про використання води в якості лікарського засобу, іранський вчений Ф. Батмахелідж, який заснував в США Академію водної медицини, в семи об'ємних монографічних книгах описав результати лікування водою багатьох захворювань – від остеохондрозу до гіпертонії та пієлонефриту [3]. Однак багато лікувальних властивостей води досі не вивчені, не розпізнані, не розшифровані. Наприклад, не розкрита таємниця алмазної води, за допомогою якої тибетські ченці виліковують рак. Не розгадана таємниця води індіанців майя, відомої як «еліксир вічної молодості», що забезпечує красу жінок і підвищену потенцію чоловіків. Таємниці лікувальних властивостей води ховаються в її аномальній фізико-хімічній структурі, що не підкоряється законам фізики і хімії [8]. Проте, можна стверджувати, що настала пора, про яку мріяв Гіппократ, і, який був переконаний у тому, що з часом, для людства основними ліками стануть вода і їжа [7; 8].

Отже, **акватерапія** розглядається як розділ альтернативного лікування, реабілітації і корекції психофізичного розвитку людини, в основі якого лежить внутрішнє і зовнішнє застосування біологічно активної води.

Акватерапія нараховує кілька десятків напрямів: гідротерапія (застосування прісної води), бальнеотерапія (застосування мінеральних вод), таласотерапія (морелікування), аквафітотерапія (лікування трав'яними ваннами), аквагеріатрія (боротьба зі старінням і лікування хвороб старості водою), театоніка

(лікування різних захворювань трав'яними і класичними чаями, приготованими на цілющій воді), акваонкологія (лікування раку цілющою талою і легкою водою), аквааеробіка (поєднання плавання та спеціальних вправ) та ін. Кожний з цих напрямків має низку акваатерапевтичних технологій, методів і засобів.

Розглянемо детальніше найпопулярніші напрями та технології акваатерапії.

**Гідротерапія** (грецьк. *hýdōr*, вода + *therapeía*, лікування), – напрям альтернативної медицини, в основі якої лежить застосування прісної води в чистому вигляді або з додаванням різних натуральних речовин (хвойний екстракт, валеріана, гірчиця) з метою лікування, профілактики та реабілітації.

Фізіологічну основу гідротерапії складають реакції організму на термічний, механічний і хімічний фактори, серед яких основна роль належить термічному. У формуванні відповідних реакцій організму на гідролікувальні фактори беруть участь механізми фізичної та хімічної терморегуляції. При цьому відбувається активація каскаду рефлексорних реакцій, здійснюваних нейрогуморальним шляхом за участю різних систем організму. Дія теплої води здійснюється переважно через парасимпатичну нервову систему, а охолодженої – через симпатичну [54].

Основним місцем дії водолікувальних процедур на організм людини є шкіра, її судинна система і рецептори (терморекцептори). За фізіологічними властивостями терморекцептори зазвичай поділяють на такі основні типи: холодні, механотермічні і теплові. Роздратування терморекцепторів забезпечує реакцію на водолікувальну процедуру не тільки центральної нервової системи, а й інших органів і систем організму, регулюють теплообмін [21].

В залежності від температури води розрізняють водолікувальні процедури: холодні, якщо температура води нижче 20 °С; прохолодні – від 21 до 32 °С; індиферентні – від 33 до 36 °С; теплі – від 37 до 38 °С; гарячі – від 39 °С і вище.

Найчастіше з лікувальною метою використовують воду індиферентної або близької до неї температури. Під індиферентною прийнято розуміти температуру води, що істотно не відрізняється від внутрішньої температури тіла і викликає мінімальне роздратування шкіри для обміну тепловою енергією.

Такі процедури мають седативну дію та викликають відчуття сонливості.

Вплив більш теплої води викликає збудження, а тривале застосування

процедур, як з холодною, так і з гарячою водою супроводжується пригніченням центральної нервової системи. У відповідь на дію температурних подразників включаються шкірно-вісцеральні рефлексії, змінюють насамперед кровообіг, дихання, потовиділення. Гемодинамічні зрушення супроводжуються перерозподілом крові в організмі, зміною теплообміну і обміну речовин. Холодні процедури уповільнюють і підсилюють, а гарячі пришвидшують і послаблюють серцеві скорочення. Перші – підвищують артеріальний тиск, другі – надають гіпотензивний ефект. Холодні водолікувальні процедури призводять до встановлення поглибленого і уповільненого дихання. Теплі і гарячі процедури підвищують частоту дихання і зменшують його глибину. Холодні водні процедури викликають підвищення тону м'язової мускулатури. Теплі водні процедури сприяють зниженню м'язового тону, надають розслаблювальну дію на м'язи кишечника [7].

При загальних водних термічних процедурах судини внутрішніх органів реагують протилежно до реакцій судин шкіри, тобто в той час, коли судини шкіри звужуються, судини внутрішніх органів розширюються, і навпаки (закон Нікітіна-Дастра-Марата). Виняток становлять судини нирок і мозку, що реагують незалежно від судин шкіри [2].

У гідротерапевтичній діяльності використовуються методи і технології (обмивання, обливання, обтирання, обгортання, лікувальні душі, лікувальні ванни, парові процедури та ін.).

**Обмивання.** Обмивання – проста за технікою і м'яка за дією гідротерапевтична процедура, яка полягає в тому, що тіло людини (все відразу або частково) швидко обмивають холодною водою, а потім розтирають сухим рушником. Як загальні, так і часткові обмивання діють на організм із освіжаючим, злегка тонізуючим, загально зміцнювальним ефектом. Також вони застосовуються як легкий жарознижуючий засіб, як заключна процедура після місцевих теплових процедур (наприклад, після парових душів,

місцевих світлових ванн), і як профілактичний та загартовувальний засіб.

Ця техніка застосовується як психотерапевтичний засіб у казкотерапії, а саме, використовується обмивання «мертвою» і «живою» водою. За символічним змістом «мертва» вода нейтралізує все погане, але гальмує розвиток і щастя людини. Наприклад, «мертвою» водою побризкав на рани, і вони затягнулися. «Жива» вода, навпаки, дає нові сили для зцілення, відновлення, росту, творення тощо. Ефект «Мертвої» і «живої» води можна порівняти з технікою дисоціації та асоціації в нейролінгвістичному програмуванні (НЛП). Дисоціація «мертва» вода – це прийом, який робить картинку ситуації тьмяною, далекою, чорно-білою, крихітною і дозволяє клієнтам, які стали учасниками негативних подій вийти з рамки цієї картинки і стати стороннім спостерігачем. Асоціація «жива» вода, навпаки, стимулює включення яскравих кольорів, звуку, запаху в життєвій картинці клієнта, тим самим оживляє її, робить позитивною і мотивує зануритись в її глибину [25].

**Обливання.** Обливання водою здійснює потужний температурний і механічний вплив на шкіру, тому із тонізуючим ефектом впливає на всі функції організму, особливо на нервову систему, кровообіг і дихання. Обливання буває частковим (окремі ділянки тіла) і загальним (усе тіло). При загальних обливаннях 2-3 відра води виливають повільно, протягом 12 хвилин, так щоб вода рівномірно стікала по тілу. Струмінь води повинен потрапляти на шию, плечі, груди і рівномірно стікати по всьому тілу. Наступним етапом є енергійне розтирання. Процедуру проводять щодня протягом 4-6 тижнів, поступово знижуючи температуру води з 34-33 °С до 22-20 °С. Загальне обливання підвищує тонус м'язів, збуджує центральну нервову систему, підсилює обмін речовин [57].

Обливання – ефективна і досить часто використовувана гідротерапевтична процедура, що за своєю суттю дуже близька до обмивання. Вона відрізняється від обмивання тільки тим, що для її здійснення використовується набагато більше води, завдяки чому і виникає сильніша температурна дія.

**Обтирання.** Обтирання – гідротерапевтична техніка, яка найчастіше застосовується в домашніх умовах та в лікувальних

зкладах. Вона по суті зводиться до незначного змочування шкіри водою і подальшого енергійного її розтирання через вологу тканину, тобто тут менше використовується термічна дія і більше – механічна [61]. Розтирання продовжують до повного зігрівання організму людини, а потім окутавши його теплою ковдрою, настає час відпочинку (послаблення м'язової напруги), заспокоєння (усунення емоційної напруженості), відновлення (ослаблення проявів втоми), активізації (підвищення психофізіологічної реактивності). Якщо процедура розтирання робиться з метою загартування, то вкінці можна застосувати обливання прохолоднішою водою.

**Обгортання.** При вологому обгортанні використовується тканина, змочена водою кімнатної температури, а поверх неї – тепла ковдра. Також пропонується пиття гарячого чаю (щоб викликати потовиділення або продовжити відпочинок). Протягом процедури відбуваються фазні зміни терморегуляції організму. Вологі обгортання, або вологі укутування, по суті являють собою зігрівальний компрес, тільки покладений на все тіло і без непроникного шару [63].

Обгортання діє як потужний заспокійливий засіб (наприклад, при нервових і психічних захворюваннях із симптомами збудження і роздратування, при безсонні). При цьому важливо вловити момент початку потовиділення, так як це і є період найбільшої заспокійливої дії; потім, навпаки, починається розвиток збудження.

Навколишнє середовище і супутні заходи при вологих обгортаннях можуть підсилити лікувальний ефект. Так, наприклад, зручне розташування людини, тиша навколо, припинення розмов сприяють заспокійливій дії; пиття гарячих і навіть холодних напоїв підсилює послідовне потовиділення; навпаки, прохолодне обмивання призупиняє потовиділення і освіжає клієнта.

**Лікувальний душ** (франц. douche від італ. doccia – водостічна труба). Душі являють собою водолікувальні процедури з використанням струменів води різної форми, напрямку, температури і тиску. Основним діючим впливом лікувальних душів на організм людини є температурний і механічний чинники. Їх фізіологічна дія на організм залежить від сили механічного

подразнення, ступеня відхилення від індиферентної температури води та від тривалості температурного режиму.

Струмені води, що впливають на хворого, викликають короткочасну періодичну деформацію різних ділянок шкіри з подальшим подразненням численних механорецепторів і термочутливих структур. Внаслідок чого в шкірі наростає вміст гістаміну, брадикініну, простагландинів, які, в залежності від температури струменів води, викликають короткочасні зміни тонуусу артеріол, шару дерми і розташованих глибше лімфатичних судин шкіри [32].

Розрізняють наступні види лікувальних душів:

– *гарячі і короткочасні холодні душі* підвищують тонуус скелетних м'язів і судин, внаслідок чого збільшується загальний периферичний опір судинної системи; змінюють тривалість фаз серцевого циклу; збуджують коркові процеси, стимулюють гіпоталамо-гіпофізарну систему, тренувальну дію серцево-судинної і м'язової систем організму [45]. Гарячі і холодні душі підвищують рівень бадьорості й енергії; нормалізують роботу нервової системи; усувають негативні спогади і переживання;

– *теплі і прохолодні душі* знижують тонуус судин, зменшують артеріальний тиск та індукують імунні процеси в шкірі, активують гальмівні процеси в корі головного мозку і обмежують приплив сенсорної інформації з больового вогнища. Таке «купання» в теплому чи прохолодному душі супроводжується легкою музикою, кольоровою підсвіткою або штучних сонячних променів. Теплі і прохолодні душі використовуються з метою підвищення саморегуляції особистості (управління своїм психоемоційним станом), усунення емоційної напруженості, збудженості та допомагають підняти настрій, «перезавантажитись» [45];

– *пиловий душ* – одна із ефективних розслаблюючих процедур в основі якої лежить водяний пил, що утворюється при подачі води через спеціальний наконечник-розпилювач. Дрібні краплі спадають на тіло людини під дією сили тяжіння, викликаючи розслаблення м'язів, приємні відчуття і позитивні емоції і роздуми [61]. Для ефективності акватерапевтичних сеансів

пиловим душем рекомендовано використовувати музично-релаксаційний супровід та аромо-терапевтичні засоби;

– *дощовий душ* характеризується тим, що вода, яка надходить через спеціальну сітку з отворами, розбивається на струмені і падає на тіло людини у вигляді дощових крапель (вертикально або під невеликим кутом). Приймати дощовий душ краще у зручному положенні із закритими очима в трьох основних модальностях, притаманних людині: зорові образи події (що ви бачите – хмари, квіти, ліс); слухові образи (які звуки ви чуєте – спів птахів, джурчання струмка, шум дощу, музика); відчуття в тілі (що ви відчуваєте – тепло, краплі води, запах квітучих яблунь, смак роси). Використання образів пов'язано з активним впливом на центральну нервову систему почуттів і уявлень. Безліч наших позитивних відчуттів, спостережень, вражень ми не запам'ятовуємо, але якщо пробудити спогади і образи, що з ними пов'язані, то можна пережити їх знову і навіть посилити релаксаційний ефект. Якщо словом ми впливаємо в основному на свідомість, то образи, уява відкривають нам доступ до потужних підсвідомих резервів психіки [11];

– *голчастий душ* являє собою різновид дощового, але у вода проходить через сітку з меншими отворами, ніж в попередньому. Вплив на шкіру проявляється у відчутті множинних уколів голками. Напрямок струменів наближений до вертикального. Ця процедура сприяє поліпшенню припливу крові, завдяки чому тіло масажується, активізуються обмінні процеси, стимулюється виведення шлаків з організму [56]. Після прийняття голчастого душу людина стає більш активною і емоційною, а індивідуально підібраний температурний режим води, дозволяє розслабитися і відпочити;

– *циркулярний душ* або мантиль-душ (від ісп. mantilla – покривало) забезпечує рівномірний вплив горизонтальних тонких струменів води на всю поверхню тіла людини, виконуючи функцію лікувально-оздоровчого гідромасажу. Вода надходить з отворів труб спеціальної гідроустановки під підвищеним тиском і викликає відчуття інтенсивного поколювання [6]. Внаслідок цього, циркулярний душ має загально-зміцнювальну і тонізуючу дію, тим самим призводить до підвищення емоційної та фізичної



активності людини, знімає перевтому, збільшуючи приплив крові до кожного внутрішнього органу, стимулює виведення накопичених шлаків. Сеанси циркулярного душу покращують емоційний стан, знімають дратівливість, регулюють сон;

– *струменевий душ або душ Шарко* винайшов відомий французький вчений, психотерапевт Шарко Жан-Мартен. Струменевий душ являє собою вид лікувально-оздоровчого гідромасажу, при якому по тілу вдаряє потік води контрастної температури під високим тиском: гарячі струмені поєднуються з холодними. Процедуру проводять на відстані не менше 3 метрів від людини почергово направляючи під тиском потоки гарячої (45 °С) і прохолодної води (20 °С) протягом 5 хвилин. Душ Шарко використовується переважно для лікування захворювань нервової системи, адже покращує кровообіг, прискорює обмін речовин і тонізує організм. Також струменевий душ рятує від перевтоми і мігрені, нервових зривів, надмірної дратівливості, депресії, неврастенії та ін;

– *контрастний (шотландський) душ* – це вид лікувально-оздоровчого гідромасажу комбінації двох струменевих душів контрастної температури – холодної і гарячої. Гарячу і холодну воду чергують: гарячу (37–45 °С) протягом 30–40 с., а холодну (10–25 °С) протягом 15–20 с. Обидва струмені подають під однаковим і постійним тиском. Потужний механічний вплив поєднується з високоінтенсивним термічним подразненням. Контрастний душ, направляючи кровоток то до шкіри, то в глибину організму, тренують мікроциркуляторні процеси, нормалізують артеріальний тиск, підвищують функцію скорочення міокарда, стимулюють всі види обміну, викликають фізіологічне тренування рухливості основних нервових процесів внаслідок механізму зворотного зв'язку між мускулатурою і центральною нервовою системою [41]. Така процедура не лише значно зменшує напругу, втому, покращує пам'ять і настрої значно збільшуються показники активності, загартованості організму та стресостійкості;

– *підводний душ-масаж* являє собою водолікувальну процедуру, при якій тіло людини під водою масажують струменем води під тиском (0.1 – 0.4 кПа). Процедура проводиться в

спеціальній великій ванні ємністю 400-600 л або спеціальному мікробасейні. Тепла вода викликає розслаблення м'язів і зменшення болю, це зумовлює енергійний, безболісний температурний і механічний вплив на організм людини. Процедура значно покращує кровообіг в шкірі і підшкірних тканинах, покращує відтік лімфи, прискорює розсмоктування залишкових явищ запальних процесів [47].

**Лікувально-оздоровчі ванни.** Лікування ваннами – це приємна, заспокійлива процедура. Вони є найпоширенішими гідротерапевтичними процедурами, адже ефективно нормалізують роботу системи кровообігу. Крім того, гідродинамічний ефект ванн сприяє підвищенню функцій нервової системи і найсприятливіше впливає на стан шкіри. Терапевтична дія прісних ванн може бути посилена дією хімічних факторів, наприклад при додаванні в воду ароматичних і лікарських речовин. Через шкіру організм може насичуватися цінними мінеральними компонентами і хімічними сполуками, зменшення яких може бути причиною багатьох захворювань. Тому існує низка різних видів лікувальних ванн, які розрізняються за компонентним складом і особливостями впливу на організм:

– *скипидарні ванни* готують шляхом розведення в прісній воді (36 – 38 °С) чистого скипидару або скипидарної «білої емульсії», чи «жовтого розчину». Скипидарні ванни мають виражену знеболювальну дію. Вони застосовуються при хронічних захворюваннях і травмах опорно-рухового апарату, периферичної нервової системи;

– *перлинні ванни* бувають тільки штучними, адже їх готують шляхом насичення прісної води атмосферним повітрям під тиском 0,5-1,5 ат. Повітря за допомогою компресора надходить у ванну через отвори в системі трубок, вмонтованих в раму, що розміщена на дні ванни, тому вода вирує величезною кількістю рухомих бульбашок різного розміру. Перлинні ванни нормалізують збудливість нервової системи, тонус м'язів, тренують на механізми регуляції гемодинаміки. Ванни застосовуються при неврастенії, астенічних синдромах різного походження, нейроциркуляторної дистонії, гіпертонічної хвороби, дитячого церебрального паралічу, загальному стомленні;

– *йодобромні ванни* готують також штучно із додаванням 70-90 мг / л бромю і 40 мг / л йоду. Для приготування такої ванни в 1 л води розчиняють 100 г натрію (калію) йодиду і 150-200 г натрію (калію) бромиду. Йод і солі бромю проникають в організм через шкіру, впливаючи і на шкірні нейрорецептори, що посилює процеси гальмування в центральній нервовій системі. Особливо сприятливим є вплив таких ванн на хворих з гіперкінетичною формою церебрального паралічу;

– *газові ванни* (вуглекислі, кисневі, радонові, азотисті, сірководневі). У механізмі дії газових ванн, крім температурного і механічного факторів, велику роль відіграють самі бульбашки газу, що покращують дихання і кровообіг. Газові ванни поділяються на:

✓ *штучні вуглекислі ванни* готують із природних або штучно приготованих вуглекислих мінеральних вод. Тіло людини покривається безліччю дрібних газових бульбашок, які хімічно діють на шкірні рецептори і викликають рефлекторну реакцію судин. Розширення судин істотно покращує кровообіг;

✓ *штучні радонові ванни* Для приготування радонових ванн використовують концентрований розчин радону, одержуваний з розчину солей радію. Радонові ванни підсилюють обмінні процеси, надають загальну заспокійливу і болезаспокійливу дію, нормалізують артеріальний тиск, покращують скорочувальну функцію серця. Такі ванни застосовують при хронічних поліартритах, остеохондрозі хребта, неврозах, захворюваннях периферичної нервової системи, гінекологічних захворюваннях;

✓ *кисневі ванни* готують за допомогою апарату для насичення води киснем за температури 35-36 °С. Концентрація кисню у ванні не перевищує 50 мг / л. Крім звичайного седативного впливу прісної води індиферентної температури, при такій процедурі бульбашки кисню здійснюють легкий механічний вплив;

✓ *сірководневі (сульфідні) ванни* сприяють посиленню кровотоку в шкірі та глибоких тканинах, покращують їх трофіку, седативно діють на нервову систему. Для штучного приготування сірководневих ванн в домашніх умовах використовують реактив Прилипко [65].

**Аквафітотерапія** – лікування трав'яними ваннами. Трави допомагають боротися з різними захворюваннями, а також мають заспокійливу, розслаблюючу і тонізуючу властивості. Якщо правильно підібрати рослини і використовувати їх під час прийняття ванни, то результат приємно здивує кожного. Вода має властивості, що допомагають очистити організм, а ванна з додатковими трав'яними настоями допоможе відновити сили, енергію, а також забути про хвороби [59]. Заспокійливі трав'яні ванни допоможуть розслабитися, заспокоїтися, зняти стрес і налаштуватися на нормальний міцний сон. Сприятливо впливають на нервову систему такі трави: корінь валеріани допомагає боротися з безсонням; сухоцвіт болотна, листя аїру, глід або хміль чудово підходять для лікування психоневрозів; чистотіл або хвощі використовують для розслаблення м'язів і для заряду енергією; квіти липи, м'ята, полин допомагають заспокоїтися; для боротьби з дратівливістю кращим варіантом стане додавання в ванну шишок або гілок хвої.

Найпопулярнішими трав'яними ваннами є:

– *ванни із розмарину* готуються із 200 г подрібнених гілочок розмарину із додаванням суміші олій: лавандової (2 краплі), абрикосової і кунжутної (по 20 крапель кожної). Ефірна олія розмарину володіє чудовими стимулюючими властивостями, знімає фізичну і розумову втому, значно зміцнює життєві сили організму. Аромат розмарину викликає приємні відчуття і позитивні емоції, які благотворно впливають на загальну реактивність організму, нервову, серцево-судинну, травну та інші системи організму. При додаванні до мінеральної води невеликої кількості розмарину над поверхнею ванни утворюється ефірна повітряна куля – чудовий метод інгаляції дихальної системи. Ванна має седативну, судинорозширювальну, тонізуючу, імуномодулюючу, метаболічну дію [31];

– *хвойні ванни* готують шляхом додавання в прісну ванну порошкоподібного або рідкого хвойного екстракту. Вони виконують седативну, болезаспокійливу, антиспастичну і судинорозширювальну дії. Застосовуються при неврозах, нейроциркулярній дистонії, гіпертонічній хворобі, наслідках черепно-мозкової травми, виразкової хвороби;

– *шавлієві ванни* готують, розчиняючи у воді рідкий концентрат мускатної шавлії в кількості 250-300 мл на ванну. Шавлієві ванни надають знеболюючу і заспокійливу дію. Їх застосовують при захворюваннях і наслідках травм нервової системи та опорно-рухового апарату, при хронічних запальних захворюваннях жіночих статевих органів, дерматологічних захворюваннях [24];

– *валеріанові ванни* готують із 50-100 г кореня валеріани (в залежності від тяжкості захворювання і віку) заливають 2 л окропу і кип'ятять 15 хв. Через 12-15 хв відфільтрований настій вливають у ванну. Валеріанові ванни особливо корисні хворим з гіперкінетичною формою церебрального паралічу. Седативну дію надають також ванни з травами: шавлією, пустирником, материнкою, хмелем, полином. Рідкий або сухий концентрат валеріани діє як м'який седативний засіб, знімає стрес і тривогу, сприяє розслабленню і відпочинку, полегшує засинання і покращує сон. Ванна рефлекторно підвищує кровообіг в скелетних м'язах і внутрішніх органах, підвищує інтенсивність вуглеводного, жирового і мінерального обміну в організмі. Ванна з цією лікарською травою має седативну, судинорозширювальну, тонізуючу, метаболічну дію [4];

– *ароматичні ванни* готують у вигляді розчинених у ароматичних речовин рослинного походження у воді. Лікувальний ефект ароматичних ванн досягається швидким всмоктуванням цілющих олій через шкіру в лімфатичну систему, яка омиває всі внутрішні органи, а також інгаляційним ефектом від фітонцидів, що вдихаються. Ванни з відварами й оліями лікарських рослин оздоровлюють шкіру, органи дихання, нервову систему. Специфічний аромат певних ароматичних речовин обумовлює виражений психотерапевтичний ефект для зняття напруги, стресу, втоми і безсоння. З давніх-давен ванни з ароматичними ефірними маслами вважалися розкішшю, доступним тільки імператорам і королям. Популярність такої процедури пояснюється подвійним ефектом-оздоровлення організму та душевним розслабленням [36];

– *гірчичні ванни* готують із 150-250 г сухої гірчиці, попередньо розведеної в невеликій кількості теплої води.

Температура води 37-39 °С. Гірчичні ванни викликають подразнення і почервоніння шкіри, їх призначають при гострих захворюваннях органів дихання (гострі респіраторні захворювання, гострий бронхіт, пневмонія), особливо у дітей;

– *сольові ванни* готують з природної морської води або шляхом додавання морської солі до прісної води з розрахунку 100-200 г солі на 10 л води. Вони мають зміцнювальну і тонізуючу дію, сприяють загартовуванню, покращують кровопостачання головного, спинного мозку і м'язів. Сольові ванни знімають м'язові і суглобові болі, зменшують наслідки травм, позитивно впливають на серцево-судинну і нервову системи, покращують обмін речовин, мають протизапальний ефект. Вони допомагають при нервових перевантаженнях, стресах, депресії. Крім того, сольові ванни активізують циркуляцію крові в дрібних судинах, що за аналогією нагадують мікромасаж. Деяка частина розчинених у воді солей адсорбується колією, створюючи так званий сольовий плащ, дія якого триває і після закінчення процедури. До морської води можна додати хвойний екстракт для збудження центральної і вегетативної нервової систем, покращення обміну речовин в організмі [46].

**Парове водолікування і оздоровлення.** До водолікувальних процедур відносяться лазні, в яких здійснюється вплив на організм людини гарячої, прохолодної води і пари. Розрізняють холодну пару, температура якої не вища нормальних умов (15-25 °С), і гарячу пару, температура якої вища температури навколишнього середовища. Парові процедури бувають з вологим (гарячим туманом) і сухою парою. В основі такої дії на організм людини лежить контраст температур (зігрівання в термальній камері-парильні і подальше охолодження в басейні, під душем або в прохолодній кімнаті), що сприяє тренуванню судин. Найбільш популярна російська лазня з парильнею і сухоповітряна фінська сауна [34].

Лазня з парильнею перебудовує на позитивний лад весь організм, не залишає в ньому жодного «куточка», який би не відгукнувся на вплив «вогняного каменю і жаркої пари». Паровий вплив на організм допомагає ефективно виводити шлаки, видаляючи з потом кислі продукти обміну, продукти розпаду і

патологічні клітини. Встановлено, що гаряча пара здатна «вибивати» з людини навіть отруйні речовини і отрутохімікати. Внаслідок наступальних гормональних зрушень прискорюється процес оновлення білка клітин, посилюється розпад жиру. При паровій процедурі зміцнюються клітини і тканини організму, розширюються судини шкіри і легенів, посилюється робота серця, активізуються різні системи (кровообігу, лімфатична, нервова, ендокринна та ін.), відбувається справжня «гімнастика судин» (особливо в поєднанні з контрастними водними процедурами – ванною, басейном, обливанням), омолоджуються і пом'якшуються суглоби, шкіра очищається і стає пружною, тренується дихання і потовиділення, що при систематичному впливі робить організм більш стійким до перепадів температури в звичайних умовах, а також до будь-яких кліматичних змін в природі. Загальна парова процедура покращує стан нервової системи: знижуються збудливість, внутрішнє напруження, зникає втома. Приходять відчуття спокою і легкості, бадьорості і сили, гарного настрою і радисть життя – неодмінні супутники парових процедур [50].

**Таласотерапія** – це не тільки морські купання, це сукупність всіх факторів (клімату, морської води, водоростей, мулу лиманів та морепродуктів), які формуються під впливом моря і використовуються з лікувально-оздоровлювальною метою. Таласотерапія має широкий спектр саногенетичних ефектів: від лікування хронічних захворювань до профілактики і відновлення резервів здоров'я.

Історично термін «таласотерапія» був уведений в обіг фр. лікарем Де ля Бонардье в 1869 р. шляхом поєднання двох грецьких коренів: «thalassa» й «therapei» (море) для позначення терапевтичного впливу морського середовища на здоров'я людини. В широкому розумінні «таласотерапія» позначає використання для загартування і лікування різних кліматичних, бальнеологічних і гідротерапевтичних чинників, пов'язаних з перебуванням біля моря. У цьому розумінні таласотерапія ніби ототожнює кліматотерапію, оскільки в неї входять і аеро- і геліотерапія. У вузькому розумінні «таласотерапія» – це «морські купелі» [37]

Море – джерело життя, краси і молодості, а морська вода – джерело мікроелементів, яких потребує наш організм. Вода

розслабляє, покращує настрій і заспокоює організм після стресу і перевтоми. Для профілактики фізичного і психічного здоров'я корисним є плавання в морській воді, що зменшує рівень кортизолу (гормон стресу), знижує кров'яний тиск і приводить організм в норму. Відпочинок на морі є профілактикою безлічі захворювань, таких як шкірні, серцево-судинні, бронхолегеневі, хвороби опорно-рухового апарату [27].

Вчені довели, що споглядання моря позитивно впливає на психіку людини. Група вчених з Канади і США провели дослідження, в якому брали участь 500 осіб, які страждають депресією. Кожного дня їх приводили на море, пропонували сісти на березі і протягом години мовчки спостерігати за хвилями. Така «терапія» тривала протягом місяця. Було виявлено, що учасники експерименту поступово «приходили до тями», у них частіше з'являвся піднесений настрій, ніж у тих, хто не ходив до моря. На думку вчених, такий ефект пов'язаний з тим, що людина, споглядаючи потужну стихію, на підсвідомому рівні забуває про свої проблеми. Вода розслабляла психіку і давала відчуття умиротворення, що важливо при психологічних проблемах. Так само при розладах нервової системи корисний сон на узбережжі: знімає втому, позбавляє від безсоння, тонізує весь організм в цілому. Під час сну біля моря очищаються бронхи, кров насичується необхідними мікроелементами. Знаходження на морському узбережжі в будь-який час року, неодмінно позитивно позначиться на вашому здоров'ї і настрої [20].

Європейською дослідницькою групою «BlueHealth» (<https://bluehealth2020.eu/>) у період з 2016 по 2020 рік проведено вивчення впливу прибережних територій 18 європейських країн на зміцнення здоров'я та захворюваність населення. Проведено картування місцевості на підставі супутникової геолокації мешканців цих територій та стану міської інфраструктури.

У 20 тисяч користувачів смартфонів здійснювали конфіденційні опитування щодо відчуття щастя, що виникає в прибережному морському середовищі. В опитувальниках реєструвалося виникнення почуття благополуччя в різних природних локусах у різні проміжки часу. Морські та прибережні ділянки ландшафту викликали це відчуття на шість разів частіше,



ніж у міському середовищі. Найбільш чітко це проявлялося в межах прибережної морської лінії (1 км). До ключових факторів поліпшення загального і психічного здоров'я було віднесено схильність респондентів до прогулянок по морському узбережжю. У людей, які відвідували узбережжя не менше 2 разів на тиждень, виявлялася чітка тенденція до поліпшення загального і психічного здоров'я [68; 69].

Варто зазначити, що морські купання ефективно впливають на організм, адже це пов'язано з термічними, механічними і хімічними факторами. Термічний вплив обумовлено охолодженням, оскільки температура води в морі нижча, ніж температура тіла. І чим більше різниця температур, тим сильніша фізіологічна дія купання. Механічний фактор пов'язаний з гідростатичним тиском води, а також з необхідністю долати опір рухомих хвиль. Під час плавання працюють ті м'язи, які рідко функціонують в звичайному житті. Перебуваючи у воді, організм долає гравітацію, що дозволяє мозку і тілу повністю розслабитися. В результаті поліпшується стан шкіри, її еластичність, підвищується м'язовий тонус. Хімічний вплив обумовлюється розчиненими у воді солями і фітонцидами морських водоростей, які осідають на шкірі та викликають хімічне подразнення рецепторів. Завдяки накопиченню солей в сальних і потових залозах з подальшою дифузією в шкіру, ці хімічні сполуки забезпечують пролонгування ефектів морських купань, потенціюють лікувальну дію аеро- і геліотерапії [37].

Під час морських купань на психофізичний стан людини істотно впливає підвищена іонізація морського повітря, а також краса морських пейзажів. Один вид на море викликає почуття спокою і безтурботності, адже його мінлива поверхня за рахунок відображення сонця робить його то яскраво-блакитним, то сапфіровим, то бірюзово-синім, гіпнотизуючи своїм видовищем.

Так, за результатами дослідження у Великобританії (University of Exeter Medical School, Devon, UK) з оцінки впливу різних природних умов на психофізичний стан людей виявлено, що найбільш виражена позитивна динаміка спостерігалася в групі, які спостерігали за блакитним ландшафтом моря, порівняно з групою респондентів, які спостерігали за зеленим сільським і сірим міським ландшафтами. Також тільки в першій групі

сприйняття часу тренування було мінімальним і невтомним для учасниць експерименту. В інтерпретації результатів позитивної дії узбережжя моря на здоров'я виділені три фактори:

а) сприятливі фактори навколишнього середовища з менш забрудненим повітрям і більшою часткою сонячного світла;

б) більш виражені рухові функції людей, що перебувають біля моря (водні види спорту, пішохідні та велосипедні прогулянки);

в) психоемоційна дія прибережного ландшафту, що викликає позитивний настрій і знижує прояви стресу.

Берегова лінія визнана найбільш соціально сприятливим середовищем, на відміну від лісової, де розташовані будинки людей осіб з високими матеріальними доходами. Перебування біля моря і концентроване спостереження за рухом вітру і хвиль імовірно відтворює у свідомості еволюційний досвід багатьох поколінь [70]. Тому позитивними є медитативні тренінги споглядання моря, що гармонізують стан емоційної сфери людини.

Команда BlueHealth обґрунтовано вважає, що «блакитна інфраструктура» узбереж, за умови збереження вільного доступу всіх верств населення до берегової смуги, може допомогти у вирішенні ряду проблем громадської охорони здоров'я – ожиріння, гіподинамії і розладах психічного здоров'я [68; 69].

Різноманітна структура поверхневого шару пляжів (піщані, піщано-черепашкові, із гальки, а також валунні, гравійні, коралові та ін.) дозволяє здійснювати низку спеціальних процедур. Наприклад, псаммотерапія – це одна з найстаріших, класичних процедур таласотерапії. Цілюща властивість піску полягає в його гігроскопічності, тобто здатності швидко вбирати вологу, при цьому вапняна складова піщинок вступає в реакцію з потом, виділеним тілом, активізуючи нервові закінчення шкіри, підсилюючи кровообіг і обмінні процеси.

Ще у 20-30 роках минулого століття були розроблені практичні методи застосування пісочних ванн. Зокрема, для організації псаммотерапії на піщаному пляжі виокремлюється майданчик, який попередньо прибирається вручну або спеціальною автоматизованою технікою. Пісок повинен бути добре прогрітий і зверху, і в глибину. Охочого полікуватися

закопують в чистий теплий приємний пісок, залишаючи відкритими область серця і голову. Краще це робити на чистому пляжі в ясний теплий день. Тривалість пісочної ванни – 15-20 хвилин. Після неї потрібно відпочити 15-20 хвилин і тільки потім йти купатися.

Пісочні ванни, подібно водним, поділяються на загальні (для окремої частини тіла) і локальні (для всього тіла). Сучасна тенденція реабілітаційної роботи передбачають активне босоніж-ходіння по береговій лінії прибою – піщаним або гальковим пляжем. Така рефлексотерапія стоп може застосовуватися у будь який зручний для людини чи дитини час. На піщаному пляжі також можна займатись нордичною ходьбою у вигляді своєрідного водного теренкура. При цьому палиці-стікери необхідно в нижній частині доукомплектувати широкими опорними кільцями для поліпшення відштовхування від піщаної поверхні.

Комплексна таласотерапія передбачає також застосування на березі моря геліотерапії – сонячних променів на організм людини впливу з лікувальною та профілактичною цілями. Їх ще називають сонячними ваннами. Слід зазначити, що нині практична медицина рекомендує пом'якшений режим геліотерапії, що зумовлено впливом сонячного ультрафіолету на імунітет. Ультрафіолетові промені можуть пригнічувати реакції імунної системи людини й активувати віруси, однак і при їх нестачі відзначається зниження імунітету. Тому сонячні ванни мають бути дозовані, відповідно від видів інсоляції. Сумарна інсоляція включає три види опромінення: пряме (що виходить безпосередньо від сонця), розсіяне (від небесного склепіння) і відбите (від поверхні землі, води і різних предметів), що уможлиблює варіювання методик геліотерапії, застосовуючи різноманітне обладнання (захисні екрани, тенти). Приймати прямі сонячні ванни рекомендується вранці (до 10 годин), або в післяобідній час (після 17 години). Залежно від умов освітлення організму існують кілька видів сонячних ванн – сумарної радіації (під відкритим сонцем), ослабленої радіації (під тканинними або жалюзійними тентами для зниження інтенсивності сонячного випромінювання), розсіяної радіації (з винятком прямих сонячних променів для більш м'якого). Для попередження передозування сонячними ваннами доцільно застосовувати індивідуальні УФ-дозиметри. Варто зазначити, що

стрімкого поширення набуває тенденція створення обладнаних геліотеррас, що дозволить створити нові форми геліотерапії з реабілітаційною метою.

**Бальнеотерапія** (лат. *balneum* баня, купання, ванна + грец. *therapeia*-лікування) – лікувально-профілактичні методи, що засновані на використанні природних і штучно приготованих мінеральних вод з лікувально-профілактичною, оздоровчою та реабілітаційною метою.

За хімічним складом мінеральна вода буває: гідрокарбонатною, хлоридною і сульфатною. Є також змішана мінеральна вода (гідрокарбонатно-хлоридна, сульфатно-гідрокарбонатна тощо, а також з біологічно активними речовинами (йодом, кальцієм, фтором та ін.). Від вмісту тих чи інших мінеральних речовин і їх кількості залежить смак води. Наприклад, мінеральна вода з великим вмістом хлориду натрію має солоний смак, сульфату магнію-гіркуватий. Найсмачнішою вважають мінеральну воду з групи гідрокарбонатних (сульфатногідрокарбонатна, гідрокарбонатно-хлоридна, гідрокарбонатно-натрієва та ін.).

Так гідрокарбонатна вода-містить гідрокарбонати (мінеральні солі), більше 600 мг на літр. Рекомендується людям, які активно займаються спортом, грудним дітям і хворим на цистит. Вона знижує кислотність шлункового соку і застосовується при лікуванні сечокам'яної хвороби [39].

При вживанні сульфатної води, що містить більше 200 мг сульфатів на літр, відбувається стимулювання моторики шлунково-кишкового тракту, сприятливий вплив на відновлення функції печінки і жовчного міхура. Така вода застосовується при захворюваннях жовчних шляхів, хронічному гепатиті, цукровому діабеті, ожиріння. Сульфатну воду не рекомендують пити дітям і підліткам: сульфати можуть перешкоджати засвоєнню кальцію [1].

Хлоридна вода містить більше 200 мг хлоридів на літр і застосовується при розладах травної системи. В поєднанні з натрієм, регулює роботу кишечника, жовчних шляхів і печінки. Вона стимулює обмінні процеси в організмі, покращує секрецію шлунка, підшлункової залози, тонкого кишечника [42].

Основою бальнеотерапії є зовнішнє застосування мінеральних вод, найчастіше – у вигляді ванн. Для них

використовують природні або штучно приготовані мінеральні води. Умовно такі ванни класифікують за вмістом хімічних речовин на:

– *вуглекислі ванни* (застосовуються при лікуванні захворювань серцево – судинної системи в стадії компенсації, хвороб органів дихання в стадії ремісії, неврозів, наслідків черепно-мозкової травми, тривало незагойних трофічних виразках і ранах, ожирінні, гіпофункції статевих залоз, гіпотиреозі);

– *кисневі ванни* (застосовуються при гіпертонічній хворобі, нейроциркуляторній дистонії, атеросклерозі, після перенесених ішемічних інсультів і черепно-мозкових травм, захворюваннях периферичних нервів і судин, неврозах, тиреотоксикозі);

– *сірководневі (сульфідні) ванни* (викликає активну гіперемію шкіри в результаті інтенсивного розширення її дрібних судин, що сприяє поліпшенню кровообігу і обміну речовин в тканинах, зменшення частоти серцевих скорочень і зниження артеріального тиску, протизапальну, розсмоктуючу, болезаспокійливу і десенсибілізуючу дію;

– *залізисті ванни* (стимулюють кровотворення, покращують роботу травної системи, корисні при гінекологічних захворюваннях);

– *бромні, йодні і йодобромні мінеральні ванни* (рекомендуються при лікуванні серцево-судинної системи, нервової системи, гінекологічних, шкірних захворювань);

– *борні ванни* (використовуються для покращення протікання обмінних реакцій в організмі та сприяє лікуванню шкірних захворювань);

– *радонові ванни* (мають седативну і аналгезуючу дію, протизапальний і десенсибілізуючий ефекти, а також сприяють нормалізації обмінних процесів, поліпшенні роботи серця) [32].

**Аквафітнес** поєднує комбінації вправ, які можна розділити на три групи:

1) плавання з використанням спортивних і змішаних способів в режимі різних тренувальних методів, з повною координацією рухів;

2) ігри, естафети в воді, спортивно-орієнтовані, рекреативно-розважальні та стрибки у воду;

3) вправи для осіб, які не вміють плавати, для хворих, які потребують реабілітації та жінок у до- та післяпологовому періоді [17].

До змісту занять аквафітнесом входять елементи аквааеробіки, калланетики, стретчингу, атлетичної гімнастики. Найбільш популярними є акваданс, акваджогінг, аквастеп, аквафітнес на силових тренажерах, які поєднують різні варіанти аеробних і силових навантажень і забезпечують опрацювання основних та м'язових груп. Температура води в басейні повинна відповідати гігієнічним нормам в межах 26-28 °С, для занять аквафітнесом комфортною є температура 29 °С [66].

*Аквааеробіка*, як частина аквафітнесу, вирізняється високою інтенсивністю (частота серцевих скорочень 130-170 уд. / хв.), складно-координаційною спрямованістю, включенням танцювальних рухів і вправ синхронного плавання, що виконуються під музичний супровід.

Аквааеробіка розвиває вміння керувати своїм тілом в умовах водного середовища, формує «відчуття води»; підвищує рівень фізичної підготовки; формує «водно-опорні» навички; удосконалює здатність виконувати вправи в горизонтальному і вертикальному положеннях тіла.

Під час занять використовуються різноманітні технічні засоби (кільця, пояси для плавання, дошки, м'ячі, ласти, перетинчасті рукавички, платформи) дає можливість ефективного використання басейнів різної конфігурації, а також природних водойм.

У структурі заняття аквафітнесом рекомендується наступна послідовність виконання вправ: попередній стретчинг; елементи аква-аеробіки для поясу верхніх вільних кінцівок, нахили, повороти → ходьба з високим підняттям стегна → бігові вправи → плавання різними стилями → розучування «ланцюжків» вправ → стрибкові вправи → 5 серій вправ (плавання, сила, аквааеробіка) → спеціальні вправи для певних м'язових груп → плавання різними стилями → вправи, стоячи біля бортика (махи, відштовхування, ходьба); стретчинг [66].

Перше місце в списку позитивних впливів на організм вправ у воді займає безпека. Люди не відчувають страху падіння і тому охоче виконують різні вправи. Регулярні заняття аква-аеробікою

дозволяють поліпшити м'язовий тонус, підвищити пластичність м'язів, привести в норму рухову координацію. Водолікувальні процедури надають на організм складне і різноманітне дію.

Отже, акватерапія – це метод лікування, оздоровлення та відновлення психофізичного стану людини, заснований на використанні води, і відрізняється від інших видів реабілітації своєю доступністю, простотою та безпечністю. Терапевтичний ефект цього методу полягає в комплексній реакції організму на воду, яка поєднує температурний, хімічний і механічний впливи. Вона є ефективним засобом реабілітації, оскільки сприяє покращенню роботи усіх систем організму, попереджує низку захворювань і сприяє гармонізації психоемоційної сфери.

### Список використаних джерел:

1. Бабинец А. Е., Гордиенко Е. Е., Денисова В. П. Лечебные минеральные воды и курорты Украины. Киев : АН УССР, 1963. 168 с.
2. Батмангхелидж Ф. Ваше тело просит воды. Минск : Попурри, 2004. 208 с.
3. Батмангхелидж Ф. Вода – натуральное лекарство от ожирения, рака, депрессии. Минск : Попурри, 2006. 365 с.
4. Безкоровайная О. И., Терещенкова И. И. Лекарственные травы в медицине : монография. Харьков : Факт, 2002. 480 с.
5. Бердышев Г. Д., Варнавский И. Н., Прилипченко В. Д. Аквабиотика – наука о роли воды в жизненных процессах. *Информоэнергетика III тысячелетия: социолого-синергетический и медико экологические подходы*. Киев ; Кривой Рог : Коло, 2003. С. 22–28.
6. Бердышев Г. Д., Варнавский И. Н., Харламович И. Я. Век водной биологии и медицины уже наступил. *Традиционная медицина: теоретические и практические аспекты* : материалы 2-го науч. конгресса. Чебоксары, 1996. Т. 2. С. 136–137.
7. Бердышев Г. Д., Варнавский И. Н., Чернилевский В. И. На пути к живой воде. Киев, 1997. 96 с.
8. Бердышев Г. Д., Колевич С. С., Шевченко А. В. Вода здоровья и долголетия. Киев : Фитосоциоцентр, 2007. 160 с.
9. Борисенко В. Поховальні звичаї та обряди. *Холмищина і Підляшшя*. Київ, 1997. С. 301–309.
10. Водні ресурси на рубежі ХХІ ст. : проблеми раціонального використання, охорони та відтворення / за ред. М. А. Хвесика. Київ : РВПС України НАН України, 2005. 460 с.
11. Вплив механізмів саморегуляції на процеси соціалізації та самоактуалізації особистості в період юності. *Збірник наукових праць. Серія: Педагогіка та психологія*. Чернівці : ЧНУ, 2009. Вип. 449–450. С. 15–20.
12. Ген Е., Минка Г. М. Взаємовплив сучасної західної та китайської культур. *Сходознавство*. 2002. № 6. С. 43
13. Гоженко А. І. Вода в організмі людини. *Світгляд*. 2009. № 4. С. 13–19.



14.Гордон А. В. Историзм Жюля Мишле. *Диалог со временем*. 2020. Вып. 72. С. 49–63.

15.Горошко Л. Вода в традиційній обрядовості українців Карпат (катартичний аспект). URL: <https://newacropolis.org.ua/theses/b9227b64-fe3b-4055-a7f1-44ad5ff83e0d> (дата звернення: 21.08.2021).

16.Горошко Л., Романюк Н. Традиційні перша купіль та сповивання дитини на теренах Південно-Західного історико-етнографічного регіону. Народознавчі зошити. 2011. № 1 (97). С. 78–86.

17.Давыдов В. Ю., Шамардин А. И., Краснова Г. О. Новые фитнес системы (новые направления, методики, оборудование и инвентарь) : учеб. пособ. Волгоград : ВолГУ, 2005. 284 с.

18.Дворська Л. Авіцена. URL: [umma.ua/uk/history/Ibn\\_Sina\\_%E2%80%93\\_knyaz\\_vrachey\\_i\\_filosof\\_bitiya/158](http://umma.ua/uk/history/Ibn_Sina_%E2%80%93_knyaz_vrachey_i_filosof_bitiya/158) (дата звернення: 21.08.2021).

19.Декларація Всесвітнього Водного Форуму в Гаазі 22. 03.200 р. URL: <https://unesc.org/DAM/env/documents/2000/wat/ese.mp.wat.5.r.pdf> (дата звернення: 21.08.2021).

20.Дженни Р. Голубая терапия: как вода помогает снимать стресс URL: <https://ideanomics.ru/articles/19773> (дата обращения: 12. 09.2021).

21.Драгомирецкий Ю. Целебные свойства воды. Донецк : Сталкер, 1996. 350 с.

22.Загальнодержавна цільова програма розвитку водного господарства та екологічного оздоровлення басейну річки Дніпро на період до 2021 року : затв. Законом України від 24 трав. 2012 р. № 4836-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2013. № 17. Ст. 146.

23.Загальнодержавна цільова програма “Питна вода України” на 2011-2020 роки : затв. Законом України від 20 жовт. 2011 р. № 3933-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2012. № 24. Ст. 247.

24.Зелена аптека : навч. посіб. для студ. вищ. фармац. навч. закл.

/ Ю. І. Корнієвський та ін. Запоріжжя : Карат, 2012. 642 с.

25. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Практикум по сказкотерапии. СПб. : ООО „Речь”, 2001. 310 с.

26. Зуб Л. М., Карпова Г. О. Малі річки України: характеристика, сучасний стан, шляхи збереження. URL: [http://www.uarivers.net/ukr\\_rvrs/rivers.htm](http://www.uarivers.net/ukr_rvrs/rivers.htm) (дата звернення: 11.09.2021).

27. Ежов В.В. Совершенствование круглогодичной талассотерапии в лечебно-оздоровительных программах на приморских курортах Крыма / В.В. Ежов, В.И. Мизин, Ю.И. Андрияшек. *Вестник физиотерапии и курортологии*. 2015. Т.21. № 2. 121-122. URL: [https://www.elibrary.ru/download/elibrary\\_29303965\\_68466164.pdf](https://www.elibrary.ru/download/elibrary_29303965_68466164.pdf)

28. Ільченко Н. В. Аромалікування. *Безпека життєдіяльності*. 2015. № 5. С. 2–3.

29. Індуїзм. *Літературознавча енциклопедія* : у 2 т. / авт.-уклад.

Ю. І. Ковалів. Київ : Академія, 2007. Т. 1 : А – Л. С. 421.

30. Ковнер С. История медицины. Гиппократ. Киев : Университетская типография, 1880. 345 с.

31. Корсун В., Корсун Е. Энциклопедия фитотерапии : травы жизни профессора Корсуна : энциклопедия. Москва : Центрполиграф, 2007. 443 с.

32. Кравець О. М., Рябев А. Курортологія : підручник. Харків : ХНУМГ ім. О. М. Бекетова, 2017. 167 с.

33. Курортология / под ред. А. Н. Разумова, Е. А. Туровой. Москва : Университетская книга, 2016. 640 с.

34. Лечебные свойства бань и саун. URL: <https://vitoria.com.ua/lechebnyie-svoistva-ban-i-saun> (дата обращения: 12. 11.2020).

35. Льюис Дж. Г. Античная философия: от Фалеса до Сократа. Минск : Галаксиас, 1997. 208 с.

36. Мазулин А. В., Калошина Н. А. Целебные бальзамы : монография. Харьков : Прапор, 2001. 336 с. ;

37. Методи водолікування – Клініка Довгого. URL: <http://clinic->

[dovgogo.com / index.php / book / itemlist / category / 68](http://dovgogo.com/index.php/book/itemlist/category/68) (дата звернення: 09.09.2021).

38. Мигдусиев И. П. Водолечение. Москва : Медгиз, 1951. 144 с.

39. Моїсеєв А. Ю., Дружина М. О., Моїсеєва Н. П., Шестопалов В. М. Біологічні аспекти застосування мінеральних вод. Київ : КІМ, 2010. 123 с.

40. Несен І. Весільний ритуал середнього Полісся: традиційна структура та реліктові форми. *Вісник Львівського університету. Серія: Історична*. Львів, 2008. № 43. С. 261–319.

41. Общая физиотерапия : учебник / Г. П. Пономаренко и др. ; под. общ. ред. Г. П. Пономаренко. 2-е изд., перераб. и доп. Санкт-Петербург : ВмедА, 2008. 288 с.

42. Огняник М. С. Мінеральні води України. Київ : Київський ун-т, 2000. 216 с.

43. Олєфиренко В. Т. Водотеплолечение. 3-е изд., перераб. и доп. Москва : Медицина, 1986. 286 с.

44. Олєфиренко В. Т., Уранов В. Н. Водолечение. *Большая медицинская энциклопедия*. 3-е изд. Москва, 1988. Т. 4. С. 576 с.

45. Омфиренко В. Т. Водотеплолечение. Москва : Медицина, 1986. 287 с.

46. Онисько О. Лечебные ванны: полезно и приятно. *Мистер Блистер*. 2008. № 9. С. 15.

47. Основы общей физиотерапии, медицинской реабилитации и курортологии / В. В. Кенц и др. Одесса : Фотосинтетика, 2004. 155 с.

48. Панченко А. А. Сучасні тенденції в антропологічних дослідженнях. *Антропологічний форум*. 2004. № 1. С. 75.

49. Питна вода і здоров'я людини URL: <https://brovmedcentr.in.ua> (дата звернення: 23.04.2021).

50. Польза бани для мужчин и женщин – эффективное оздоровление. URL: <https://sdelatbanyu.ru/polza/chem-polezna-banya.html> (дата обращения: 23.04.2021).

51. Рим Древний. Большая российская энциклопедия URL: [https://bigenc.ru/world\\_history/text/3509580](https://bigenc.ru/world_history/text/3509580) (дата обращения: 02. 10.2021).

52. Романенко В. Д. Актуальні гідроекологічні проблеми в контексті Європейської водної політики. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету ім. В. Гнатюка. Серія: Біологія. Спеціальний випуск "Гідрологія"*. 2015. № 3(26). С. 378–381.

53. Кнейп С. Мое водолечение. URL: <https://svitlo-zhyttja.kiev.ua/teaching/sebastyan-knejp-moe-водолечение> (дата обращения: 24.10.2020).

54. Слетов И. В. Водолечение – теория и практика. Ростов-на-Дону : Феникс, 1996. 320 с.

55. Сорочук, Л. Вода як "жіночий" символ родючості. *Українознавчий альманах*. 2011. № 6. С. 47–49

56. Степанов Є.Г. Основи курортології : навч. посіб. Харків : ХНАМГ, 2006. С. 326

57. Сыроречковская М. Н. Водолечение. Москва : Медицина, 1998. 176 с.

58. Толоконин А. О. Мировые оздоровительные технологии в восстановительной медицине / под ред. А. Н. Разумова. Москва : Медицина : Шико, 2007. 312 с.

59. Трав`яні ванни – допомога природи. URL: <https://stroyukrs.ru/rizne/14654-trav-jani-vanni-dopomoga-prirodi.html> (дата звернення: 21.09.2021).

60. Узбек К. М. Фрагменти побудови античної науки, філософії і культури. Донецьк : Східний видавничий дім, 2010. 234 с.

61. Улащик В. С. Фізіотерапія. *Універсальна медична енциклопедія*. Мінськ : Книжковий Будинок, 2008. С. 640.

62. Фалес. *Філософський енциклопедичний словник* / В. І. Шинкарук (голов. ред.). Київ : Інститут філософії імені Григорія Сковороди НАН України : Абрис, 2002. С. 661–742.

63. Федорів Я.-Е. М., Філіпюк А. Л., Грицько Е. Ю. Загальна фізіотерапія : навч. посіб. Київ : Здоров'я, 2004. 224 с

68. Хирш М. Отыгрывание на телесном уровне – функция тела в обществе и психотерапии. URL: <https://psyjournal.ru/articles/otygyryvanie-na-telesnom-urovne-funkciya-tela-v-obshchestve> (дата обращения: 12. 11.2020).

65. Царфис П. Г. Природа и здоровье человека (лечебно-профилактические основы курортологии). Изд. 2-е, перераб. и доп. Москва : Высшая школа, 1987. 480 с. URL: -i-psihoterapii (дата обращения: 02. 10.2021).

66. Шутова Т. Н., Шаравьева А. В. Аквафитнес : учеб. пособ. Москва : ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г. В. Плеханова», 2019. 64 с.

67. Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. URL: <https://runivers.ru/lib/book3182/10132/> (дата обращения: 25.09.2021).

68. Langhorst J., Musial F., Klose P., Häuser W. (2009) Efficacy of hydrotherapy in fibromyalgia syndrome – a meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Rheumatology*, vol.48, no 9, pp.1155–1159. doi:10.1093/rheumatology/kep182

69. McNamara R., McKeough Z., McKenzie D., Alison J. (2013) Water-based exercise training for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 126 Art. No.: CD008290. doi: 10.1002/14651858.CD008290.pub2

70. WHO (2010). Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization. URL:<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44399>

## Пісочна терапія

*Шлях, яким повинен слідувати потік життя,  
написаний на піску  
(Китайська мудрість)*

Пісок – це природна дрібноуламкова пухка (розсипчаста) осадова порода, що утворюється в результаті руйнування твердих гірських порід. За походженням він може бути морським, озерним, річковим, пустельним, водно-льодовиковим та ін. За мінеральним складом пісок теж різний: з одного мінералу (кварцовий, карбонатний; олігоміктовий); з декількох мінералів (кварц-польовошпатовий; поліміктовий); з багатьох мінералів (аркозовий, грауваковий) та ін.[2].

Історично доведено, що пісок супроводжує людину з перших днів її життя на Землі. Відповідно до археологічних даних ще стародавні племена креслили захисні кола і створювали різні малюнки на піску як захист від сил зла. Так, багато корінних американців, особливо племена навахо і хопі на південному заході, діюєно і луїзено в Південній Каліфорнії інтенсивно використовували пісочні зображення в лікуванні та церемоніях ініціацій. Їх пісочні зображення представляли традиційні фігури: тварин, дерев, богів і богинь, природних явищ, таких як вітер, шторм, дощ, град. Вони розвинули справжню релігію лікування: кожної людини і для кожної церемонії лікування створювалось окреме зображення на піску, сила якого передавалась хворому провідником – медіумом. Після чого хворий мав зцілитись [12].

Тибетські ченці, для досягнення досконалості і духовної гармонії, здавна створюють із різнокольорового піску магичні круги – мандали. У Китаї, Індії та Японії пісок використовують як оберіг оселі. Для цього біля входу в будинок ставлять ємності з піском. Кожен, хто входить в дім чи виходить з нього, опускає руки в пісок, щоб очиститися від поганих думок і небезпечних почуттів. У слов'ян існував ритуал очищення від зла з використанням піску. Так, навесні вдови засівали у свіжозорану борозну пісок, проговорюючи: «Коли пісок зійде, тоді і смерть до нас зайде». Таким чином пісок було наділено чудодійною властивістю «заземлювати» негативну енергію і сиєрть [10].

Потреба дорослих і дітей у взаємодії з піском природна й органічна. Кожен може відчувати себе або піщинкою у Всесвіті, або ж творцем частинки Всесвіту. Український письменник Фелікс Кривін у книзі «В країні речей» писав: «Коли піщинки злітають у небо, вони перетворюються на зірки. Але коли зірки падають вниз, їх вже не відрізниш від простого піску. Зірки – це піщинки над головою, а піщинки – це зірки під ногами» [19].

Взаємодіючи з піском, людина стає часткою нескінченності в просторі та часі. В цьому і полягає особлива магія та чарівність такої взаємодії. Разом з тим, коли людина торкається до піску, перед нею відкриваються внутрішні образи її життя, різні події, переживання. Коли вона закінчує взаємодіяти з піском, вона відчуває внутрішні зміни, адже їй вдалось побачити свій внутрішній світ і отримати можливість уважніше розглянути його, розібратися в собі, знайти свої слабкі і сильні сторони, відкрити джерела внутрішніх ресурсів, побачити рішення проблем. В цьому і полягає принцип пісочної терапії [1].

Пісочна терапія являє собою невербальну (не розмовну) форму психотерапевтичної роботи, де основний акцент робиться на творчому самовираженні клієнта. Це один із способів спілкування з самим собою і з навколишнім світом; унікальний спосіб зняття внутрішньої напруги, втілення його на несвідомо-символічному рівні, що дозволяє підвищити впевненість в собі й відкрити нові шляхи розвитку. Пісочна терапія дає можливість відновити свою психічну цілісність, зібрати свій унікальний образ, картину світу, доторкнутися до глибинного, справжнього «Я» [21]. Технологія базується на поєднанні безсловесного (процес побудови композиції) і словесного вираження клієнтів (розповідь про готової композиції, твір історії або казки, що розкриває сенс композиції). Вона однаково успішно застосовується як при роботі з дітьми, так і при роботі з дорослими.

Кінець 20-х років ХХ століття ознаменувався першими спробами використання піску в психологічній практиці. Принцип пісочної терапії був запропонований швейцарським психоаналітиком Карлом Густавом Юнгом, який вважав, що пісок – це символ життя у Всесвіті, а піщинки – це люди та інші живі істоти у цьому Світі. Пісок, вода та блакитний колір є прадавніми елементами природного оточення людини, з яких, на думку давніх

філософів, складався світ. Уява про ці матеріали зберігається у колективному підсвідомому [18].

Теоретичним фундаментом пісочної терапії вважається розроблена К. Юнгом техніка активної уяви, яка несе в собі величезний потенціал індивідуального та колективного підсвідомого. Уява – мати всіх можливостей, де подібно всім протилежностям, внутрішній та зовнішній світи об'єднуються разом, адже психіці людини властиве прагнення до цілісності та самоцілення. Він стверджував, що часто руки знають, як розплутати те, над чим марно б'ється розум, а створені спонтанно фігурки чи замки з піску, – це якраз ті символи, за допомогою яких з нами говорить наше несвідоме, показуючи розуму шляхи самоцілення. Тому робота з піском має бути спрямованою на відновлення природних для психіки інтегративних зв'язків між афектом та образом, що і є процесом символізації. Тобто людина за допомогою творчої роботи з піском відпрацьовує свої символи, проблеми і таким чином долає внутрішню кризу [8].

У 1929 році англійський педіатр Маргарет Ловенфельд вперше використала гру з піском як метод консультування. Працюючи з дітьми в «Інституті дитячої психології», вона в ігровій кімнаті поставила дві металеві ємності, пофарбовані у блакитний колір, що символізувало небо і воду. Одну було наполовину наповнено піском, а іншу – водою. Поряд з ними дослідниця розмістила коробку з іграшками. Вона пропонувала дітям висловлювати свої думки, почуття, переживання, емоції образами в ємності з піском, використовуючи іграшки і воду. Діти, граючись, створювали композиції: цікаві піщані форми, будували із піску й води споруди, малювали на поверхні пісочні картини. Свої творчі роботи доповнювали дрібними іграшками, деталями й природними матеріалами. Ємність з піском вони називали «мій світ», тому свій ігровий метод М. Ловенфельд назвала «методикою світу» або «методикою створення світу». Створені дітьми «Світи» та інтерпретації ретельно записувалися терапевтами Інституту, фіксувалися етапи цього процесу, а також дитячі коментарі. Терапевт міг розпитувати дитину про її творчу роботу, але не давав власних інтерпретацій. Так народилася «техніка світу» (World Technique), яка вперше була представлена психологічній спільноті



в 1931 році, а пізніше, в 1935 році, М. Ловенфельд описала її в своїй книзі «Гра в дитинство» [4].

Пісочна терапія як метод психотерапії була розроблена швейцарським дитячим психотерапевтом Дорой Калфф. Як зазначає психолог М. Зайкова у своїй праці «Історія виникнення методу «Пісочної терапії», навчаючись у М. Ловенфельд, вона побачила в цій методиці не лише можливість допомогти дітям висловити свої внутрішні почуття, але і спосіб посилити зв'язок з глибоким несвідомим психіки та допомогти процесу розвитку трансцендентної функції, тобто інформаційного інтерфейсу між свідомістю і несвідомим, що забезпечує їх узгоджену роботу. У результаті такої роботи людина отримує своєчасну і більш потужну інформаційну підтримку своїх рішень. Дора Калфф вважала, що картини і «споруди» з піску багато чого можуть розказати про психологічний стан людини, і, що пісочна терапія є способом встановлення доступу до глибоких рівнів психіки, до її несвідомих самозцілювальних можливостей, які проявляються при певних умовах. Такою умовою виступає безпечний простір пісочниці, де дитина чи дорослий, відчуваючи прийняття, захищеність і свободу, можуть перетворювати внутрішні тривожні образи у видимі та відчутні. Роль терапевта полягає в тому, щоб усвідомлювати силу потенційного розвитку цілісної особистості клієнта, включаючи інтелектуальний і духовний аспекти, підтримувати його на шляху розвитку. Цей метод було названо «пісочною терапією» або «ігри з піском» (Sand Play) [6].

Варто зазначити, що Дора Калфф першою ввела діючі і сьогодні стандарти засобів пісочної терапії: розмір і колір пісочниці, її розташування на столі, необхідність ємкості з водою, набір різноманітних дрібних фігурок, іграшок, формочок, ситечок, лопаток тощо.

Спочатку пісочна терапія застосовувалася для роботи з дітьми раннього дошкільного віку (з 2-3-х років), але потім вона стала повноцінною частиною арт-терапії і гештальт-терапії для дорослих, а також сімейної психотерапії. На початку 1980-х років Жизелла де Доменіко провела феноменологічне дослідження дітей дошкільного віку (інтелектуальна норма), використовуючи різноманітні форми і розміри ємностей (підносів) з піском. Крім того, використовуючи пісочну терапію, вона працювала з різними

групами клієнтів: дітьми, підлітками, дорослими, сім'ями, парами, групами. Її теорія і практика отримала назву Sandtray-Worldplay (Пісочна доріжка-світова гра) [12].

Де Доменіко підійшла до розуміння особистості людини з позиції багатовимірності. Вона вважала, що людина усвідомлює себе в різних умовах і використовує свідомі та несвідомі процеси психіки з метою пошуку відповідей на питання, шляхів виходу з проблемних ситуацій, зміни різних аспектів дійсності. Адже створювані картини і форми з піску із символічних образів переносяться в реальну дійсність, відкриваючи простір для роздумів та ухвалення рішень. Вона створила методи, які дозволяють клієнтам глибоко відчувати свої «пісочні світи» і брати відповідальність за себе. Також дослідниця розробила не тільки індивідуальні, але і групові методи пісочної терапії та рекомендувала використовувати Sandtray-Worldplay для саморозкриття людини настільки часто, наскільки це можливо [там само].

Ученими-психологами сучасності (Дж. Атертон, Т. Зінкевич-Євстигнеєва, Д. Калфф, В. Костіна, Н. Сакович, Н. Стебенєва, Е. Трошихина та ін.) визначено кілька напрямків Sandplay. Оскільки можливості використання методу розширюються, то з'являються численні модифікації і форми. У науковому світі, зокрема, на міжнародній конференції в Сан-Франциско (1995 р.) було прийнято наступну класифікацію: Sandplay з великої літери «S» – це класична форма юнгіанської пісочної терапії з властивою їй теоретичною базою і методологією; sandplay з маленькою «s» – це різні модифікації методу (пісочна терапія в контексті арт-терапії; казки на піску; дидактичні, розвиваючі та корекційні ігри на піску та ін.).

Американський психотерапевт Л. Штейнхард зінтегрувала методіку пісочної терапії sandplay з мистецтвом. Маючи художню освіту дослідниця змогла сприймати «світ», побудований дитиною у пісочниці як художник, і виступити своєрідним перекладачем художніх образів на мову психології дитячої душі в тріаді: дитина – психотерапевт – художній образ [20].

Російська вчена Т. Зінкевич-Євстигнеєва, поєднавши методіки казкотерапії і пісочної терапії, розробила методичний практикум для роботи з дітьми під назвою «Чудеса на піску».

Основною метою занять пісочною терапією з дітьми було збереження зв'язку між світами дорослого і дитини: надати дитині можливість і право розвиватися у власному темпі, направляти, не обмежуючи. А дорослому надати можливість зануритися в дитинство, яке живе всередині кожного з нас і відчуті бажання творити щось своє; ламати, щоб відчуті силу, але при цьому відчувати себе захищеним. Ці бажання можуть реалізуватися в казкових іграх з піском [3].

Російський аналітичний психолог, керівник юнгіанської секції в Асоціації пісочної терапії м. Санкт-Петербурзі О. Забалуєва надає психологічну допомогу дітям методами Sandplay-терапії. Також сімейний терапевт, психоаналітик, аналітичний психолог, юнгіанський пісочний терапевт, член Асоціації пісочної терапії, директор психологічного центру «Академія Сім'ї», керівник представництва Асоціації пісочної терапії в Поволжі А. Забалуєв, використовуючи методи пісочної терапії допомагає сім'ям і сімейним парам подолати кризи у сімейних стосунках. Він є автором методу «Сімейна дошка в пісочній терапії».

Пісочна терапія застосовується сьогодні у різних світових спільнотах – у Європі, США, Японії, Австралії та ін. [9].

Таким чином, методика пісочної терапії пройшла шлях трансформації від дитячої гри до психотерапевтичної методики. Науковці, психологи-практики, кожен зі свого боку зробили певний внесок у розвиток теорії і методики пісочної терапії, яка дійшла до нас як одна із прогресивних і популярних у різних сферах життєтворчості людини на педагогічному, психологічному, соціальному рівнях.

Створення пісочної композиції може допомогти клієнту побороти страхи і віднайти сенс у тому, що з ним відбувається. Як слушно стверджує засновник і директор Міжнародного інституту юнгіанської пісочної терапії в Ірландії Джун Атертон про те, що багато символічних предметів мають універсальні, міфологічні значення, і можуть показати клієнту універсальні істини або прояснити його особистий міф. Фігурки та символи забезпечують значне полегшення «блокованим» або «затемненим» куточкам душі. Пісочна терапія як пояснює, так і розкріпає, привносячи глибину візуального розуміння в те, що так часто буває блоковано вербально. І, навіть, якщо побачена правда жахлива, або міф

трагічний, – сама робота з піском приносить полегшення і примирення. Іноді для терапії досить просто дозволити невидимому стати видимим. Тоді нічні страхи і привиди випаровуються освітлені творчою роботою з піском [16].

Джун Атертон вважає, що метод пісочної терапії підходить для роботи з людьми, що мають негативний емоційний досвід і перевантаженими непроробленими емоціями. Це стосується дітей з дисфункціональних сімей, які пережили фізичне, сексуальне та емоційне насильство, зіткнулися з травматичними подіями, травматичних особистостей, що мають поведінкові проблеми, невротичні прояви, залежності. За словами Дж. Атертон, «це ті люди, які занадто часто відчувають, що їх «не чують». Ті, хто і зневірився, і втратив зв'язок з глибинними стражданнями і потребами» [там само].

Білоруська дослідниця Н. Сакович в праці «Технологія гри в пісок. Ігри на мосту» доводить, що методика Sandplay автоматично повертає клієнтів назад, до пережитого травматичного досвіду, який потрібно пережити заново для подолання його наслідків. Протягом сеансів пісочної терапії визначається психотравма і програється у вільному захищеному середовищі пісочниці. Клієнт, створюючи композиції з піску, змінює свій світ, знищуючи старий і створюючи новий. Фактично клієнт стає «господарем» старого досвіду і «творцем» нового. Таким чином пісочна терапія активізує вроджені ресурси самозцілення людини і забезпечує можливість для подальшого руху до психологічного відновлення [11].

Вітчизняна дослідниця Н. Султанова в навчально-методичному посібнику «Реабілітаційні технології в системі соціально-педагогічної роботи з особливими дітьми» доводить, що метод пісочної терапії дозволяє гармонізувати внутрішній духовний стан дитини за допомогою декількох механізмів: пропрацювання психотравматичних ситуацій на символічному рівні; вихід негативного емоційного досвіду в процесі творчого самовираження; розширення внутрішнього досвіду за рахунок усвідомлення змісту глибинних рівнів психіки, у тому числі архетипного, і закріплення свідомого «Я»; змінення ставлення до себе, свого минулого, сьогодення і майбутнього та в

цілому до своєї долі; пробудження довіри до світу, розвиток нових, більш продуктивних відносин з ним [14].

Вітчизняна арт-терапевтка, тренерка, коуч, голова правління міжнародної федерації арт-терапевтів О. Тараріна визначила першочергові завдання пісочної терапії в роботі з різними групами клієнтів, які потрапили в тяжкі життєві умови: контейнерувати складні почуття і дати клієнту можливість реконструювати свій травматичний досвід; забезпечити тілесну і емоційну релаксацію, допомогти завершити емоційні переживання; надати можливість подивитися на проблему під іншим кутом; обговорити проблему та спрогнозувати варіанти розвитку подій [15].

Н. Сакович у праці «Сучасні психотехнології: основи юнгіанської пісочної терапії» вказує на безперечні переваги методу, виокремлюючи:

1. Універсальність: широкий віковий діапазон застосування; різноманітність форм: індивідуальні та групові; відсутність обмежень: метод працює з різними категоріями людей (різних культур, рас, віків, інтелектуального статусу); з різними проблемами. Єдине протипоказання-алергія на пісок або захворювання органів дихання.

2. Доступність: метод може бути використаний не тільки фахівцями з великим досвідом, але і початківцями психологами, педагогами і просто батьками (якщо виключити інтерпретаційну сторону пісочної терапії).

3. Екологічність, безпека: при взаємодії клієнта з піском, енергія, що витрачається на подолання проблем перенеситься на пісок, тому для оточуючих такі деструктивні емоційні чи поведінкові прояви мінімізовані.

4. Творчість: в результаті «діалогу» рук з піском і водою відбувається творче самовираження людини, завдяки якому на несвідомо-символічному рівні стає можливим послаблення внутрішньої напруги і пошук шляхів розвитку [12].

О. Федій у навчальному посібнику «Естетотерапія» виокремила загальні та додаткові принципи пісочної терапії:

– загальні: принцип комфортного середовища; безумовного прийняття; конкретизації; об'єктивізації; орієнтації на потенціальний ресурс особистості; інтегрування в соціум;

– додаткові: принцип оживлення абстрактних символів; принцип реального проживання; принцип усвідомлення досвіду і ситуацій, обміну [17].

О. Тараріна у книзі «Пісочна терапія: практичний старт» визначає основні форми взаємодії з піском:

1. Робота на поверхні піску (основний фокус: формування довіри до себе і світу, стабілізація самооцінки).

2. Створення опуклих і округлих форм (основний фокус: проживання досвіду створення, народження, зародження інтересу та ініціативи).

3. Створення відбитків на піску (основний фокус: стабілізація самооцінки, зміцнення «Я-концепції», усвідомлення особистісних кордонів).

4. Занурення в товщу піску (основний фокус: робота з глибинними почуттями і переживаннями, підвищення рівня особистої усвідомленості).

5. Терапевтична робота з кольоровим піском.

6. Робота з кольоровою і білою манною крупою.

7. Робота з мокрим піском.

8. Робота з іншими неструктурованими матеріалами (гречка, дрібний гравій, пшоно, рис тощо) [15].

У статті «Пісочна терапія у просторі професійної діяльності сучасного вчителя початкових класів» О. Федій визначає оптимальне обладнання, яке є необхідним для практики пісочної терапії: спеціальний водостійкий дерев'яний ящик розміром 50-70-8 см, пофарбований зсередини голубою фарбою та заповнений на 1 / 3 або 1 / 2 частину чистим просіяним піском; кухоль з водою та колекція міні-фігурок, висота яких не повинна перевищувати 8 см. У набір іграшок повинні увійти: людські персонажі; фігурки тварин; будівлі: житлові будинки, школи, церкви, замки, тощо; машини: сухопутні, морські, космічні, бойові тощо; рослини: дерева, кущі, квіти, овочі тощо; споруди: мости, ворота, загони для тварин тощо; природні матеріали: мушлі, гілочки, камінці, кістки, яйця тощо; символічні речі: ящики зі скарбами, коштовності тощо; казкові герої: злі та добрі; релігійні предмети та сувеніри та ін.; домашні речі; гайки і шурупи; міні-флакони тощо; пластикові або дерев'яні літери та цифри, геометричні фігурки та ін. [18].

Як бачимо, на сучасному етапі розвитку психолого-педагогічних, корекційно-розвивальних, соціально-реабілітаційних практик розробляються стратегії передачі методики пісочної терапії педагогам, соціальним працівникам, вчителям-реабілітологам та ін.

Розглянемо основні техніки пісочної терапії, які застосовуються в соціально-психологічній реабілітації дітей і дорослих.

### **Пісочна анімація «Sand-Art»**

Винахідником методу малювання піском чи малювання на піску «Sand-Art» вважається канадська режисерка і мультиплікаторка, художниця Керолайн Ліф. Саме вона у 1969 р. вперше створила мультиплікаційний пісочний фільм під назвою «пісок, або Пітер і Вовк» («Sand or Peter and the Wolf»). З 1969 року мистецтво малювання піском, пісочної анімації («Sand Art») активно розвивалося. Нині неймовірні шоу з піском створюють у Китаї, Японії та інших країнах світу. В Україні пісочну анімацію популяризувала переможниця шоу «Україна має талант» Ксенія Сімонова. Також цей метод успішно застосовується з терапевтичною і реабілітаційною метою.

Для дітей раннього віку методика «Sand Art» малювання піском (навчання малюванню піском) виступає як спосіб розвитку моторики, а розвиток моторики безпосередньо пов'язаний з розвитком інтелектуальної сфери, зокрема, когнітивних функцій. Ліплення і малювання пальцями розвиває дрібну моторику рук. Дітям старшого віку, підліткам, дорослим людям малювання піском допомагає: зняти стрес, заспокоїтися, розслабитися; позбутися від страхів, тривог, занепокоєнь; висловити внутрішні конфлікти і переживання; підвищити самооцінку і віру в свої сили (взаємодіяти з піском досить просто і практично завжди виходить щось цікаве); відкрити в собі нові можливості і таланти; тимчасово позбутися безлічі думок і заглибитись у себе. Малювання на піску вимагає створення якогось певного сюжету, а тому розвиває фантазію і уяву, розширює знання про свій внутрішній світ і навколишню дійсність; розвиває творчий потенціал; гармонізує емоційний стан і підвищує впевненість у своїх силах [13].

Для застосування даного методу необхідно таке обладнання: просіяний або кінетичний пісок можна кольоровий; світловий стіл

або світлова пісочниця; можна використовувати комп'ютер, проектор, відео камеру, музичний супровід.

Спеціальна скляна поверхня з підсвічуванням – є основою для нанесення зображень із сухого піску. За допомогою проектора демонструється зображення на екран. Підсвічування поверхні столу може бути однотонним або кольоровим. Пісок потрібно кілька разів просіяти через сито, аби піщинки були більш-менш однакового розміру. Можна використовувати кінетичний пісок, який схожий на звичайний, але складається із більш дрібніших піщинок, тому легко пересипається крізь пальці. Важливо зазначити, що він є екологічно чистим матеріалом, адже 98% його складу становить чистий морський пісок, що пройшов багатоступеневу обробку та безпечний для здоров'я, лише 2% – становить силіконовий стабілізатор. Для створення приємної творчої атмосфери можна використовувати музичний супровід. Усе обладнання використовується багаторазово.

Під час малювання піском у дитини чи дорослого ніколи не виникають психологічних бар'єрів, які властиві при звичайному малюванні на папері, адже пісок дуже пластичний і намальовані сюжети можна легко змінити, поправити. Малювання піском часто проводиться під музику, а світлові столи випромінюють не тільки світло, але і м'яке тепло. Все це дозволяє задіяти зорову, слухову і тактильну сенсорні системи, швидко занурюючи людину в творчий процес.

Малювання на піску і піском включає в себе певні прийоми та техніки, за допомогою яких створюється композиція:

1. **Щіпка.** Щіпку піску потрібно затиснути пучками пальців і, ніби «солимо піском» посипаємо поверхню скла. Є ще інший спосіб посипання піском, який полягає в тому, що долонею руки набирається пісок, потім тримаючи долоню «човником», потрібно легенько струшувати пісок на поверхню, ніби «засівати».

2. **Жменя.** Малювати піском можна за допомогою пісочного струменя. Для цього потрібно пісок затиснути в кулаці, а потім його злегка розжати і тоненьким струменем висипати пісок у вигляді прямих і кривих ліній, зигзагів, кілець, спіралей.

3. **Пальці.** Малювання по піску пальцями може виконуватись в різний спосіб: одним або відразу декількома пальцями (для зображення волосся, хвилі, трава тощо); зігнутими пальцями в



кулак (каміння, будівельний матеріал, широке листя тощо); пучками пальців (зірки, дощові краплі, квіти та ін.).

4. **Долоня.** Під час малювання піском іноді використовують зворотну сторону долоні однієї або обох рук одночасно (крила птахів або метеликів). Ребром долоні малюють товсті лінії, стовбури дерев, дорогу, стежку та ін.

Психолог В. Сидорова в методичному посібнику «Пісочне малювання із використанням методу «Sand-Art» пропонує такі техніки пісочної анімації:

1. **Техніка накидання.** Ця техніка використовується для створення темного фону на більшій частині робочої поверхні. Таке затемнення виконується декількома швидкими рухами: ребром долоні, ніби скидаємо верхівку з піску, що лежить уздовж краю скла, до центру або протилежного краю скла. Від амплітуди руху буде залежати, наскільки далеко пісок поширюється по поверхні. За допомогою даної техніки зручно зображати небо, землю, море.

2. **Техніка засівання.** Для створення затемнених частин композиції, градації і тонких переходів на темних ділянках малюнка, потрібно набирати пісок в кулак і, повернувши пальці вниз, розсіяти його по поверхні скла, створюючи темну поверхню в потрібному місці. Від тривалості такого засівання буде залежати ступінь затемненості піском ділянки композиції.

3. **Техніка струменевого насипання.** Даний вид техніки застосовується для затемнення елементів малюнка всередині контурів (штриховка) або отримання темних фігур з простим і складним обрисом. Потрібно затиснути пісок в кулаці і, тримаючи його вертикально, висипати пісок тонкою цівкою з отвору між долонею і зігнутих мізинцем. Силою стиснення пальців і швидкістю руху руки можна контролювати ширину ліній: чим швидше вести лінію, тим тоншою вона буде.

4. **Техніка стирання.** Ця техніка застосовується для створення світлих ділянок композиції, шляхом стирання пальцем зайвого піску із поверхні. Для висвітлення широких частин поверхні використовуємо бік долоні, а для невеликих світлих плям – бічну частину великого пальця.

5. **Техніка продряпування.** Для створення світлого контуру, схожого на слід олівця або фломастера, потрібно подушечкою

пальця або нігтем провести тонкі світлі лінії, ніби продряпати затемнену піщану поверхню.

6. **Техніка відбиток.** Дана техніка допомагає відтворити імітації різних фактур, фігур і матеріалів. Залежно від потрібної фактури і загального задуму можна використовувати відбитки долоні, пальців, ребра долоні. Також можна використовувати різні предмети: гребінець, пензлі, кусочки картону, мереживо тощо [13].

Найпоширенішими видами створення пісочних композицій методом «Sand-Art» визнано: «малювання світлим по темному» та «малювання темним по світлому». Для першого виду малювання потрібно підготувати фон, затемнивши піском поверхню скла техніками «накидання», «засівання», а потім пальцями, пучками, долонями, розсовуючи піщинки і, залишаючи світлі лінії, створюють композицію. Наступний вид малювання характеризується тим, що композиція виконується піском на чистій поверхні скла за допомогою технік «струменевого насипання», «продряпування», «стирання» та ін. З метою «оживлення» (анімації) малюнка необхідно «відсікати» непотрібний фон, залишаючи тільки основне зображення, або певні елементи картини, доповнюючи їх новими. Безліч операцій з піском дозволяє створювати зображення з нечіткими кордонами. Нерідко один образ може плавно переходити в інший, насклад спостережень за трансформацією хмар. Розсіяна підсвітка та музичний супровід також сприяє оживленню композиції.

Тематика пісочних композицій залежить від проблем клієнтів, їх настрою, мотиву звернення за допомогою, їх вікових та індивідуальних особливостей: «Мій вчорашній (завтрашній) день», «Найкращий період мого життя», «5 років мого життя», «Темна смуга мого життя», «Моя сім'я – мій світ» та ін.

Пісочна анімація «Sand-Art» спонукає людину до спонтанної образотворчої діяльності, провокуючи послаблення контролю за власними діями та виявлення свободи самовираження. Тому стає корисною для людей, схильних до гіперконтролю, тривоги з приводу зовнішньої оцінки своїх дій, спонтанних проявів. Динаміка зміни образів і настрою у пісочних композиціях сприяє досить швидкому створенню низки послідовних зображень, які можуть являти собою якусь історію, казку, сімейну ситуацію,

ілюструвати різні дії, події, переживання чи враження. Властивості сухого піску дозволяють швидко трансформувати створений образ, що дає можливість працювати зі страхами, образами, ворожими образами, видозмінюючи їх. Рух від образу до образу резонується з життєвою практикою, в якій спостерігається неможливість зберегти світ незмінним. Тому в контексті пісочної анімації може бути продуктивною робота з такими проблемами як старіння, втрата, розрив відносин, докорінні і незворотні зміни в житті людини. За допомогою малювання піском гармонізуються дитячо-батьківські взаємини, вирішуються сімейні конфлікти, стабілізується психоемоційний стан, пробуджується творчість.

### **Пісочні ігри (Sand Play)**

Для проведення пісочних ігор найпоширенішим обладнанням є: пісочниці (будь-якого розміру і кольору); стіл для розміщення пісочниць; ємність з водою; набори мініатюрних іграшок, формочки, ситечка, лопатки та інші матеріали (каштани, шишки, черепашки та ін.). Л. Раїмова у посібнику «Пісочна терапія та її можливості в роботі з клієнтами похилого віку», наголошує на тому, що всі мініатюрні фігурки, іграшки є символами своєрідної мови свідомих і несвідомих процесів психіки людини. Тому чим більше різноманітних об'єктів у колекції, тим багатша і ширша символічна мова клієнта і, як результат – креативнішим стає процес створення власного «світу». Колекція повинна включати фігурки, які є символами добра і зла, гармонії і абсурду, краси і каліцтва, адже такі образи забезпечують клієнту можливість висловити, а потім інтегрувати полярності та свої внутрішні конфлікти [10].

Нині все частіше використовується інтерактивна пісочниця – сучасне та інноваційне обладнання, яке підходить для пісочної, сенсорної та ігрової терапії. Вона дозволяє створити власний «світ», який без докладання зусиль змінюється або доповнюється за допомогою програмного забезпечення, що уможливорює відтворення природних явищ відповідно до законів фізики.

Ігри з піском умовно можна розділити за такими напрямками: мотиваційні (для побудови довірливої взаємодії клієнта з піском); пізнавальні (для пізнання багатогранності світу); проєктивні (для

здійснення психологічної діагностики, корекції і розвитку особистості).

Наведемо кілька прикладів мотиваційних та проєктивних пісочних ігор, модифікованих О. Тараріною і опублікованих в посібнику «Пісочна терапія: практичний старт»[15]:

**«Знайомство з піском» (модифікована, Е. Тараріна)**

Мета: знайомство з властивостями і можливостями піску.

Завдання: активізація обох півкуль; розвиток дрібної моторики руки; включення творчого потенціалу особистості.

Інвентар: пісочниця з піском.

Час роботи: 10-15 хвилин.

Вікові рамки застосування: клієнти від 3 років і старші.

Алгоритм роботи.

Кожному клієнту надається ящик з піском, в якому пропонується зробити певні маніпуляції:

– покладіть руки на пісок, помацайте і погортайте його. Потім спробуйте занурити руки в пісок і покопатися в ньому. Визначте приємніший для Вас контакт;

– створіть максимально високу гірку з піску;

– уявіть, що пісок імітує дощ, подуйте на нього;

– зліпіть з мокрого піску млинець товщиною з мізинця;

– за допомогою відбитка власних рук створіть образ якої-небудь тварини;

– двома руками одночасно намалюйте два однакових кола;

– намалюйте дві однакові квітки;

– створіть дві різні квітки двома руками одночасно;

Висновок. Знайомство з властивостями піску є обов'язковим елементом до початку роботи з ним. Це допомагає клієнту встановити контакт з матеріалом, зняти механізми психологічних захистів, зануритися в безпечний стан контролю своїх дій.

**«Страус» (авторська, М Ель; модифікована, Е. Сморжанік)**

Мета: робота зі страхами.

Завдання: знайомство зі страхами клієнта; можливість поглянути страху в очі; зрозуміти позитивну функцію страху; набути впевненості, позбутися від «страусиної стратегії».

Інвентар: пісочниця, пісок (манка), набір фігурок.

Час роботи: індивідуально.

Вікові рамки застосування: клієнти від 7 років і старші.

Інструкція до дії.

1. Пропонуємо клієнту вибрати фігурки, які йому хотілося б закопати.

2. Потім відкопуємо по одній фігурці. При цьому кожен фігурку описуємо, з'ясовуємо, які асоціації вона викликає.

3. Задаємо питання: «Навіщо Вам це треба закопати?», «А якщо ви повернете собі те, що закопали, що ви отримаєте від цього?»

4. Потім провокаційне запитання: «Які фігурки ви б хотіли знову закопати?» Якщо клієнт знову щось закопує, ми знову просимо його відкопати фігурку, і знову запитуємо про асоціації, і що він ще хоче закопати? І так до того часу, доки клієнт більше не захоче нічого закопувати.

Висновок. Гра дозволяє виявити страхи клієнта, допомагає йому усвідомити: те, що він сховав, нікуди не зникає, воно буде турбувати його зсередини. Необхідно показати, в чому полягає позитивна функція страхів, допомогти клієнту «розкопати» те, що його турбує, і пропрацювати. Після цього людина набуває впевненості в собі і позбавляється «страусиної стратегії».

**«Сіємо зерна доброти...» (авторська, є. Сисоєва)**

Мета: розвиток моральних якостей; розвиток дрібної моторики, емоційно-вольової сфери.

Інвентар: пісочниця, фольга або насіння (гарбузове насіння, наприклад).

Вікові рамки застосування: клієнти від 5 років і старші.

Інструкція до дії.

Ведучий пропонує клієнтам посіяти в пісочку щось дуже добре і хороше. Це може бути вчинок, мрія, настрої, риса характеру. Для цього можна використовувати будь-яке насіння: гарбузове або насіння соняшнику, яке загортають у фольгу. Далі по черзі кожен учасник розповідає, що він сіє і що з цього має вирости.

Висновок: дана техніка дозволяє розширювати словниковий запас учасників, розвивати їх емоційний і духовний інтелект.

Приклади ігор з піском Т. Зинкевич-Євстигнеєвої із книги «Чудеса на піску» [7]

### **«Я колючий тільки зовні»**

Мета: корекція агресивності, навчання дитини справлятися з гнівом, встановлення психологічного комфорту і позитивних установок, зняття емоційної напруги.

Інвентар: пісочниця, вода.

Вікові рамки застосування: клієнти від 5 років і старші.

Процедура проведення.

Дорослий просить дитину виліпити з піску свого кривдника, а потім зруйнувати фігурку і залити водою. Потім клієнту пропонується вибрати з наявних іграшок ту, яка у нього асоціюється з цим кривдником, взяти обрану фігурку і закопати в пісок (але ми закопуємо не кривдника, а Свій гнів і озлобленість на нього). Все! Негативних емоцій і переживань немає, а значить «кривдник» більше не зможе образити.

Висновок. Дана техніка допомагає перебороти образи, справитись із негативними емоціями, страхами, гнівом. Відчуття впевненість у собі.

### **«Картина мого світу»**

Мета: зняття нервової напруги, робота зі страхами, пов'язаними з оцінюванням.

Інвентар: пісочниця, вода, набір фігурок.

Вікові рамки застосування: клієнти від 11 років і старше.

Процедура проведення.

Ведучий пропонує підліткам сісти за стіл, покласти руки на пісок, закрити очі і просто дихати, переконуючи себе, що з кожним видихом виходять страхи і побоювання. Страх і оцінка – це те, що заважає творчості. Так діти сидить деякий час, відчуваючи руками сипучість, пластичність і тепло піску. Під супровід тихої музики ведучий просить підлітків зосередити увагу на руках, і постаратися відчути, як пульсує серце. Після цього дітям пропонується відкрити очі і взяти ті предмети, які здаються їм важливими, потрібними, не замислюючись і не відповідаючи на питання «Чому?».

Далі ведучий просить підлітків підійти до пісочниць, зосередитися на своїх почуттях і створити на піску композицію «Мій світ» із тих фігурок і предметів, які вони вибрали.

Сеанс закінчується питанням: «Що ти зараз відчуваєш?». Якщо хтось із дітей не хоче висловлюватися, то наполягати не

треба. Можливо, потім, наодинці дитина сама захоче розповісти про свої емоції і почуття.

Висновок. Гра допомагає зняти психічні бар'єри пов'язані із оцінюванням, послабити свідомий контроль над процесом гри, стимулювати творчість.

### *«Моє минуле»*

Мета: зниження емоційної напруги, опрацювання внутрішньо особистісних конфліктів, боротьба зі страхами.

Інвентар: пісочниця, пісочниця, вода, набір фігурок.

Вікові рамки застосування: клієнти від 11 років і старше.

Спочатку пропонуємо підліткам вибрати з наявних іграшок ті, які їм необхідні (на свій розсуд). Потім діти підходять до пісочниці, щоб створити композицію свого минулого. По завершенні роботи діти розповідають про все, що хотіли передати.

Висновок. Дана гра має не тільки терапевтичний, але і діагностичний характер. Після закінчення гри, варто сфотографувати готові композиції задля подальшої інтерпретації та аналізу.

Після кожного сеансу пісочної терапії клієнт сам розбирає створену ним композицію, що дозволяє йому запам'ятати і переосмислити цей образ, надати нових значень композиції на різних етапах її створення. Як наслідок, у клієнта знижується відчуття тривоги та створюються передумови для виникнення довіри до навколишнього світу, що стимулює відчуття безпеки [5].

Завдяки творчості на піску відбувається емоційна розрядка і вираження почуттів, які людина часто не готова озвучити в силу своїх внутрішніх установок, але легко може перенести в продукт творчості. Процес перенесення проблеми на пісок є прекрасним способом візуалізації ситуації, що склалася в житті, при цьому розширюються способи вирішення проблем, програються та обираються найбільш оптимальні для клієнта варіанти. Така робота допомагає вибудувати власну траєкторію руху до досягнення поставленої мети. Тому пісочна терапія ефективна при роботі з травматичними переживаннями, з психосоматичними розладами, при складнощах в спілкуванні, при бажанні зрозуміти себе, вирішити свої внутрішні протиріччя; при високій тривожності, пасивності, депресивних настроях, конфліктних ситуаціях, агресивності, страхах.

### Список використаних джерел:

1. Барган С.Е. Групповая или индивидуальная песочная терапия для детей? URL: <https://www.b17.ru/article/99753/> (дата звернення 14.09.2021)
2. Геологічний словник URL: <https://geodictionary.com.ua/node/3554> (дата звернення 10.10 2021 р.)
3. Грабенко Т., Зинкевич-Евстигнеева Т. Чудеса на песке. Методический практикум по песочной игротерапии. СПб.: «Златоуст», 1999. 80 с.
4. Енциклопедія. URL: [https://uk.wikisko.ru/wiki/Margaret\\_Lowenfeld](https://uk.wikisko.ru/wiki/Margaret_Lowenfeld) (дата звернення 10.11.2021)
5. Зайва О.О., Шаргородська І.О. Пісочна терапія як метод впливу на психологічний стан людини. URL: [http://www.rusnauka.com/22\\_NIOBG\\_2007/Psihologia/25139.doc.htm](http://www.rusnauka.com/22_NIOBG_2007/Psihologia/25139.doc.htm) (дата звернення 10.11.2021)
6. Зайкова М. История возникновения метода «Песочной терапии». URL: <https://nsportal.ru/detskiy-sad/raznoe/2020/02/21/istoriya-vozniknoveniya-metoda-pesochnoy-terapii> (дата звернення 10.09.2021)
7. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Чудеса на песке. Практикум по песочной терапии. СПб.: Издательство «Речь», 2015. 256 с.
8. Карл Густав Юнг Вспоминания, сновидения, размышления / Пер с нем. И. Булкиной. Київ: AirLand, 1994. 405 с.
9. Лоис Кэри Семейная песочная терапия. Игровая семейная психотерапия. СПб.: Питер, 2000. 384 с.
10. Раимова Л.А. Песочная терапия и ее возможности в работе с пожилыми клиентами: методическое пособие для специалистов, работающих с людьми пожилого возраста. Казань: Веда, 2014. 144с.
11. Сакович Н. А. Технология игры в песок. Игры на мосту. СПб: Речь, 2006. 176 с.
12. Сакович Н. Современные психотехнологии: основы юнгианской песочной терапии. URL: <https://thelib.info/psihologiya/2519074-avtor-sostavitel-sakovich-natalya-aleksandrovna/> (дата звернення 10.10 2021 р.)



13. Сидорова В. Песочное рисование с использованием метода «Sand-Art». URL: <http://ddom3-perm.ru/data/uploads/Ucheba/Masterskaya/peskogroafiya.pdf> (дата звернення 16.10.2021)

14. Султанова Н. В. Реабілітаційні технології в системі соціальнопедагогічної роботи з особливими дітьми: навчальнометодичний посібник. Миколаїв: МНУ імені В.О.Сухомлинського, 2020. 102 с.

15. Тарарина Е. Песочная терапия: практический старт. Київ: Астамір-В, 2017. 120 с.

16. Трошихина Е. Юнгианская песочная терапия. URL: <http://sandtherapy.org/юнгианская-песочная-терапия/> (дата звернення 10.10.2021)

17. Федій О.А. Естетотерапія. Київ: Центр навчальної літератури, 2007. 256 с.

18. Федій, О. А. Пісочна терапія у просторі професійної діяльності сучасного вчителя початкових класів. ВІСНИК Житомирського державного університету імені Івана Франка (43). 2009. С. 96-101.

19. Феликс Кривин. В стране вещей. URL: <https://quotesbook.info/parables/person/Feliks-Krivin.-V-strane-veshhejj> (дата звернення: 12. 10. 2021)

20. Штейнхардт Л. Юнгианская песочная психотерапия. СПб.: Питер, 2001. 320 с.

21. Энциклопедический словарь по психологии и педагогике. URL: <https://psychologyjDedagogy.academic.ru/> (дата звернення 10.09.2021)

## **СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РОБОТА ІЗ ДІТЬМИ ТА МОЛОДДЮ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНИМИ ПОТРЕБАМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО СЕРЕДОВИЩА**

Сучасний етап розвитку держав світу у другому десятилітті ХХІ ст. характеризується природними катаклізмами, економічною кризою та соціально-політичної напруги, що породжує в населення відчуття відчаю, агресії, поглиблює процеси відчуження від інших, від світу, природи та суспільства в цілому. Тому зрозуміло, що економічні, політичні, соціальні, правові, культурні, духовні, релігійні, освітні, наукові та інші сфери особистості у світі та в Україні сьогодні потребують нових стратегічних напрямів їх розвитку як зсередини, так і в контексті світових процесів глобалізації. Для забезпечення нормальної життєдіяльності населення, створення сприятливих умов щодо вирішення різних проблем тяжких життєвих ситуацій, які виникають в людини, широко запроваджуються методи соціально-психологічної реабілітації в діяльність фахівці соціальної сфери.

У всьому світі зростає кількість дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я – ДЦП, аутистичного спектру, синдромом Дауна, різними неврозами, нервовими розладами, психічними розладами. У навколишньому середовищі людина є біологічним об'єктом. Тому спілкування з тваринами і перебування в природному середовищі нормалізує психічний і фізичний стан людини.

Від так на особливу увагу заслуговує підготовка майбутніх соціальних працівників, учителів-реабілітологів до використання природотерапевтичних методів соціально-психологічної реабілітації в майбутній професійній діяльності. Варто зазначити, що із впровадженням інклюзивної освіти у вищій школі, соціально-психологічна реабілітаційна робота засобами природотерапії зі дітьми та молоддю з обмеженими можливостями здоров'я набуває актуальності і популярності. На особливу увагу заслуговують методи анімалотерапії: фелінотерапія, каністерапія, дельфінотерапія, іпотерапія та ін. [1].

Важливим є використання анімалотерапії в соціальній роботі зі дітьми та молоддю з обмеженими можливостями здоров'я. Наведемо потреби особистості, які задовольняються через контакт з тваринами: необхідність реального захисту та / або психологічного захисту; потреба бути захисником; потреба в русі та активному способі життя; необхідність спільних дій; потреба у функціональних взаємодіях; потреба в домінуванні; потреба у вираженні емоцій, доброти та ніжності, естетичності; потреба в спілкуванні; потреба в соціальних контактах [9].

Анімалотерапія – це метод соціально-психологічної реабілітації з використанням тварин. Цей метод вважається не класичною терапією, а допоміжною у лікуванні. У цій реабілітації є багато компонентів, які впливають на фізіологічні системи організму: дихальну; травну; серцево-судинну; слухову; зорову; тактильну; опорно-рухову.

Офіційна історія анімотерапії починається в 1970-х роках. У той час, цей метод використовувався в лікарнях для психічно хворих людей Англії. Започаткував цей напрямок медицини – американський дитячий психіатр Борис Левінсон. Він відзначав позитивний вплив на психіку людини тварин: конуй, дельфінів, собак, кішок та ін.

Англійський психотерапевт Ніл Бреннер стверджував, що: «Коні – це чарівний засіб для тих, хто не може впоратися зі своїми емоціями». Він використовував коней для лікування психічних розладів, алкогольної та наркотичної залежності [1].

Анімалотерапія – це цілеспрямоване втручання, при якому тварина є повноправним учасником процесу реабілітації, від них багато в чому залежить лікувальний ефект. Проте для такої реабілітації важливими є не лише тварини, а також спеціально підготовлені фахівці. Ідеальним є включення коуча чи тренера в анімало-терапевтичний процес [11, с. 65].

Сьогодні проводиться багато різноманітних досліджень вивчення взаємодії тварин і людини. Вчені виявили сприятливий вплив на людину при спілкуванні з тваринами. Ця взаємодія дозволяє не тільки одужати, а й запобігти багатьом захворюванням, нормалізують стан нервової системи, покращують психоемоційний стан [6; 7; 8].

Про лікувальні здібності тварин було відомо за 10 000 років до нашої ери. Стародавні вавилоняни, ассірійці, єгиптяни, а пізніше греки та римляни свідомо «попереджували» хвороби і розводили їх у своїх оселях тварин, які, на їхню думку, можуть захистити та вилікувати від бронхіту, туберкульозу, захворювання серця та ниркової недостатності. Мешканці степів і пустель лікувалися здавна зміями: залишали змію на хворому місця, щоб вона поглинула хворобу. Ще близько 3000 років тому стародавні греки помітили здібності собак допомагати людям впоратися з різними недугами, які відображені в релігії, і міфології [1, с. 123].

Лікувальні фактори анімалотерапії обумовлені її впливом на канали сприйняття. У джерелах наукової літератури немає однозначної класифікації і структури негативних психічних станів за їх переважанням або наявністю окремих видів у певний віковий період. Недостатність психодіагностичних засобів залишається недостатньо розробленою та теоретично обґрунтованою. Втручань у техніку анімалотерапії немає, це питання потребує подальшої розробки, адже слабо охоплений науковими ресурсами, при цьому у всьому світі використання помічників тварин у медичних та реабілітаційних цілях стає все більш популярним і поширеним, цей досвід стає поширеним і в Україні [2, 4, 6].

Методи анімалотерапії на відміну від інших реабілітаційних методик дозволяють не тільки знизити тонус м'язів, збільшити кількість пасивних рухів, а й набути нових активних рухових навичок і крім кінезіологічних реабілітаційних ефектів, призначені для виконання наступних функцій:

- психофізіологічні функції (взаємодія з тваринами може зняти стрес, нормалізувати роботу нервової системи, психіки в цілому);

- психотерапевтична функція (взаємодія людини і тварини може бути значним способом сприяння гармонізації їхніх міжособистісних стосунків);

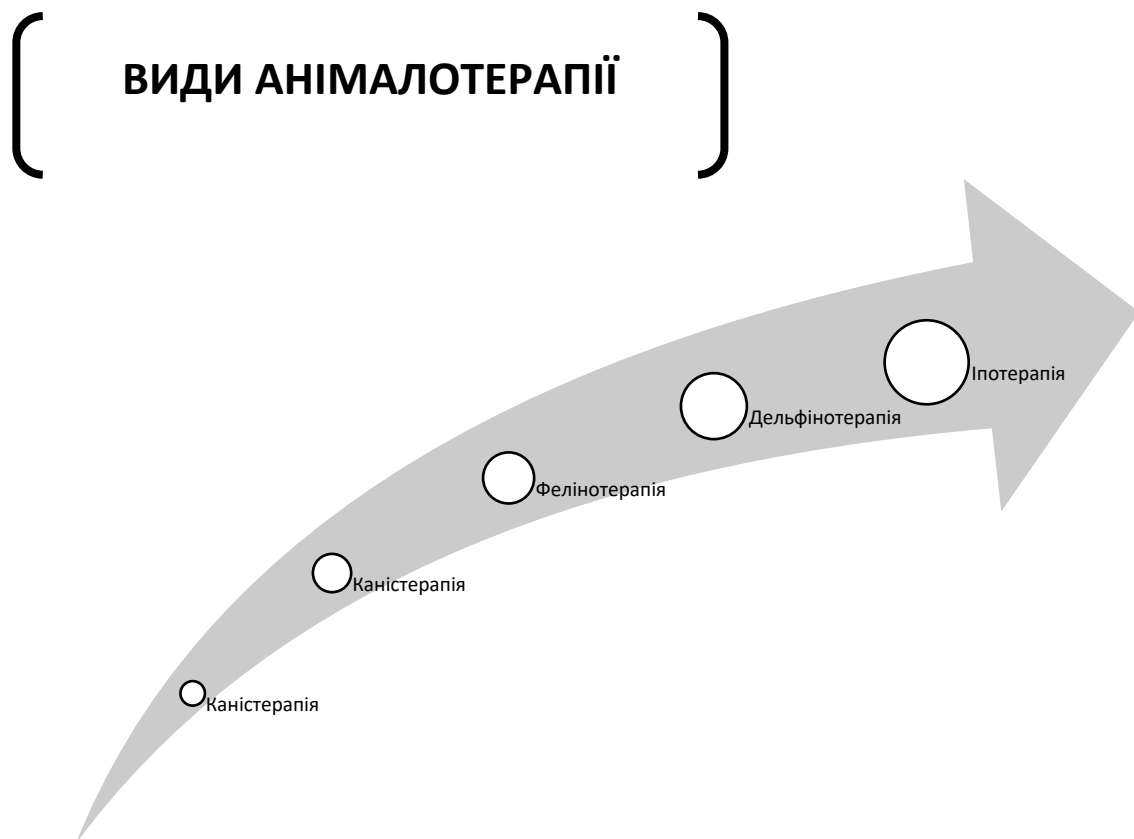
- реабілітаційна функція (контакт з тваринами – ще один канал взаємодії особистості з навколишнім світом, що сприяє як психологічній і соціальній реабілітації);

– функція задоволення потреби в компетентності (потреба в компетентності, виражається формулою «Я можу» є однією з найважливіших потреб особистості);

– функція самореалізації (одною з найважливіших потреб людини є потреба усвідомлення свого внутрішнього потенціалу, потреби бути осмисленим);

– комунікаційна функція (одна з найважливіших функцій, які можуть виконувати тварини у процесі взаємодії людини з ними — функція партнери по спілкуванню) [1].

До основних видів соціально-психологічної роботи зі дітьми та молоддю з обмеженими можливостями здоров'я відносять різні види терапії з залученням тварин:



**Рис. 1.3 Види анімалотерапії**

Сьогодні доступні два основних методи анімотерапії:

– ненаправлена анімотерапія – взаємодія з тваринами у домашніх умовах без їх усвідомлення чи цілеспрямованого розуміння терапевтичного значення;

– цільова терапія на тваринах –цільове використання тварин спеціалістами спеціального призначення, розроблені терапевтичні програми.

Наведемо приклади, коли анімалотерапія може бути корисною в соціально-психологічній реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я:

1. При серцево-судинних захворюваннях. Конфлікти між членами суспільства впливають не тільки на емоційне здоров'я, а й призводять або погіршують наявні фізичні та внутрішні захворювання. На ранніх стадіях захворювання люди можуть не відчувати занепокоєння у своєму тілі, але тварини здатні передбачити це та повідомити господаря. Існує багато історій про те, як коти рятували людей від інфарктів і гіпертонічних кризів. Кішка навіть може попередити про можливий напад [5].

2. При стресах і втомі. Тварини здатні зняти втому, стрес, зменшити мігрень тиск, нормалізувати пульс.

3. При аутизмі, дитячому церебральному паралічі та інших серйозних захворюваннях. Якщо на сеансах терапії присутня собака, прояви цього захворювання можуть зменшуватись. Американські дослідники також виявили, що люди з обмеженими можливостями здоров'я і через каністерапію відчують себе менш самотніми і незалежними, у них підвищується самооцінка, вони стають більш товариськими [16].

4. При нервовому напруженні. Тварини допомагають подолати стрес і нервове напруження. Так, дослідження подружніх пар у США показало, що у тих, в кого є тварини – простіше долати сімейні кризи та вирішувати конфлікти, ніж парам які їх не мають. Крім того, багато людей без страху «аналізують» свої проблеми зі своїми «вихованцями».

Ретельних соціально-психологічних досліджень, які б переконливо продемонстрували ефективність анімалотерапії у науковій літературі мало, хоча в останні роки через актуальність цього питання публікацій стає все більше.

Аналізуючи досвід різних країн стає відомо, що наприклад у медичних закладах та центрах реабілітації у Білорусі з людьми працюють методами каністерапії. В Польщі собаки працюють з онкохворими. Цей метод також офіційно визнаний в Литві, Німеччині та Норвегії. Таким чином, у всьому світі є великі удосконалення та досягнення в цьому напрямку. В Україні цей метод став відомим протягом останніх 5–7 років. Каністерапію використовують при психофізичному розвитку: з синдромом Дауна, ДЦП, розладами аутичного спектру. Цей метод є досить багатограним і може застосовуватися в різних випадках. Це також спілкування з дітьми та молоддю, які тривалий час перебувають у медичних установах, які хворіють на рак чи інші важкі захворювання або після насильства, посттравматичний стресовий розлад [5;].

Каністерапія використовується в соціально-психологічній реабілітації. Цей метод використовується як психотерапевтична методика, що сприяє розвитку розумових і емоційних здібностей, поліпшенню рухових функцій і моторики, а також для підвищення ефективності розвитку дітей та молоді в умовах інклюзивного середовища, в корекції, реабілітації та соціальній адаптації дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я [ ].

Каністерапія – це абсолютно новий для України метод реабілітації за допомогою спеціально навчених та відібраних собак. Термін «каністерапія» виник у 60-х роках ХХ століття у Сполучених Штатах Америки. У Європі каністерапія дуже розвинена – наприклад, у Польщі спеціальність «кінолог» входить до класифікатора професій. У Чехії, Іспанії є диплом «каністерапевт». В Ізраїлі є післядипломна освіта і видається диплом державного зразка за даною спеціальністю.

Каністерапія може використовуватись соціальної роботі: зі студентами, які переживають кризову ситуацію; зі сліпими або слабозорими («собака-поводир»); як спосіб полегшення соціальної адаптації та подолання наслідків соціальної ізоляції; з особами з певними функціональними обмеженнями (виключно під суворим контролем соціального працівника); допомога невиліковно хворим та їх рідним (спілкування з собакою допомагає змиритися з безвихідністю ситуації, подолати відчай і жах) [10, с. 409].

Також собаки незамінні при роботі зі дітьми та молоддю, які страждають на аутизм. Використовувані як один із компонентів терапії, вони можуть вплинути на поведінку таких осіб. Присутність або пасивна участь у терапії дружньо налаштованої собаки збігається з помітним поліпшенням у поведінці дітей та молоді та зниженням проявів аутизму, таких як занурення у себе. Присутність собаки, ігри з нею роблять терапію приємнішою і продуктивнішою і підвищують ймовірність того, дитина або молода людина захоче продовжувати психотерапію і докладатиме зусиль для одужання.

Ще одним видом який можна використовувати у соціально-психологічній роботі зі дітьми та молоддю з обмеженими можливостями здоров'я є феліноterapia – (лат. Felis – кішка) – це метод профілактики і лікування різних захворювань через контакт з кішками. Особливо гарним методом феліноterapia виступає у роботі з дітьми та молоддю, які мають розумову відсталість, також кішки надають серйозну допомогу дітям та молоді, які страждають на психічні захворювання, серцеві розлади, ураження мозку і навіть сприяють повноті лікування алкоголізму та наркозалежних. Студенти сприймають присутність kota без найменшого роздратування. Насправді кіт не робить нічого незвичайного, він просто гладить людину, облизує руку, обличчя. Її тепле, розслаблююче обертання дозволить розслабитися [13].

Тобто феліноterapia найкраще застосовувати у соціальній роботі зі дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я, яким притаманні часті стресові стани, підвищена тривожність. Спілкування з кішками варто використовувати в процесі соціально-психологічної роботи дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я при депресивних станах, неврозах, манії та шизофренії. Тепло тварини і тактильні відчуття, що виникають при дотику, дозволяють розслабитися, а котячі поколювання сприяють нормалізації артеріального тиску, зменшують агресію і навіть сприяють загоєнню ран і зміцненню кісткової тканини.

Ще досить цікавим є використання дельфіноterapia. Існує багато теорій про те, як саме вона працює. Дельфіноterapia є одним із напрямків нетрадиційних методів виправлення стану хворої чи здорової особистості. У нашій країні це дуже багато молодий метод (не більше 10 років існування), який вже завоював



велику популярність. Більшість досліджень дельфінотерапії розглядають цю проблему переважно з медичної точки зору.

Проблема дельфінотерапії виступає як альтернативний, самостійний метод терапії, пов'язаний з природою психотерапії, де вона є центром психотерапевтичного процесу взаємодії між людиною і дельфіном відбувається спілкування під наглядом кількох експертів (лікар, ветеринар, тренер, психолог), які формують індивідуальну схему проходять терапію з урахуванням інтенсивності, фази і етапів терапії [7, с. 177–178].

Дельфінотерапія заснована на подвійному впливі: спілкування з дельфіном і водолікування – лікування водою. Сучасні лікарі за допомогою дельфінів освоїли давно існуючі, але забуті методи відновлення гармонії між організмом хворих людей і природних факторів навколишнього середовища. З досвіду реабілітації цей метод використовувався в роботі з важкими інвалідами, з дітьми, які страждали від болю, або хворіли на дитячий церебральний параліч, аутизм, різні ураження головного і спинного мозку, на рак, мали посттравматичний стрес.

Використання дельфіна пояснюється природними властивостями: поєднання унікальних фізичних даних та високого інтелекту, потреба в спілкуванні, здатність до міжвидового спілкування, до використання невербальних засобів спілкування, ігрової поведінки та своєрідне ставлення особистості до дельфіну – позитивне ставлення. Спілкування з дельфіном включає наступну позитивні фактори:

- позитивні емоції,
- заспокійливі, зниження тривожності,
- активізуючий і катаральний ефекти [7, с. 177–178]

Ультразвукові коливання виконують на клітинному рівні масаж, благотворно впливаючи на весь організм: активність імунітету, зміцнення нервової системи, стимулювання діяльності органів кровообігу, дихання та травлення [7, с. 178].

Світовий та вітчизняний досвід використання дельфінів для корекції функціонального стану особистості свідчить, що дельфін як інструмент впливу на хворого має унікальні психофізіологічні властивості, які сприяють встановленню психоемоційного контакту [8, с. 59].

Більше двадцяти років світового досвіду показує, що використання дельфінів – здатне коригувати психофізіологічний стан дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я, з різними захворюваннями. Це дає підстави включити метод дельфінотерапії в систему сучасної фізіотерапії, бальнеології та соціально-психологічної реабілітації.

Дельфінотерапія – альтернативний, нетрадиційний метод соціально-психологічної реабілітації, де центральним виступає спілкування дітей та молоді з дельфінами. Це спеціально організований процес, який проходить під наглядом ряду спеціалістів. У соціально-психологічній реабілітації беруть участь спеціально навчені тварини з «хорошим характером». Дельфіни граються з хворими, плавають, катають на спині, пестять, просять у відповідь ласки [8, с. 59].

Дельфінотерапія поділяється на два напрямки:

1. Вільна взаємодія з твариною з мінімальною участю спеціалістів (лікаря, дресирувальника, психолога, психотерапевта, педагога та ін.) У зв'язку з цим клієнт будує свої стосунки з дельфіном, вибирає способи взаємодії в допустимих межах. Роль фахівців зводиться до забезпечення безпеки клієнтів і дельфінів.

2. Спеціально організоване спілкування. Спілкування з твариною відбувається через експерта (лікаря, психотерапевта, психолога тощо), тоді як спілкування з експертом для клієнта має психотерапевтичне значення, а спілкування з дельфіном виступає фоном, середовищем. Тут характер і вид дельфінотерапії підпорядковуються поставленій меті [7, с. 178].

У зв'язку з цим дельфінотерапія може вирішувати різні проблеми:

- 1) психотерапевтичні;
- 2) психокорекційні;
- 3) психопрофілактичні;
- 4) фізіотерапевтичні;
- 5) педагогічні.

Дельфінотерапію можна віднести до натуропсихотерапії, тобто як до самостійного методу з впливом природного об'єкта (дельфіна), що має лікувальну дію. Він може бути індивідуальним, груповим, сімейним.

Ультразвукові хвилі є важливою складовою в процесі одужання дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я. Відомо, що дельфіни унікальні тим, що вони здатні до міжвидових відносин зв'язку, легко і радісно вступають в контакт. Ці тварини чутливі до настрою людини, внаслідок чого обирають індивідуальний підхід до партнера. Ігри з дельфінами настільки цікаві і в той же час природні, що люди роками намагаючись оговтатися від нервових недуг, незабаром починають відчувати себе набагато краще. Роль ультразвукового впливу дельфінів широко вивчена. Ультразвук покращує потік ферментів і гормонів через клітинні мембрани, викликає метаболічний терапевтичний ефект. Ще одна незаперечна перевага дельфінотерапія – це гідромасаж внутрішніх органів і шкіри. Секрет тут в тому, що коли тварина рухається, створюються зони турбулентності – різноспрямовані потоки води модулюються хвостовим плавником [7, с. 179].

Позитивні емоції від спілкування з дельфіном можуть значно стимулювати розумовий, мовленнєвий і фізичний розвиток дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я. Завдяки дельфінотерапії вони розширюють межі свого світу, отримують новий досвід спілкування та величезний заряд позитиву, завдяки якому їх життя стає більш творчим і живим.

Наступним методом, який ми розглянемо буде іпотерапія – це вид анімалотерапії, який використовується як основний засіб спілкування з кінями та верховою їздою. Він використовується для лікування психічних і неврологічних захворювань з кінця 1950-х років, а медичні центри кінного спорту в даний час створюються в 45 країнах Європи та Північної Америки. Іпотерапія – ефективна лікувальна фізкультура, яка застосовується при захворюваннях опорно-рухового апарату, атеросклерозі, черепно-мозкових травмах, поліомієліті, сколіозі, розумовій відсталості. Верховна їзда вимагає постійної роботи великих м'язів тіла, а також дозволяє використовувати іпотерапію в реабілітації та лікуванні дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я. Кінь є унікальним живим тренажером, адаптує свої рухи під наїзника, розігріває і масажує його м'язи, нормалізує м'язовий тонус. Ритмічні рухи кроку коня допомагають відновити власні ритми вершника, це дуже важливо при лікуванні мовних порушень. Крім того, слід

зазначити, що позитивний емоційний настрій, який сприяє активності, покращує настрій і загальний стан [3].

Це вид терапії, який проводиться без страху, болю та примусу. Сама наявність коня створює сприятливі умови. Спектр захворювань, при яких застосовується іпотерапія, дуже широкий, тому її можна застосовувати не тільки зі дітьми та молоддю з обмеженими можливостями здоров'я, а й для всіх, хто бажає покращити свій фізичний та психоемоційний стан. Більше того, жоден із видів реабілітації не викликає у вихованця такої багатогранної мотивації до самостійної діяльності, яке супроводжує заняття іпотерапією: дитина або молода людина відчуває велике бажання сісти на коня, щоб відчувати себе наїзником, подолати страх, набутти впевненості у своїх силах. Така сильна мотивація сприяє максимальній мобілізації вольової активності, завдяки чому досягається не тільки придушення відчуття страху, але й одночасне поліпшення фізичного стану, що дозволяє навчитися правильній побудові базової поведінки [3, с. 145].

Основним психологічним фактором використання іпотерапії в реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я є підвищення самооцінки у таких осіб. Крім того, підвищується рівень психічного та емоційного стану, що підвищує ефективність реабілітації, а також процесу соціалізації та адаптації.

Так, катання на конях або плавання з дельфінами тренують і розвивають певні групи м'язів. Прямий дотиковий контакт з собаками, котами – це сильний емоційний фактор, що сприятливо впливає на психіку, розвиває інтелектуально. Тому що спілкування з живою природою необхідне для повноцінного розвитку особистості. Клінічний досвід лікарів і медичних психологів це підтверджує. Психічний стан людини значною мірою визначає якість її життя; і стійкість до хвороб, їх урахування підвищує працездатність соціально-реабілітаційного процесу та ефективність профілактики захворювання серед населення.

Лікувального впливу птахів звичайно ж не порівняти з кішками чи собаками. Проте спів птахів, наприклад конарейок знімає стрес, заспокоює нерви і покращує настрій. При неврозах, депресіях, гастритах, виразках шлунку корисно просто сидіти біля

клітки, слухати спів і дивитися для птахів. А скрип хвилястих папуг знімає біль у серці.

Якщо розглядати акваріумних рибок в соціально-психологічній реабілітації, то вони виступають для профілактики неврозів. Спостереження за рибою в акваріумі заспокоює і відновлює відчуття душевної рівноваги після нервових розладів і психологічних потрясінь. Сама наявність акваріуму в аудиторії допомагає створити правильний мікроклімат в інтер'єрі. Вода, що випаровується, зволожує повітря, захищаючи оточуючих від інфекційних захворювань верхніх дихальних шляхів. Ті, хто має у кімнаті акваріум, майже не страждають безсонням.

Отож, з наведених вище прикладів, взаємодія з тваринами і тваринним світом дійсно може виконувати такі важливі функції, як самореалізація, реабілітація і спілкування. Причому, як правило, від пацієнта не вимагається жодних додаткових знань про тварину – його завдання – просто спостерігати (якщо маються на увазі акваріумні рибки), слухати (канарейки та папуги), гладити (кішка) або активно взаємодіяти (собака, кінь, дельфіни) .

Спілкування з тваринами зменшує прояви агресії, позитивно впливає на комунікативні навички та емоційний стан особистості, і може використовуватися як з лікувальною метою, спрямованою на соціально-психологічну реабілітацію негативних психічних станів, умов та в психопрофілактичних цілях.

З огляду на те, що соціально-психологічну реабілітацію базується на анімалотерапії – взаємодія організовується опосередковано, через тварин, допомагаючи вирішувати особисті проблеми, створюють позитивну мотивацію до успіху, зменшують прояви негативної поведінки та невмотивовану агресію. Розширення діапазону емоцій дає можливість усунути психоемоційні стрес, оптимізувати очікування та керувати діяльністю.

Анімалотерапія позитивно впливає на здоров'я через активну взаємодію з твариною і прийняття людиною відповідальності за неї. Це призводить до припинення негативних психічних станів, болю (фізичний або психічний) і далі розробка необхідних механізмів успішної адаптації і подолання труднощів. Тварини пробуджують почуття відповідальності, мають здатність вивести людину із замкнутого внутрішнього простору, викликати бажання

спілкуватися з іншими, пізнавати навколишній світ, радіти, любити життя та людей [1, с. 125].

Перші сеанси з тваринами можуть бути несподіваними: тварина може викликати негативні асоціації. Необхідно дати клієнту час познайомитися з нею. Групові заняття організовуються лише після огляду дітей та молоді з особливими потребами – спеціалістами. Добре підбирати групу з подібним рівнем розвитку та масштабом порушень. Найважливішими моментами таких занять буде забезпечення тактильного контакту з твариною. Багато хто може відчувати страх при дотику. Подолання цього страху дає терапевтичний результат (наприклад, для осіб з аутистичним спектром порушень). Тактильний контакт з тваринами відкриває новий спектр емоційних реакцій і переживань.

Отже, ми можемо стверджувати, що анімалотерапія є відносно обширною сферою застосування в соціально-психологічній реабілітації дітей та молоді з обмеженими можливостями здоров'я в умовах інклюзивного середовища. Нормалізує і покращує психічний і фізичний стан, сприяє процвітанню соціальної адаптації, реабілітації, зменшує почуття самотності, допомагає вирішити проблеми депресії, соціальної ізоляції та психічних захворюваннях, підвищує концентрацію та увагу. Доступна терапія домашніми тваринами є досить ефективним методом соціальної роботи, особливо при використанні з люди з порушеннями розвитку, психічними розладами і також соматичними та / або психічними розладами.

*Наконечна А. В.*

**КАТЕГОРІАЛЬНА КЛАСИФІКАЦІЯ  
ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ ОСОБИСТОСТІ**

Вступ

ГЛАВА 1. ДІАГНОСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ  
ЯК ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. ДІАГНОСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ:  
СУЧАСНІ ПІДХОДИ

1.2. ОПЕРАЦІОНАЛІЗОВАНА ПСИХОДИНАМІЧНА  
ДІАГНОСТИКА: ВЕРСІЯ

1.3. АМЕРИКАНСЬКА ДІАГНОСТИЧНА СИСТЕМА ПДМ  
2

ГЛАВА 2. КЛАСИФІКАЦІЙНА СИСТЕМА  
ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ ОСОБИСТОСТІ  
ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА: СУТНІСТЬ,  
ХАРАКТЕРИСТИКИ,

ВИДИ І ДІАГНОСТИКА ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА ЯК  
ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

## Вступ

Робота практичного психолога умовно поділяється на дві основні частини або стадії – діагностика психологічної проблеми клієнта і її рішення. Практична психологія більше уваги приділяє психотерапевтичним методам і технікам, ніж психологічним проблемам, на вирішення яких спрямовані ці методи.

Аналіз прикладних і теоретичних досліджень та робіт, спрямованих на вивчення психологічних проблем людини показав, що феномен психологічної проблеми, її сутність, характеристики, види, критерії діагностики та диференціації від інших видів проблем (наприклад, психіатричних) досліджено недостатньо.

Навчальні програми закладів вищої освіти включають вивчення психотерапії, практичної психології, психологічного консультування, але в підручниках з цих предметів відсутні теми, присвячені психологічним проблемам. В результаті, практичні психологи, щодня стикаючись у своїй роботі з психологічними проблемами, не мають під рукою будь-якого керівництва, яке б орієнтувало їх у цих проблемах. Найбільше концептуалізації та систематизації психологічних проблем потребує психотерапія, яка сьогодні представляється як своєрідний конгломерат різних, не пов'язаних між собою напрямів. Сучасна психотерапія спирається на описові діагностичні системи (МКЛ), але терапевтичні роботи спрямовані на усунення психологічних проблем, для яких досі не розроблені класифікаційно-діагностичні системи.

Кожен спеціаліст на основі власних знань, досвіду та науково-практичної орієнтації, по-своєму визначає проблему клієнта. У книзі, що представляється увазі читача, робиться спроба систематизувати психологічні проблеми. Ми пропонуємо категоріальну класифікацію психологічних проблем. Це попередня версія, мета якої – порушити проблему та подати читачеві наше бачення її вирішення. Ми відкриті для обговорення класифікаційної системи та вітаємо будь-які критичні зауваження та пропозиції.



# ГЛАВА 1. ДІАГНОСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ ЯК ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

## 1.1. ДІАГНОСТИКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ

Насамперед необхідно відрізнити психологічну діагностику (психодіагностику) від діагностики психологічних проблем. Перша – це галузь психології, яка вивчає питання діагностики властивостей особистості та груп, а друга відноситься до сфери практичної психології та вивчає психологічні протиріччя, проблеми та труднощі особистості та груп. При діагностиці психологічних проблем методи психодіагностики застосовуються часто, проте це в основному додатковий засіб визначення труднощів пацієнта, а основний засіб – це бесіда і опитування.

Однак ефективність психологічних робіт багато в чому залежить від повноцінної та об'єктивної діагностики психологічних проблем особистості та її мікросередовища. В психотерапії існують різні підходи до діагностики психологічних проблем; є навіть антидіагностичний підхід. Наприклад, діагностичний підхід критикували такі видні фахівці, як К. Роджерс, Ж. Лакан, Т. Сзасз, Р. Лейнг та багато інших [12]. Автори знаходять, що медичний, діагностичний підхід у психотерапії спрощує розуміння особистості, вішає ярлик на людину, розглядає її як об'єкт, ігнорує її внутрішній світ тощо. [2]. Однак ця критика в основному відноситься до психіатричного діагнозу, а психологічна діагностика, особливо коли вона спрямована на виявлення глибинних протиріч особистості, поглиблює розуміння внутрішнього світу людини, її мікросередовище, систему взаємовідносин. На наш погляд, без діагностики психологічних проблем, психологічна робота з клієнтом просто не можлива. Нижче ми спробуємо представити різні підходи до діагностики психологічних проблем у практичній психології (психологічне консультування, психотерапія та ін.).

Насамперед спробуємо уявити, що саме пропонується діагностувати при практичних роботах. М. Гроннер (Groenier) та співавтори розглядають психологічну діагностику як процес, спрямований на: 1) виявлення психологічних проблем та їх

послідовності; 2) оцінка гостроти прояву психологічних проблем та визначення виду розладів (категоріальна діагностика); 3) пояснення психологічних проблем та формулювання інтегральної концепції клієнта; 4) визначення напряму лікування (психологічної допомоги) на основі інтегральної концепції клієнта [7, с. 917]. Р. Кочунас зазначає, що в діагностиці необхідно звернути увагу також на розвиток психологічних проблем клієнта в часі [2]. Деякі автори пропонують оцінити також ставлення клієнта до власної проблеми (хвороби) і до її вирішення. Наприклад, А. Є. Лічко та Н. Я. Іванов виділяють 12 типів відносин: 1) сенситивний; 2) тривожний; 3) іпохондричний; 4) меланхолійний; 5) апатичний; 6) неврастенічний; 7) егоцентричний; 8) паранояльний; 9) анозогнозичний; 10) дисфоричний; 11) ергопатичний; 12) гармонійний [3]. Інші автори говорять про такі типи ставлення до хвороб як «зневажливе» (недооцінка тяжкості захворювання), «заперечення», «фаталістичність» та ін [цит. по 4].

В психотерапії і взагалі в медицині часто діагностуються так само переживання хвороби, реакції пацієнта на хворобу, її внутрішню картину, бажання подолати хворобу, віру в одужання, концепцію про причини, механізми виникнення та лікування своєї хвороби. Ці психологічні феномени впливають не тільки на перебіг, а й на лікування хвороби. Наприклад, Р. Кінцевий та М. Боухал [1] виділяють такі типи реакцій на хворобу:

1. нормальна (реальна оцінка об'єктивного стану);
2. нозофобна (розуміє, що перебільшує ситуацію, але подолати паніку не може);
3. іпохондрична (занурення у хворобу);
4. нозофільна (своєрідна форма задоволення від того, що хвороба звільняє від ряду неприємних обов'язків);
5. утилітарна (прагнення нажитися на захворюванні);
6. заперечувальна.

При діагностиці різні психотерапевтичні школи звертають увагу на різні сфери особистості. Так, згідно з Канфером і Гріммом при біхевіоральному аналізі проблемної поведінки необхідно звернути увагу на три класи явищ: стимули, реакції та їх взаємозв'язки. Вони виділяють такі сфери діагностики: 1) поведінкові дефекти; 2) поведінкові ексцеси; 3) шкідливі

зовнішні стимули; 4) шкідливі внутрішні стимули; 5) проблемні взаємозв'язки, що підкріплюють [8, с. 10]. А. Лазарус при діагностиці пропонує оцінити особливості щодо ведення, афекту, відчуттів, уяви та міжособистісних взаємовідносин [10].

Ми запропонували оцінити психологічні проблеми також з погляду форми їхнього прояву. Виділено такі характеристики проблем:

1) усвідомленість, недостатня усвідомленість і неусвідомленість;

2) причинні (відбивають причини інших проблем) і слідчі проблеми (є наслідком інших проблем, наприклад, тривога може бути наслідком внутрішньоособистісного конфлікту);

3) поверхневі (наприклад, негативні емоції) та глибинні (наприклад, внутрішньоособистісні конфлікти);

4) прийняті та неприйняті пацієнтом проблеми;

5) складні та прості проблеми;

6) явні та приховані проблеми;

7) реальні та вигадані проблеми;

8) проблеми, які представляє пацієнт, та проблеми, які приписують пацієнту родичі чи фахівці;

9) розв'язні та нерозв'язні проблеми;

10) актуальні та неактуальні, основні та другорядні психологічні проблеми, що виділяються за значимістю для суб'єкта;

11) старі (наприклад, старі образи) і нові, хронічні (проблеми, з якими людина живе довгий час) і гострі, що виділяються за тимчасовими характеристиками та гостротою проблем;

12) патологічні, не патологічні та пограничні;

13) вихідні та похідні психологічні проблеми і т. д.

У сучасній психології та психіатрії розрізняються категоріальна та вимірювальна діагностичні стратегії. Категоріальна діагностика ґрунтується на категоріальній класифікації психічних розладів (діагностичні системи DSM та ICD) та симптоматичному підході. Кожна категорія описується комплексом симптомів. У цій моделі психічні явища поділяються на патологічні та нормальні, які якісно відрізняються один від одного [8]. При вимірювальній діагностичній стратегії (діагностичні системи OPD-2, ПДМ-2) психічні явища оцінюються

кількісно і розглядаються як множина від норми до патології [5;11]. Наприклад, в OPD-2 (OPD) (операціоналізована психодинамічна діагностика), в осі «Структура», вимірюється інтегрованість структури особистості. Виділяються добре (автономна особистість, психічні структури якої добре диференційовані, а конфлікти вирішуються), середньо (саморегуляція менш розвинена, а психічні структури менш диференційовані), низько (психічна система та структури особистості слабо розвинені) інтегровані та дезінтегровані (психічні структури фрагменти вані, є психотичні прояви) структури [5].

У психодинамічній терапії розроблені діагностичні системи – операціоналізована психодинамічна діагностика (OPD) та «Психодинамічне діагностичне керівництво» (ПДК) [5; 11]. У ПДК виділені такі діагностичні осі:

1) Р вісь патерни та розлади особистості (представлені розлади особи, такі як шизоїдний, параноїдний, нарцисичний та ін.);

2) М вісь – психічне функціонування (представлені психічні здібності особистості, такі як регуляція, увага, вчення, якість внутрішніх переживань тощо);

3) S вісь – прояв симптомів і проблем (представлені суб'єктивні переживання симптомів психічних розладів) [11].

В OPD представлені такі діагностичні осі або шкали: 1) суб'єктивне переживання хвороби пацієнтом та передумови лікування (діагностуються мотивація пацієнта та показання до психодинамічної терапії); 2) вісь відносин (діагностуються перенесення пацієнта, контрперенос терапевта та інші відносини пацієнта з його мікросередовищем; 3) вісь конфлікту (діагностуються сім типів психічних конфліктів, таких як залежність проти автономії, конфлікти самооцінки, едіпові конфлікти і т. д.); 4) вісь структури (визначаються рівні розвитку структури особистості); 5) синдромальна вісь (представляє діагностичні категорії DSM та ICD) [5].

У діагностиці психологічних проблем протиставляються також інтуїтивний та раціональний чи науковий підходи [14]. У першому випадку діагноз має суб'єктивний, інтуїтивний, ймовірний характер. Такий діагноз вважається ненадійним [14].

Для підвищення надійності пропонуються різні способи, наприклад так званий діагностичний цикл, заснований на науковому підході в діагностиці. У цьому випадку на основі інтерв'ю та різнобічного вивчення пацієнта висувуються гіпотези щодо його особистості, проблем та їх причин, після чого ці гіпотези перевіряються [6]. Можна виділити також комплексну (або системну) та симптоматичну стратегію діагностики. У першому випадку діагностується проблематика, а не окрема проблема пацієнта, а також особливості особистості, мікросередовища та ін. При симптоматичній діагностиці фахівець вивчає ті проблеми, які пацієнт вважає актуальними для себе, на даному етапі.

Спробуємо уявити також основні методи діагностики психологічних проблем. Найбільш поширеним методом діагностики психологічних проблем у практичній психології є інтерв'ю. Розрізняються директивне та недирективне інтерв'ю. При директивному інтерв'ю фахівець веде бесіду, ставить питання, часто за стандартною схемою (формалізоване, структуроване, фокусоване інтерв'ю). При недирективному інтерв'ю пацієнт представляє свої проблеми так, як хоче, спеціаліст переважно виступає в ролі уважного слухача, рідко ставить запитання.

## **1.2. ОПЕРАЦІОНАЛІЗОВАНА ПСИХОДИНАМІЧНА ДІАГНОСТИКА: ВЕРСІЯ 21**

У галузі медицини і, зокрема, психіатрії існують дві класифікаційні системи – ICD і DSM, які спочатку орієнтовані на об'єктивну діагностику та патологію. У даному контексті, коли ми говоримо про терапію, маємо на увазі фармакологічні підходи до терапії, оскільки обидві класифікаційні системи, хоч і описово, але виходять виключно з біологічних передумов хвороб і спираються на клінічні симптоми хвороб. Але коли йдеться про захворювання психіатричного спектру, про континуум «психічне здоров'я – психічне нездоров'я – психічна хвороба», ми, психіатри та психологи, не можемо і не маємо права гіпертрофувати біологічний аспект психічної хвороби та ігнорувати її соціально-психологічну природу. Іншими словами, ми повинні і зобов'язані

враховувати психолого-психотерапевтичні підходи не тільки до лікування розладів психіатричного спектру, що зрозумілим і прийнятним, але і діагностиці психічних розладів.

Для будь-якого клініциста (психіатра) діагноз, виставлений на основі критеріїв ICD або DSM, є не тільки інструментом для опису тієї чи іншої патології та диференціації людей, які страждають на цю патологію, від психічно здорових осіб, але і є також інструментом, який визначає та спрямовує терапію цих осіб, причому терапію виключно фармакологічну. Проте, ні та, ні інша класифікації не передбачають будь-яких критеріїв чи описових характеристик, які б визначали і спрямовували дії психологів і психотерапевтів. Фахівців, які обов'язково співпрацюють з психіатрами, і роль яких у веденні, лікуванні і, звичайно, реабілітації психічних розладів на сьогодні є незаперечною.

Приставаючи до виконання своїх професійних обов'язків у кожному конкретному випадку, психотерапевт вирішує важливі завдання, які полягають у наступному:

- визначення показань для конкретних терапевтичних дій, що ґрунтуються на діагнозі розладу;
- формулювання певних терапевтичних завдань та цілей;
- планування адекватних терапевтичних втручань.

Але вищезазначені клінічні класифікації цим цілям не служать. Вирішенню цих завдань служить пропонуваній німецькими дослідниками інструмент психодинамічної діагностики «Операціоналізована психодинамічна діагностика» (ОПД). Його остання версія – ОПД-2 – дозволяє не тільки проводити психотерапевтичну діагностику і планувати адекватні терапевтичні втручання, але дозволяє також об'єктивно оцінювати результати терапії, що проводиться.

Роботи зі створення ОПД почалися ще 1992 року групою німецьких, і навіть австрійських і швейцарських психоаналітиків, психоаналітично орієнтованих терапевтів і психіатрів. Перша консультація цієї робочої групи з метою створення ОПД відбулася в 1992 р., в 1996 р. був опублікований перший варіант ОПД-1, а в 2006 р. була опублікована ОПД-2. Метою цієї команди було розширити засновану на симптомах, описово орієнтовану класифікацію психічних розладів ICD-10 за допомогою додавання деяких фундаментальних психодинамічних вимірювань. Були

розроблені та впроваджені у дослідницьку практику діагностичні інструменти та керівництво для їх застосування.

Згідно з керівництвом, діагноз, який формулюється на основі критеріїв ОПД, ґрунтується на п'яти осях або шкалах, які визначені авторами таким чином:

1. досвід хвороби та передумови до лікування;
2. міжособистісні стосунки;
3. конфлікт;
4. структура;
5. психологічні та соматичні розлади відповідно до частини V (F) ICD-10.

Перша вісь відображає суб'єктивні переживання хвороби пацієнтом та передумови для проведення лікування. Друга вісь – це вісь відносин, що включає оцінку відносин пацієнта до психотерапевта (перенесення) і психотерапевта до пацієнта (контрперенос), оцінку актуальних відносин пацієнта за межами психотерапії (стосунки в сім'ї, з друзями, відносини на роботі), оцінку колишніх відносин пацієнта з його минулого, про які розповідає пацієнт під час психотерапевтичних сесій. Психоаналітично орієнтована психотерапія – це перш за все робота із стосунками. Третя вісь – це вісь конфлікту. Людина одночасно відчуває протилежні бажання. При цьому людина зі зрілою особою може робити вибір, знаходить золоту середину, а ось людина з інфантильною чи патологічною особистістю з цим упоратися не може. Уміння робити вибір і знаходити собі золоту середину є критерієм зрілої особистості. ОПД описує 7 основних конфліктів. Четверта вісь – вісь структурного рівня розвитку особистості, яка відображає здатність справлятися з неминучими конфліктами, враховуючи існуючі дефіцити та ресурси особистості. Чим краще людина може справлятися з труднощами, тим вище структурний рівень розвитку особистості.

**Структура** – це володіння психічними функціями, необхідні організації Self щодо внутрішніми і зовнішніми об'єктами. Структурні порушення – це недостатнє володіння цими психічними функціями здебільшого внаслідок порушень у відносинах у ранньому дитинстві. IV вісь ОПД дозволяє чітко оцінити чотири структурні рівні розвитку особистості за шістьма діагностичними критеріями. Зрештою, п'ята вісь – це вісь

психічних та психосоматичних порушень, які супроводжують симптом. В вісь OPD дозволяє зіставити діагностику по OPD та МКБ-10.

У результаті, основний зміст цих осей полягає у визначенні відповідних психодинамічних характеристик пацієнта, а саме:

1) як пацієнти переживають свою хворобу і які передумови для лікування вони виявляють у зв'язку з цим;

2) які ознаки (або патерни) дисфункціональних взаємин вони виявляють;

3) чи виявляють пацієнти неусвідомлені конфлікти;

4) які структурні характеристики виявляють пацієнти та які є слабкості та обмеження, зумовлені цією структурою.

Переглянута друга версія ОПД (ОПД-2) являється не лише інструментом діагностики. Вона фокусує увагу терапевта більше на терапевтичні процеси. Більше того, ОПД-2 дозволяє враховувати у процесі діагностики сильні сторони пацієнта та його ресурси. Вона спирається на взаємодію між усіма осями і дозволяє планувати лікування, даючи можливість терапевту визначити головний терапевтичний фокус.

Процес планування терапії спирається на «три кити»:

а) діагностику,

б) формулювання цілей лікування та визначення відповідних терапевтичних кроків.

Процес діагностики є процес розумовий, асоціативний на основі наявних фактів та даних (симптоми хвороби, анамнестичні відомості, дані лабораторних та інструментальних обстежень та ін.). Але будь-яка думка має узагальнення, а узагальнення – це обмеження, стирання унікальності.

Таким чином, діагноз узагальнює, стираючи етіопатогенетичні, динамічні та статичні нюанси хвороби та особистості кожного пацієнта. Діагностика на основі існуючих класифікаційних систем дає нам узагальнене уявлення про пацієнта – хворий на шизофренію, хворий на біполярний афективний розлад (БАР) або один з варіантів невротичних розладів. І кожен з цих діагнозів, даючи нам уявлення про симптоми і перебіг хвороби в цілому, не говорить нічого про унікальність (тобто про особливості) кожного випадку захворювання на шизофренію, біполярний розлад або невроз.



Чисто описові, симптомцентровані діагнози практично не орієнтують ні клініциста, ні психотерапевта щодо способів проведення психотерапії. Але цього не можна сказати щодо фармакотерапії: клінічний діагноз орієнтує лікаря-психіатра у виборі методів біологічної терапії, виборі психотропних та інших медикаментозних засобів. З точки зору психодинамічно орієнтованого психотерапевта в такій діагностиці відсутній опис внутрішньо особистісних, міжособистісних конфліктів, переживань на рівні структурної інтеграції особистості пацієнта або його суб'єктивного досвіду хвороби.

Таку можливість психотерапевту надає ОПД-2 разом із ICD-10. Поєднання двох діагностичних підходів дає можливість описати індивідуальне у кожному пацієнті. Це, у свою чергу, дає можливість визначити, наскільки кожен пацієнт відрізняється за відповідними характеристиками від загальної вибірки. Створюється можливість ідентифікувати проблеми чи симптоми, оцінити їх тяжкість чи ступінь виразності; описати динаміку змін патологічних процесів у пацієнтів до та після терапії. Діагностика на основі діагностичної системи ОПД-2 дає можливість визначити дисфункціональні патерни відносин, стресові внутрішні конфлікти та структурні стани пацієнта. Все це дозволяє визначити акценти та підходи в терапії. Таким чином, ОПД-2 дає нам можливість реалізувати принцип, висунутий німецькими дослідниками Штраппом і Шахтом (Strupp, Schacht, 1988): «узгодженість проблеми, лікування та результату». Значення цієї формули полягає в тому, що поєднання ОПД з клінічною класифікацією дає можливість узгодити між собою оцінку клінічної проблеми, концептуалізацію бажаних змін за допомогою терапії, що проводиться, і опис клінічного ефекту (тобто успіху).

*Концепція ОПД складається з 4-х психодинамічних осей і однієї описової.* Перші 4 осі засновані на психодинамічному розумінні, привнесеному з психоаналізу. Головні детермінанти цих осей відповідають приватним психоаналітичним концепціям – структура особистості, інтрапсихічний конфлікт, перенесення тощо. Всі осі змістовно перетинаються і тісно взаємодіють один з одним: психічна структура формує фон, на якому розігруються конфлікти з їх добре або слабо адаптативними патернами вирішення.

Фундаментальні положення багатоосьової діагностики. Психосоматична медицина, психотерапія, психіатрія і, відповідно, ОПД, ґрунтуються на суб'єктивному психічному досвіді та поведінці пацієнта. Основою розуміння психічних явищ та їх взаємозв'язків із соматичними факторами є двосторонньо спрямована біопсихосоціальна модель. Не вимагає доказів аксіома, що всі психічні феномени в нормі та патології є біологічними по суті та природі. Але в процесі розвитку та становлення організму, індивіда та особистості йде процес накопичення суб'єктивного досвіду функціонування головного мозку, і психічні феномени в тій же мірі, що і біологічні, впливають на мозок. Багатоосьова класифікація виходить із соматико-неврологічних передумов, що ступінь і інтенсивність розвитку головного мозку залежить і від того, як він використовується: чим більше система знаходиться в активному стані, тим більше вона функціонує.

Психічні функції розвиваються від простих до складніших форм. Розвиток вищих систем передбачає здоровий розвиток більш фундаметальних систем. Оскільки різні морфофункціональні соматичні та психічні функції (або системи) закладаються і розвивають свої основні властивості в різні етапи розвитку, тобто не одночасно, отже, відрізняються і критичні періоди формування різних функцій (конституція особистості, абстрактне мислення, мова, емоції та їх диференціація і т. д.). Більшість психічних систем свій розвиток починають з дитинства, отже, і нейронні мережі мозку формується досить рано.

**Розвиток особистості** – формування відповідної поведінки. *Це означає, що психічні та психосоматичні розлади є порушеннями функцій поведінки, засвоєної в процесі навчання і що ці порушення мають у своїй основі культуральні та соціальні коріння.*

Психічні та психопатологічні феномени є комплексними утвореннями, отже вони багатофакторні. А багатофакторність передбачає наявність безлічі пояснень, гіпотез, теорій, заснованих на різних наукових позиціях і точках зору, щоб якось підібратися до розуміння складних психічних феноменів. Багатоосьовий підхід ОПД заснований на цьому плюралізмі пояснень. Цей підхід схожий на індійську притчу про те, як кілька сліпих обмацували

слона, кожен доступну йому частину. Усі частини належать слону, всі частини пов'язані між собою, і кожен правильно описує свою частину, але не слона, не ціле.

Зауважимо, що з першого по четверту вісь ОПД не незалежні один від одного в тому, що і як вони описують. Вони швидше описують з різних точок зору різні аспекти особистості або глибинні несвідомі явища, які, безумовно, пов'язані один з одним.

**Оперраціоналізація осей згідно з ОПД-2. Сучасний психоаналіз та ОПД.** Після публікації перших робіт Зигмунда Фрейда минуло понад 100 років. За цей час суспільство, наука, психологія, психотерапія та й сам психоаналіз невідомо змінилися. Сучасний психоаналіз переглядає багато фундаментальних положень класичного психоаналізу, відмовляючись від цього, що знайшло підтвердження у сучасних експериментальних дослідженнях. Наприклад, не підтвердився поділ З. Фрейда на первинний та вторинний процеси, орієнтованих на принцип задоволення та принцип реальності відповідно. З народження у немовляти можна одночасно спостерігати прояви як первинного, так і вторинного процесів. Періодизація сексуального розвитку З. Фрейда, згідно з якою виділяються фази, що послідовно змінюють одна одну: оральна, анально-садистична, фалічно-едипальна, латентна, пубертат, також становить сьогодні лише історичний інтерес. Як показують дослідження дитячого віку, вже на першому році життя у дитини можна спостерігати одночасні прояви процесів, які раніше відносили до більш пізніх фаз розвитку.

**Сучасний психоаналіз спирається на три базові складові:**

1. Аналіз відносин – це друга вісь по ОПД;
2. Аналіз конфліктів – це третя вісь по ОПД;
3. Аналіз структурного рівня розвитку особистості – це четверта вісь по ОПД.

## **ВІСЬ І: ДОСВІД ЗАХВОРЮВАННЯ І ПЕРЕДУМОВИ ДО ЛІКУВАННЯ**

**Введення.** Мета будь-якого терапевта (психіатра, інтерніста, психотерапевта) – це лікування пацієнта, досягнення максимального лікувального ефекту, максимально можливе відновлення здоров'я.

З цією метою проводиться діагностика захворювання, визначаються клінічний та остаточний діагнози, показання до терапії, тактичні та стратегічні завдання терапії, методи терапії тощо. Але для цього важливо враховувати, яким чином захворювання сприймається та інтерпретується пацієнтом, тобто якого досвіду набуває пацієнт у ході свого захворювання і які передумови до терапії формує.

Будь-який метод терапії тією чи іншою мірою спирається на емоційну та когнітивну готовність пацієнта до співпраці з терапевтом. У клінічній практиці цей процес визначається як комплаєнс, і встановлення цього комплаєнсу має суттєву роль для досягнення клінічного ефекту терапії. Для визначення показань до психотерапії важливо враховувати суб'єктивні страждання пацієнта, щоб визначити, чи здатний він зрозуміти психодинамічний взаємозв'язок між хворобою та особистим оточенням, чи може пацієнт бути мотивований на заплановану психотерапію, чи може він використовувати свої особистісні та соціальні ресурси (у психіатричній службі частіше зачіпаються теми загальніші за свою природу).

Коли вирішується питання про показання до психотерапії з психодинамічної точки зору, крім наявності хвороби та специфічних симптомів важливо враховувати основні умови, які можуть бути причиною захворювання або впливати на його перебіг. У психодинамічній теорії як причину захворювання розглядаються аспекти особистісної структури пацієнта, типові несвідомі конфлікти, мотиви відносин із середовищем, стресові події життя і т. д. У кожному разі вибір психотерапевтичного методу, показаного у кожному даному випадку, визначається і формується очікуваннями пацієнта та її готовністю до терапії.

У клінічній практиці визначення показань і вибір методу терапії є результатом послідовного застосування конкретних кроків. Насамперед вирішується питання вибору терапії, виходячи з наявної хвороби або комплексу проблем, а також психологічних змінних, на ґрунті яких вони виростають. Наступний крок – дослідження того, який тип установок до лікування та мотивації до змін демонструє пацієнт. Тут повинні враховуватися як ресурси особистості та обмеження або перешкоди, які тим чи іншим чином можуть мати відношення до терапії та впливати на неї, так і певні

мотивації пацієнта на терапію, і приводити їх у відповідність до показань загальноновизнаних методичних рекомендацій.

Це означає, наприклад, що для пацієнта, для якого терапією вибору є конфлікт-центрована, орієнтована на розуміння терапії відповідно до умов, що існували на початку психічного захворювання та їх особливостей, має бути визначено:

1. наскільки пацієнт має необхідні ресурси для подолання умов, пов'язаних з терапевтичним процесом, а саме, який рівень саморефлексії або рівень емоційного стресу, який може бути винесений пацієнтом;

2. як сильно він вмотивований до співпраці з терапевтом у межах психотерапевтичного підприємства. У випадках, коли існують внутрішні або зовнішні перешкоди або обмеження для участі в терапії, повинен бути обраний інший метод (підхід) або терапевт повинен «підвести» хворого до роботи з цим методом.

#### **Досвід захворювання та передумови до лікування: вісь I.**

**Вісь I** визначає фактично той досвід, який набуває і переживає пацієнт під час своєї хвороби. Він включає емоційні, когнітивні та поведінкові процеси, на які впливають такі фактори, як: 1) генез захворювання і ступінь вираженості (тяжкості) актуального захворювання, 2) соціальне оточення, 3) взаємини лікар-пацієнт, 4) особистісні характеристики пацієнта 5) мотивація пацієнта до терапії. Усі ці чинники взаємодіють між собою.

**Походження та тяжкість наявного захворювання. Захворювання може впливати на переживання хвороби різними способами:**

- за допомогою фізичних або психічних симптомів та порушень, пов'язаних з гострим або хронічним захворюванням;
- за допомогою діагнозу як такого – медичний діагноз має різні значення для людини – від «вітальної загрози» (наприклад, рак) до «стигматизації» (наприклад, СНІД, шизофренія);
- за допомогою різних процедур, які потрібні при лікуванні (інструментальні дослідження, трансплантація органів, прийом психотропних засобів);

- за допомогою всіх перерахованих факторів, які можуть змінити соціальну адаптацію індивіда (втрата роботи, соціальна ізоляція).

Ці чинники стають «стресорами», які залежно від перебігу хвороби на різних її етапах надають різний вплив на зміст та характер переживань хвороби. Тобто, немає лінійного зв'язку між тяжкістю захворювання, його переживанням як загрози та суб'єктивними стражданнями хворого. Роль соціального контексту: ставлення лікар-пацієнт. Ключову роль формуванні особистісних показників під час його соціалізації грають економічні, соціальні та нормативні вимоги суспільства. Особливо важливим у досвіді переживання хвороби є матеріальні та інституційні умови в системі охорони здоров'я кожної країни, наукова орієнтація та стандарти охорони здоров'я, а також відповідні уявлення та орієнтації щодо здоров'я та хвороби. *На цьому фоні важливі не лише концепції розвитку хвороби та лікування, а й характерні стигматизації та забобони, які можуть впливати на уявлення людей щодо таких категорій як «здоров'я», «хвороба», «лікування».*

Оцінка хворобливої поведінки як девіантної, створення індивідуальної концепції захворювання та лікування, переживання та подолання хвороби на індивідуальному рівні залежать від інстиційного стилю мислення медичних працівників, від соціополітичних факторів, від парамедичних та навколо наукових концепцій. Особливості медичної служби впливають через взаємини «лікар-хворий». У нашій системі охорони здоров'я, та й взагалі у багатьох європейських системах, з її орієнтацією на «органічну модель» хвороби, пацієнту наказується пасивно-сприймаюча роль у процесі діагностики та лікування. І тим самим практично не враховується його власний індивідуальний емоційний досвід у розумінні походження хвороби. Тобто, відносини «лікар-хворий» сприяють підтримці нормального фізичного стану, що акцентує увагу пацієнтів на соматичному здоров'ї, та сприяють соматизації здоров'я.

**Особистісні риси.** З погляду психодинамічної теорії досвід переживання хвороби розглядається як наслідок характерних особистісних особливостей. Особливого значення має у цьому

контексті структура особистості. Вона включає вимірювання, що описуються віссю IV ОПД-2 – «структура». Серед них виражені в цифрах процеси самосприйняття, толерантності до стресу та репертуар індивідуальних Его-функцій (тобто тип захисного механізму, толерантність до фрустрації або тривоги).

Особистісні характеристики та конфігурації інтрапсихічних конфліктів є факторами, які впливають подвійним чином:

1) на прояви хвороби;

2) також на те, як людина переживає хворобу і справлятися з нею. Це застосовується до всіх трьох типів хвороб: психічних, психосоматичних та органічних. Тип особистості передбачає відповідну структуру емоційних, когнітивних та поведінкових проявів, що відображають досвід поведінки щодо хвороби. Таким чином, характеристики Вісі I, тобто досвід хвороби та лікування, тісно пов'язані з особистісними характеристиками і ними пояснюються.

**Релевантні теоретичні конфлікти Вісі I.** Серед цих конструктів автори ОПД-2 виділяють такі змінні: суб'єктивні страждання, концепція захворювання, особисті ресурси, психологічна схильність, психосоціальна підтримка, вторинний зиск від хвороби, мотивація до змін. Вже перелік цих понять підводить нас до розуміння через що, як і чим формується досвід хвороби та передумови до терапії.

**Суб'єктивні страждання.** Ще З. Фрейд бачив у суб'єктивному стражданні пацієнта умови для підготовки пацієнта до терапії. Він стверджував, що «первинний мотив, рушійна терапія – це страждання пацієнта і походження від них бажання бутивилікованим». Це – необхідна умова для терапевтичної мотивації.

Суб'єктивні страждання мають прогностичне значення. Вони є підставою для того, щоб припустити, що очікує пацієнт від процесу терапії. Концепція захворювання. І лікар, і пацієнт мають свої уявлення про хворобу взагалі та психічну хворобу, зокрема. Найчастіше ці уявлення (моделі хвороб) несумісні, і тому ведуть до виникнення проблем під час вирішення терапевтичних задач. Але терапевту архіважливо і він повинен зуміти використовувати ідеї та уявлення пацієнта про хворобу (тобто його концепцію хвороби) для забезпечення успішності терапевтичного процесу.

**Особисті ресурси.** Як ресурси особистості розглядаються такі характеристики особистості і похідні від них здібності, які допомагають пацієнту конструктивно і адаптативно впоратися з проблемами, хворобою та їх наслідками. Дуже важливо мати на увазі, що в умовах подолання хвороби слід відрізнити особистісні характеристики, що виходять з її структури, і проявів хвороби. До характеристик, що виходять із структури особистості, належать автономія регулювання самоцінності, переживання об'єктної стійкості, гнучкий контроль над імпульсами, толерантність до фрустрації та конфліктів, афективна диференціація. Ці особистісні характеристики оцінюються на осі IV «структура». У контексті особистісних ресурсів цікаві такі характеристики, як: досвід і ефективність Я, активний і здоровий спосіб життя, здатність радіти, адаптивні відносини, здатність належати іншому, здатність дистанціюватися від себе, здатність розслаблятися, оптимістичне ставлення до життя, здатність виносити страждання, соціокомунікативні та емоційні здібності.

**Психологічна схильність.** Ця характеристика розуміється як відкритість людини до психологічних роздумів про причини і значення існуючих фактичних, психічних і поведінкових проблем. Психологічна схильність стосується в основному здатності та схильності пацієнта до прийняття психореактивного походження його скарг. Silver (1983) описав психологічну схильність як «прагнення пацієнта до дослідження можливих значень і причин його внутрішнього і зовнішнього досвіду, а також здатність пацієнта орієнтуватися на внутрішньопсихічні фактори більше, ніж на фактори зовнішнього середовища і концептуалізувати відносини між думками, почуттями і діями». У психоаналізі психологічна схильність розглядається як предиктор успішності психотерапії, тому що пацієнт повинен бути здатний скористатися техніками психодинамічної терапії, які спрямовані на народження значних інсайтів, для того, щоб винести користь з психотерапії. Іншими словами, психологічна схильність це інсайт, інтроспекція та самооцінка пацієнта.

**Психосоціальна підтримка.** Це характеристика, яка відображає взаємодії пацієнта (його особистісних аспектів) з факторами середовища (родина, друзі, знайомі), та їх взаємовпливи. Психосоціальна підтримка розглядається як ресурс,



як захисний фактор. *Прийнято розрізняти два аспекти соціальної підтримки: структурний та функціональний.*

*Структурні аспекти* соціальної підтримки розглядаються у контексті соціальної інтеграції. Вони включають число людей, які доступні для пацієнта контакту, частоту, глибину і тривалість контактів, якість людей, доступних спілкуванню, а також соціальні спільноти, частиною яких є людина або які їй доступні. З іншого боку спектру соціальної підтримки виявляється соціальна ізоляція.

*Функціональний аспект* соціальної підтримки позначає взаємодії, покликані змінити хворобливу проблему того, хто шукає допомоги, або роблять страждання терпінням звернення за допомогою. Соціальні взаємодії мають безліч змістів. Вони можуть бути емоційні, інструментальні чи інформаційні.

**Вторинна вигода від хвороби.** Традиційно психоаналіз відрізняє «первинну» і «вторинну» вигоду від хвороби. Небажані несвідомі внутрішні потяги, породжені певною потребою (драйви), задовольняються за допомогою формування симптомів, що призводить до зниження напруги. Пацієнт відчуває при цьому деяке полегшення завдяки тому, що «засуджені» імпульси драйвів безпосередньо не виявляються поза. Це первинний зиск від хвороби. Так формується, наприклад, невроз. Внутрішня вигода від хвороби бачиться як продукт задоволення, яке отримує індивід, більш менш «усвідомлено», через його хворобу. Це може включати підтримуючі та полегшувальні реакції з боку оточення пацієнта.

Через хворобу і у зв'язку з цим пацієнт задовольняє свою потребу «не підкорятися» вимогам, які виставляє перед ним його оточення та середовище (наприклад, сім'я, робота, родичі тощо). «Вростання» в роль хворої людини включає в себе, як правило, серію компенсацій. Вони можуть містити: неможливість працювати, вихід на пенсію, визнання інвалідом, звільнення від соціальної відповідальності та зобов'язань тощо, задоволення потреб сім'ї хворого: фінансове полегшення, допомога зі страхування тощо. Концепція вторинної вигоди від хвороби має також стигматизуюче та дискримінуюче значення для пацієнтів, якщо вигода підтримує хворобу. Зрештою, слід враховувати, що

наслідки хвороби в кожному випадку мають різне значення для особистості та її оточення.

**Мотивація до змін.** Мотивом активного пошуку терапії для пацієнта з соматичним або психічним захворюванням є його суб'єктивні страждання. На їх тлі пацієнт будує свою суб'єктивну теорію про походження розладу (концепцію хвороби), шукає інформацію про проблему, формує ставлення до можливих методів терапії. На розвиток суб'єктивної концепції хвороби, ставлення до терапії та мотивацію впливають особистісні особливості пацієнта, аспекти хвороби, соціальні та медичні аспекти. До початку терапії, терапевту слід диференціювати мотивації пацієнта – чи орієнтується він на соматичну модель лікування, чи вмотивований він на психотерапевтичне лікування чи шукає соціальної допомоги та підтримки.

З метою підвищення ефективності Вісь І в галузі психіатрії автори передбачили два модулі – базовий та додатковий, які пов'язані один з одним. Базовий модуль – психотерапевтичний. Додатковий модуль призначений для вирішення специфічних психотерапевтичних завдань, наприклад, для роботи із залежними або судовими пацієнтами.

**Укладання.** Копінг це те, як людина справляється з хворобою. Вісь І оцінює зокрема копінг-стратегію пацієнта.

*На переживання хвороби впливають такі фактори, як:*

- характер і тяжкість захворювання;
- соціальне оточення (один, або є близькі, бідний чи багатий);
- відносини «лікар-пацієнт» – чи є довіра, повага;
- психосоціальне оточення (підтримка, любов);
- особливості особистості (різне ставлення до хвороби, з типу особистості);
- мотивація на лікування.

У OPD виділяються такі критерії, за якими оцінюють шкалу-1. Ці критерії більш тонко, у свою чергу, поділяються на:

1. Тяжкість симптому;
2. Гніть страждань (суб'єктивне переживання скарги):

- наскільки порушено сприйняття себе після виникнення хвороби
- вторинна вигода від хвороби
- адекватність суб'єктивних порушень – наскільки суб'єктивне бачення відповідає дійсності.

### **3. Очікування від лікування та готовність прийняти лікування:**

3.1. Здатність прийняти положення психоаналізу, медицини про хвороби, зв'язок між симптомом та психічним станом.

- ставлення пацієнта до обраної форми лікування;
- мотивація на психотерапію;
- мотивація до соматичного лікування.

### **4. Ресурси:**

4.1. психосоціальна інтеграція – наскільки людина організована;

4.2. особистісні ресурси (наскільки особистість сильна, наскільки людина мужня);

4.2. соціальні ресурси (допомога сім'ї, близьких);

4.3. соціальна підтримка – можливість отримати фінансову допомогу (спонсор, страхівка і т. п.).

## **ВІСЬ II: МІЖОСОБИСТІСНІ ВІДНОСИНИ**

Всі основні психотерапевтичні школи та напрямки визнають міжособистісні відносини як один з основних чинників походження психічних розладів. У психодинамічній психотерапії відносини людини з іншими – як він їх будує, як переживає, – розглядаються як одне з найважливіших питань.

Інтрапсихічні конфлікти призводять до дисфункціональних взаємовідносин з середовищем, але в той же час вони є результатом специфічних відхилень, девіацій, порушень у відносинах із середовищем.

Діагностика міжособистісних взаємин у контексті ОПД досліджує ці складні явища у точці «перетину» екстра та інтрапсихічних рівнів. На стику перетину цих рівнів реалізується поведінка людини. Автори ОПД розуміють поведінку, як відображення динаміки між більш-менш усвідомлюваними бажаннями людини з тривогою, занепокоєнням, які виникають інтрапсихічно, а також його занепокоєнням про те, як інші люди

можуть реагувати на його бажання. Тривога і занепокоєння може бути пов'язані з конфліктами чи зумовлені структурою особистості. Звична поведінка може розумітися як динамічна психологічна компромісна освіта між бажаннями і пов'язаних з ними тривогою і занепокоєнням у відносинах. Тобто це міжособистісне ставлення, яке виникає у пацієнта, щоб домінувати над його зовнішнім світом. До диференціальних патернів відносин відносять специфічні прояви, які досить болючі для пацієнта і походять із звичного для нього поведінки у відносинах.

Досвід відносин та їх інтрапсихічна організація. Автори виходять із того, що діти розвивають постійний стиль поведінки та адаптуються у середовищі у відповідь на умови та відносини, які пропонуються опікунами (тобто, батька, насамперед). Ці відносини демонструють близькість дітей до своїх дорослих і забезпечують їм безпеку. Діти не лише ідентифікують себе з дорослими (опікунами) та сімейними стосунками та адаптуються до них, а й самі впливають на них та змінюють їх із самого початку життя.

Отже, дитина ідентифікується з тими моделями відносин (патернами), які домінують у середовищі, в той же час сама значною мірою змінює ці патерни. І оскільки засвоєний досвід відносин також містить протиріччя між Я та образами об'єкта, вони стають важливою частиною формування способів організації інтрапсихічних конфліктів (вісь III – конфлікт). Отже, тяжкість психопатології визначається тим, як досвід відносин формує життєву історію.

**Міжособистісна презентація інтрапсихічних конфліктів та структур.** Люди у своїх взаємовідносинах з іншими людьми зацікавлені у створенні атмосфери безпеки, особистого благополуччя та довіри, оскільки така атмосфера підтримує інтрапсихічну рівновагу для кожної із залучених до взаємодії сторін. Причин порушення цього рівноваги може бути величезна кількість. Позицію, яку займає людина у міжособистісних відносинах, визначають трансферентні процеси (процеси перенесення), що ґрунтуються на несвідомих бажаннях (Freud, 1925 (1912)). Було показано, що з ступеня інтенсивності негативних патернів (моделей) відносин залежить тяжкість психопатологічних проявів. Важливу роль у цьому відіграє

структурна вразливість, яка може призводити до порушень у саморегуляції в якихось ситуаціях. Це спричиняє раптові захисні реакції, які згодом роблять будь-які взаємодії більш важкими і викликають деформації, відхилення у відносинах.

Чим більше особистість обмежена у своїх здібностях і можливостях захисту, тим більше вона залежить від зовнішніх впливів, тим менше вона захищена від нового складного досвіду. Тим більше вона намагатиметься не виходити за межі звичного досвіду з метою захистити себе.

Ми часто спостерігаємо, що пацієнти прагнуть створювати з партнерами взаємодії щодо стабільні та незмінні відносини. Нестабільні, конфліктні та дихотомічні відносини (наприклад, у випадках прикордонних особистісних розладів) призводять до дезінтеграції відносин. Порушується адекватне сприйняття бажань та потреб інших ситуацій в цілому. На противагу цьому можна говорити про міжособистісну гнучкість, коли пацієнт може мати різноманітні стосунки. Така гнучкість залежить від здатності Его бути посередником між внутрішніми потребами індивіда та вимогами Супер-Его та оточення. Захист механізми охороняють Его в цій функції і створюють стан стабільної внутрішньої рівноваги. Якщо це працює успішно, особистість здатна більш менш бути у згоді з внутрішнім світом інших людей, знаходиться в їх контексті: сприймати їх бажання, тривоги, стратегії поведінки і т. д. Той, хто володіє цим, має більше здібностей до регуляції його соціальних відносин залежно від особливостей і контексту ситуації. З діагностичних позицій така гнучкість може вказувати на те, що пацієнт має широкі можливості для управління та формування відносин із середовищем.

**Діагностика готовності пацієнта до переносних відносин.** Психодинамічна діагностика заснована на припущенні, що в процесі встановлення терапевтичного контакту пацієнт несвідомо індукує центральний патерн відносин, за допомогою якого наділяє терапевта певною трансферентною роллю (концепція Sandler про реактивність). Роль приписується психотерапевту або будь-якій іншій значущій особі.

Досвід міжособистісних відносин суб'єктивно переробляється пацієнтом, потім піддається інтерналізації, тобто переходить у стійкі внутрішні якості особистості через засвоєння

цього досвіду, як «готовність» реалізувати певні переносні конфігурації. У людських відносинах момент невротичного спотворення може призводити до розвитку дезадаптивного порочного кола, до особистісних очікувань, які від самого початку приречені на провал і ведуть до негативної самооцінки.

**Невротичне перенесення в психотерапії** – це виборче прагнення до певних аспектів особистості та поведінки інших, зокрема, психотерапевта, що визначається пацієнтом, а також – несвідома така поведінка, яка провокує реакції, які конгруентні (тобто, збігаються) з його очікуваннями. Завдання терапевта в цих випадках полягає в тому, щоб не діяти точно так, як очікує пацієнт, а швидше інтерпретувати трансферну «готовність» пацієнта і допомагати йому отримати новий досвід у безпечних відносинах.

Перенесення ще з часів З. Фрейда розумілося як «зміщення досвіду переживань від первісного об'єкта на інший або перенесення енергетичних вкладень з внутрішньої репрезентації одного об'єкта на інший. Тобто перенесення бачиться як захист, як допомога. Спочатку перенос розумівся як односпрямоване явище, що стосується лише пацієнта. Але сьогодні вважається, що в кожній терапевтичній ситуації і терапевт, і пацієнт здійснюють перенесення. Цей процес отримав назву *«сценічне програвання»* (мі зансцена). Jacobs вважає програванням така поведінка у відносинах терапевт-пацієнт, яка виникає у відповідь на конфлікти та фантазії, що виникають у ході терапевтичного процесу: будь-яке програвання містить у собі аспекти перепрогравання, тобто пожвавлення у свідомості минулого досвіду.

Діагностика відносин у ОПД орієнтована на поточний досвід та поведінку в ході міжособистісних ситуацій та концепцію перепрогравання. Перепрогравання як центральна концепція психодинамічної психотерапії можна емпірично довести з допомогою відповідних методів. Ми не будемо зупинятися на розгляді та аналізі поданих даних, отриманих за допомогою спеціальних методів операціоналізованої психодіагностики. **Ми просто перерахуємо ці інструменти:**

1. Структурний аналіз соціальної поведінки SASB (Benjamin, 1972, 1982);

2. Визначення центрального конфлікту відносин – CCRT (Luborsky / Grits-Christoph, 1990);

3. Метод формулювання плану (Weiss / Sampson, 1986);
4. Конфлікт рольових відносин (Horowitz, 1991);
5. Досвід переживання терапевта пацієнтом – PERT (Hoffman / Gill, 1998);
6. Циклічний дезадаптивний патерн – CMP (Strupp / Binder, 1993).

Всі ці методи єдині в тому, що у фокусі їх дослідження знаходяться міжособистісні взаємодії. Їх спектр поширюється від вивчення мікроскопічних індивідуальних актів мови (SASB) через опис індивідуальних компонентів взаємодій (бажання, тривоги, реакції об'єктів), до дослідження інтрапсихічних і міжособистісних схем, аж до обстеження механізмів переносу в психодинамічній терапії.

**Концепція діагностики відносин у ОПД.** Метою діагностики є ідентифікація у пацієнта звичних дисфункціональних патернів у стосунках. Дисфункційні патерни відносин можуть бути розуміються як специфічні міжособистісні конфігурації, в яких поведінкові патерни пацієнта переплітаються з патернами інших людей у відношеннях, щоб сформувати повторюваний гештальт. Ці конфігурації можуть бути описані з точки зору досвіду переживань пацієнта, і з точки зору інших.

*Результатом цього є 4 аналітичні одиниці, до яких ми ставимося як до міжособистісних позицій:*

- Як пацієнт сприймає самого себе;
- Як пацієнт сприймає інших;
- Як інші сприймають пацієнта;
- Як інші сприймають себе з пацієнтом

Наступна вимога, яку ставить концепція діагностики відносин ОПД – це стандартизований опис міжособистісних відносин. Це завдання вирішується за допомогою циркумплексної моделі міжособистісних відносин. Ця модель виходить з того припущення, що люди орієнтують свою поведінку у відносинах з іншими людьми таким чином, щоб вона підходила під опис певного статусу або створювала бажаний ступінь близькості.

**Модель розроблена в рамках психології особистості, соціальної та клінічної психології.** Кожен приклад міжособистісної поведінки має свій, цілком протилежний тип поведінки. Дані взаємини представлені схематично на малюнку 1,

на якому вони розташовуються на колі один проти одного по горизонталі. Горизонтальна вісь представляє вимір прийняття: праве становище означає прихильність, дружню позицію; ліве – відкидання, ворожість. Вертикальна вісь відповідає взаємозалежності, на одному полюсі якого знаходиться автономність і незалежність, на протилежному – контроль та підпорядкування. Кожна з категорій, що лежать вздовж кута 45°, розглядає якості відносин, вони відображають пропорцію вимірювань прийняття та контролю.

Оцінка поведінки пацієнта у відносинах з оточуючими людьми проводиться методом клініко-діагностичного інтерв'ю. Це інтерв'ю допомагає виявляти головний дисфункціональний патерн відносин пацієнта у різних сферах його життя. Цей патерн визначається за допомогою вивчення 4-х міжособистісних позицій, тобто описом поведінки пацієнта та його партнерів щодо взаємодії з двох точок зору переживання цих відносин: з точки зору самого пацієнта та з точки зору партнерів щодо взаємодії. Опис використовує стандартизований перелік видів поведінки, що походять із циркумплексної моделі Бенджаміна.

**Висновок. Психоаналітична психотерапія** – це перш за все робота із стосунками. Ефективна методика аналізу відносин та виділення Центральної теми конфліктних відносин (ЦТКО) розроблена американським психоаналітиком Лестером Люборським.

*Лестер Люборскі пропонує оцінку відносин за трьома сферами:*

- 1) відносини між пацієнтом і психотерапевтом (перенос / контрперенос);
- 2) актуальні відносини поза психотерапії;
- 3) відносини з минулого.

**Загальний елемент** – і є ЦТКО. В ОРД всі відносини розкладаються на три складові:

- бажання;
- очікування;
- побоювання (страхи).

## **ВІСЬ III: КОНФЛІКТ**



Поняття конфлікт у загальному сенсі означає наявність різних конкурентних позицій всередині однієї людини (внутрішня боротьба мотивів, бажань, цінностей, ідей) або між кількома людьми. Усі психологи, незалежно від належності до тієї чи іншої психологічної школи, визначають конфлікт як «зіткнення діаметрально протилежних тенденцій поведінки (мотивів, потреб, бажань)». Відмінності між їх підходами полягають у поясненні причин виникнення конфліктів.

Концепція конфлікту має вирішальне значення для психодинамічного розуміння. З часів З. Фрейда конфлікти розглядаються як причинні фактори виникнення неврозів. Тому конфлікти описуються як викликані «несумісними ідеями» стану, інакше кажучи, ідеями, які не знаходять згоди з нормами, цінностями та думками. Ці бентежливі думки є суб'єктом для витіснення, захисту і таким чином стають несвідомими. Для Фрейда причини конфліктів універсальні, і лежать вони у протиріччі, що існує між принципом задоволення та зовнішньою реальністю. Тобто психодинамічні конфлікти є внутрішніми, несвідомими конфліктами.

Їх слід відмежовувати від стресових конфліктів, які можуть бути як зовнішніми, так і внутрішніми. Внутрішні несвідомі конфлікти відіграють вирішальну роль у виникненні психічних та психосоматичних розладів. До патології можуть призводити також і свідомі стресові зовнішні та внутрішні конфлікти, якщо вони інтенсивні та стійкі.

Концепція психодинамічних конфліктів ґрунтується на фундаментальному припущенні, що поведінка людини постійно піддається впливу несвідомих думок, бажань та ідей, які призводять до зростання напруги. Але що ми знаємо про несвідоме? За великим рахунком, нічого! Мабуть, крім того, що всі психічні процеси за своєю природою несвідомі: людина не може простежити, як працює її мозок, як формуються думка, пам'ять, бажання, мова. Але система ОПД дає можливість виводити несвідомі процеси та операціоналізувати їх за допомогою спостереження та дослідження комунікації людини, а також за допомогою непрямих параметрів.

**Міжособистісна поведінка по відношенню до інших:**

– *надавати автономність;*

- *ігнорувати;*
- *визнавати;*
- *нападати;*
- *любити;*
- *знецінювати;*
- *захищати;*
- *контролювати;*

**Міжособистісна поведінка по відношенню до себе:**

- *вимагати незалежності;*
- *усунути;*
- *бути доступним;*
- *унікати;*
- *приймати любов;*
- *відчувати себе зачепленим;*
- *чіплятися (за інших);*
- *підкорятися.*

**Відношення конфліктів та структури.** Існування внутрішніх, несвідомих та діючих конфліктів пов'язане з певною структурою Его, без якої конфліктні процеси неможливі. Его та його структура формується протягом усього життя, з раннього дитинства. Травми в дитинстві (особливо значні) загрозливі певними негативними наслідками, які призводять до структурних дефіцитів особистості, до затримок розвитку. Конфлікт і структура, таким чином, можуть розглядатися як фігура і фон, де фігура – конфлікт, а фон – структура; або як гра (тобто конфлікт), яка розгортається на сцені (тобто структура): сцена – попередня умова для гри. У клінічній практиці ми щодня стикаємося з безліччю прикладів взаємодії між структурою та конфліктними умовами.

Зневажливе ставлення у дитинстві створює негативний фон у дитини, яка згодом заважає інтеграції та розвитку дитини. Тобто створюється певний фон, яким є структура. Цей фон блокує рівновагу або унеможлиблює, що порушує мотивації зростаючого організму (особистості), викликає у нього труднощі інтеграції. У свою чергу, це викликає конфліктні ситуації, які засмучують взаємини між людьми, їх бажання та цінності. При невротичних дисфункційних конфліктах виникають більш жорсткі рішення, активна зайва компенсація, що спричиняє зайву афективність,

нарцисичну лютю, знецінення інших. При низькому рівні структурної інтеграції порушується стабільність его-системи. Самооцінка коливається від грандіозності з ідеалізацією свого Я до знецінення із почуттям непридатності. Повторювані конфлікти та тригер-ситуації призводять до появи клінічних симптомів. Якщо симптоми сильно виражені, то вони демонструють конфліктну особистість, яка може призвести до особистісного розладу МКХ-10. Йдеться про те, що особистісний розлад (наприклад, obsесивна особистість) містить не лише конфліктну (невротичну) особистість, де неадаптивні рішення призводять до відповідних клінічних порушень і поведінки людини, але також особистісного розладу, який демонструє переважно структурний дефіцит.

**Конфлікт та провідний афект.** У ситуації інтерв'ю з психотерапевтом конфлікт стає очевидним за допомогою перенесення та контрперенесення, а також за допомогою домінуючого афекту, наприклад, нарцисичної люті після образи. Мотиви пов'язані з емоціями, емоції є реалізацією мотиваційного потенціалу (Buck, 1988). Це особливо стосується базових емоцій: гнів, смуток, страх, огида, інтерес, подив і щастя.

**Емоції** – це біопсихосоціальний механізм регуляції виживання. Вони інформують тіло та дають сигнали (гнів попереджає про атаку). Емоції (щастя, смуток, ангедонія) мають захисні функції (здивування, страх), функції у сфері відносин, інтерсуб'єктивної орієнтації людини у світі (цікавість, втрата інтересу). Вони проявляють себе і як короткостроковий афект, і як фоновий феномен (напруга, розслаблення, нервозність, безвихідь і т. д.). Усі емоції мають соматичні прояви, але з виражаються мимічно (Damasio, 2003).

На базі первинних інстинктивних емоцій у людини формуються складніші соціальні емоції, які виникають у строго певних соціально взаємодіючих контекстах: емпатія, сором, гордість, ревності, вдячність, захоплення і зневага. Кожна з цих емоцій, виникаючи з урахуванням первинних, обумовлюється індивідуально-соціальними чинниками, виникає з моральних відносин, взаємовідносин Его і Супер-Его тощо.

**Емоції складаються з кількох компонентів:** моторних, автономних, мимічних, усвідомлення (почуттів), регуляції

поведінки. Усвідомлення небажаних емоцій, особливо які під впливом вищих психічних функцій, одна із найважливіших зрілих кроків людини. Там, де дорослішання відбувається успішно, емоції все ще можуть бути трансформовані і змінені механізмом захисту (раціоналізація, афективна ізоляція, звернення проти себе і т. п.), або можуть бути спроби психологічного захисту аж до максимально можливого ступеня (витіснення).

**Що рухає людиною – від мотивації до конфлікту.** Мотиваційні системи людини мають біологічну основу (інстинкти), але вони змінюються і формуються через навчання. Їх розвиток є поточним довічний процес, який має минуле, виявляє себе «тут-і-зараз» і вказує на майбутнє.

У загальній психології мотивації найвідомішою є модель Маслоу (1970), що складається з ієрархії потреб: від нижчих до вищим. Спочатку задовольняються базові потреби, і потім відбувається перехід на наступний мотиваційний рівень. Базові потреби включають біологічні, інстинктивні потреби (їжа, секс), потім формується потреба у безпеці, потреба у прихильності (жити з іншими і бути коханими); слідом йде формування мотиваційної системи самооцінки (потреба в самооцінці та визнанні іншими). З базових потреб наприкінці формуються когнітивні потреби (потреба у знаннях, розумінні, досвіді).

Базовими потребами розвитку раннього дитинства є (по Emde, 2005): активність, саморегуляція, соціальна орієнтація, моніторинг афектів та когнітивні дозрівання. У психоаналізі важливим є положення, що поведінка в людині проявляється певним чином – несвідомо і в індивідуальній манері.

*Ranksepp (1998) ідентифікує п'ять фундаментальних мотиваційних систем:*

1. пошукова система (цікавість);
2. система задоволення (сексуальність);
3. система люті (самоствердження);
4. система страху (безпека);
5. система сепараційного дистресу (прив'язаність) із субсистемою турботи.

*Lichtenberg (1989) на противагу нейробіологічним дослідженням, описує п'ять елементарних різних мотиваційних*

*систем, які засновані на поведінці і спостерігаються буквально від народження:*

1. необхідність задовольняти фізіологічні потреби;
2. потреба у прихильності;
3. потреба в саморозвитку та дослідженні;
4. потреба у суперечності та віддаленні;
5. потреба у чуттєвому задоволенні чи сексуальному збудженні.

Кожна мотиваційна система має біологічну основу; вона (мотиваційна система) походить з вроджених і придбаних патернів взаємодії. У своєму розвитку вона оформляється на основі досвіду міжособистісної взаємодії. Доброприємний розвиток призводить до стабільності. У випадках помітного диссонансу між потребами, бажаннями та їх задоволенням виникають конфліктні патерни. Найбільш добре розроблено мотиваційну модель Bishof (1985), яка комбінує все, що відомо в галузі етіології з психодинамічний підхід. Ініціальні потреби формуються на основі потреби у прихильності, пов'язаних із прагненням до безпеки, та почуття пригоди (ризик), поєднаного з прагненням до збудження. Ініціальні потреби слідує за цікавістю, потребою в самоефективності та сексуальності.

Якщо підсумовувати вищевикладене в біопсихосоціальну теорію, то стає очевидним, що на початку людського розвитку лежить потреба у фізіологічному задоволенні, самозбереженні та регуляції, спрямованих на інтерсуб'єктивний світ (любовство, збудження, безпека). Потім слід потреба у прихильності з бажаннями просторової близькості, комфорту та благополуччя, безпеки, приналежності, переживання турботи, інтимності та ніжності. Але в основі мотиваційної системи (комплексу), крім потреби у прихильності, націленої на досягнення стану безпеки, лежить і прагнення до незалежності, автономності, самоствердження, бажання володіння та власності (контроль, влада).

На 3-му чи 4-му році життя розвивається потреба в зарозумілості разом із самооцінкою. Ця потреба виникає разом з розвитком Я, будується на ньому і проявляється в наступних формах (Stern, 1985): видиме Я, ядерне Я, суб'єктивне Я, вербальне Я. У пізньому дитинстві та протягом пубертату цей

розвиток припиняється (звичайно не остаточно) та особистість ідентифікує себе тим чи іншим чином. В ідеалі (тобто у здоров'ї) йдеться про ідентичність, яка недвозначно унікальна, настільки вільна від протиріч, наскільки це можливо, з елементами само збереження, самоствердження, самоусвідомлення та соціальної компетентності. Мотиваційна система турботи та альтруїзму розгортається в близькій взаємодії з розвитком Супер-Его. Система сексуальної мотивації починається з попередніх форм тілесного задоволення і розвитком статевої ідентичності (чоловік / жінка у відносинах із соціумом).

**Попередні підходи до діагностики конфліктів.** У 1959 році *Weisman* описав три базові критерії, які повинні містити психодинамічні формулювання конфліктів:

- психодинамічне формулювання має відбуватися з описових (феноменологічних) і психодинамічних спостережень,
- мова психодинамічних формулювань має бути точним, зрозумілим і дозволяти проводити стандартизацію,
- психодинамічне формулювання конфлікту має бути виведена з клінічного інтерв'ю.

До прийняття системи ОПД цим критеріям-характеристикам найкраще задовольняв психодинамічний профіль Каролінська (*Karolinska psychodynamic Profile*). Цей профіль охоплює якість міжособистісних відносин, специфічні аспекти особистості, афективну диференціацію, тілесне усвідомлення сексуальності та соціальної релевантності. Описані такі конфлікти, як:

- 1) інтимність і взаємозв'язок;
- 2) залежність і сепарація;
- 3) риси, що контролюють особистість;
- 4) алекситимічні риси;
- 5) концепції тілесних проявів та їх значення для самооцінки;
- 6) сексуальне задоволення;
- 7) почуття приналежності;
- 8) відчуття своєї потреби.

Були й інші підходи до діагностики конфліктів (Анна Фрейд, Перрі), але вони виявилися або громіздкими, або клінічно неверифікованими.

**Конфлікт у ОПД.** З вищевикладених теоретичних і емпіричних основ, ОПД дійшла наступним визначенням «діючих» конфліктів:

1. Індивідуалізація-залежність.
2. Підпорядкування контроль.
3. Потреба турботі-самодостатність.
4. Конфлікт самооцінки.
5. Конфлікт провини.
6. Едіпів конфлікт.
7. Конфлікт ідентичності.

Цей перелік конфліктів включає як суто психодинамічні конфлікти (залежність, вина, едіпів конфлікт), так і клінічно релевантні конфлікти (турбота-самодостатність, конфлікт ідентичності). На додаток цим «діючим» конфліктам в ОПД виділяються і «спричинені стресом конфлікти» (стреси життєвих подій). Маються на увазі стресові події, які, завдяки своїй тяжкості, часто провокують боротьбу між почуттями, думками та досвідом і які проявляються конфліктами.

**Укладання.** Кожна людина одночасно відчуває протилежні бажання. Незріла особистість розриває стосунки, зріла особистість підтримує стосунки.

*У ОПД виділяється категорії конфліктів:*

- тривалі конфлікти, що існують протягом усього життя – всього виділяється сім основних конфліктів;
- ситуаційні (тимчасові) конфлікти;
- недостатня здатність до сприйняття конфлікту.

*Щоб оцінити конфлікт, використовується шість критеріїв того, як цей конфлікт проявляється:*

1. з партнером, у сім'ї, з дітьми (з тими, з ким живе людина);
2. у батьківській сім'ї, де народився пацієнт;
3. на роботі;
4. щодо власності;
5. у відносинах у соціумі, групі, з друзями;
6. у відношенні до хвороби, відносини з лікарем (психотерапевтом).

У нормі людина знаходить золоту середину, у патології – полюс, крайнощі: позитивний і негативний модули.

### **Виділяються такі конфлікти:**

#### **I. Тривають «тривалий час»:**

##### **1. Конфлікти, що тривають тривалий час:**

- залежність / автономія;
- підкорення, покірність, смиренність / контроль;
- бажання обслуговування, надання допомоги / автаркія (незалежність);
- конфлікти самооцінки (нарцисичні конфлікти, цінність себе / цінність об'єкта);
- конфлікт Над-Я та конфлікти провини (егоїстичні тенденції / просоціальні тенденції);
- едипально-сексуальні конфлікти;
- конфлікти ідентичності (ідентичність / дисонанс);

##### **2. Обмежене сприйняття конфліктів та почуттів:**

#### **II. Тимчасова конфліктна напруга (стрес).**

## **ВІСЬ IV: СТРУКТУРА**

**Термін «структура».** Термін «структура» описово позначає впорядковану організацію елементів в єдине ціле. Структура в психологічному сенсі позначає повну організацію та устрій психічного статусу. Вона включає все, що в досвіді і поведінці людини протікає регулярно і повторюється. Структура формує основу діючого особистого стилю, в якому людина знову і знову відновлює інтрапсихічний і міжособистісний контекст.

**Структура** – не ригідна і постійна освіта, а змінюється протягом усього життя, але настільки повільно, що створюється враження сталості. І тут вона стикається з такими поняттями, як «ідентичність», «характер», «особистість». Але з еволюційної точки зору психічні процеси та їх структура є динамічними, оскільки вони постійно формуються протягом життя людини, будучи, в той же час, заснованими на генетично детермінованих характеристиках особистості. Структура формується з дитинства і протягом життя постійно змінюється. Вона змінюється шляхом інтеграції нової інформації, встановлюючи таким чином новий набір правил доти, доки вони знову не зміняться через інтеграцію нової інформації.



**Структура у психоаналітичному сенсі.** У психоаналітичній літературі немає єдиного розуміння «структури». Проте можна виділити кілька підходів.

**Топографічно-структурна модель.** Описуючи взаємодії Его, Ід і Супер-Его, Фрейд говорить про «структурні відносини ментальної особистості». Ця модель описує взаємодії різного змісту психічного функціонування в топографії «психічного апарату, наприклад, для того, щоб розмежувати системи свідомого / несвідомого».

**Характеристика структури.** Тут йдеться про терміни, що описують характерологічні типи. Ця типологія виведена з метапсихології та вікової психології (оральна особистість, анальний характер тощо).

**Структура-Его.** Йдеться про пов'язані з характером і витікаючі з характеру клінічні прояви. Психологічна концепція неврозу говорить про істеричну, obsesивну, депресивну, шизоїдну структуру неврозу.

**Операціоналізація структури ОПД.** Розробники ОПД, спираючись на психодинамічні концепції структури, разом з тим утрималися від використання традиційних психоаналітичних термінів (по можливості, звичайно), щоб визначити поведінку та досвід пацієнта близько до того, що спостерігається в клініці та в житті. Цей підхід призвів до функціонального опису структури як Я у відношенні до об'єкта (Rudolf, 2002a, 1995). Тобто, всі психічні процеси виражаються одночасно через соматіку; всі структурні функції можуть бути пов'язані не тільки з внутрішнім світом психіки, але також із зовнішнім світом, інакше – з собою і об'єктом.

*Тому згідно з ОПД структура може бути описана чотирма вимірами, де кожен вимір розмежовує відношення до себе і відношення до об'єктів:*

1. *Саморегуляція та регулювання об'єктних відносин*
  - a. Здатність до саморегуляції.
  - b. Здатність сприймати інших реалістично як ціле.
2. *Регуляція себе та відносин*
  - a. Здатність до регуляції власних імпульсів, афектів та самооцінки.
  - b. Здатність до регуляції відносин із іншими

3. *Емоційна внутрішня комунікація та комунікація із зовнішнім світом*

a. Здатність до внутрішньої комунікації завдяки афектам і фантазіям

b. Здатність до комунікацій коїться з іншими.

4. *Здатність до прихильності до внутрішніх та зовнішніх об'єктів*

a. Здатність допомагати собі хорошими внутрішніми об'єктами та саморегуляція.

b. Здатність прив'язуватися та відокремлюватися.

**Іншими словами, структурний рівень розвитку особистості визначається в OPD за критеріями-функціями, доступними спостереженню або «здібностям до ...»:**

**Самосприйняття** – це здатність сприймати себе як самостійну особистість і критично до себе відноситься, здатність до самопізнання і здатність висловити це словами, здатність говорити про свої різні почуття (в самосприйняття входить: само рефлексія, образ себе, ідентичність, диференціація афектів).

**Саморегуляція** – це здатність керувати своїми потребами, почуттями, справлятися зі своїм хвилюванням (до саморегуляції входить: толерантність до афектів, регуляція самооцінки, уміння керувати своїми бажаннями, здатність передбачати наслідки своїх вчинків).

**Захист** – здатність зберігати психічну рівновагу при конфліктах за допомогою механізмів захисту (на що спрямований захист – проти зовнішньої або проти внутрішньої небезпеки, гнучкість захисту)

**Сприйняття об'єкта** – здатність розрізнити між внутрішньою і зовнішньою реальністю, здатність до емпатії, здатність сприймати інших людей цілісно і такими, що мають свої права (у сприйняття об'єкта входить: диференціація між самим собою і об'єктом (self і objekt), емпатія, цілісне сприйняття об'єкта, спрямовані на об'єкт афекти).

**Комунікація** – здатність встановлювати контакт з іншою людиною, розуміти його, вміння показати йому себе і здатність зрозуміти його емоційні сигнали (у комунікацію входить: як людина встановлює контакти, як розуміє афекти, як показує свої афекти, взаємність).

**Прив'язаність** – це здатність створювати в собі внутрішні репрезентації іншої людини, здатність протягом тривалого часу зберігати відносини, вміння розлучатися та вміння підлаштовуватися під відносини, які протікають нерівномірно (у прихильність входить: інтерналізація, сепарація, різноманітність відносин).

*Структура та структурні розлади: різні рівні інтеграції.*

Вільна від розладів структура означає, що людина може допомогти собі своїм психічним простором і регулювати їх інтрапсихічними процесами, встановлюючи та підтримуючи задовільні міжособистісні відносини. Структура є індивідуально оформленою освітою і щодо слабостей і обмежень, і щодо ресурсів і сил, які розвиває кожен з нас.

Наявність структурних розладів означає відсутність або обмеження в структурній інтеграції, які формуються в результаті дефектів розвитку. «Я» не здатне бути ні автономним, ні регулювати себе адекватно, ні рефлексувати себе, ні встановлювати прихильність до інших. У цих випадках (випадках недостатньої стабільності структури) у ситуаціях внутрішнього та зовнішнього стресу структурно закріплені функції губляться, і афективні стани напруги та дезінтеграції активуються.

Слід диференціювати звичні структурні здібності та стани, які можуть виявлятися у важких, стресових ситуаціях, від реальних. Реальні стресові конфлікти (наприклад, кризи відносин, суперечки тощо), можуть спільно з іншими стресами (нестача сну, фізична перенапруга, зловживання алкоголем, тютюном, медичними препаратами і т. д.) запускати регресивні процеси, які стають помітними як структурні нерівності (наприклад, втрата афективного контролю та регуляції самооцінки, сумніви ідентичності, провали в комунікаціях і т. д.). Але подібні реакції (на життєві події) є розладом структурного рівня. Як структурний рівень розглядаються ті, які зачіпають типовий спосіб структурного функціонування людини в період останніх 1–2 років.

*Kernberg (1977, 1981) розрізняє невротичні, прикордонні та психотичні структурні рівні, в основі яких лежать концепції ідентичності, захисту та тестування реальності. Автор розрізняє також різні структурні рівні – високий, проміжний,*

низький, психотичний. **Градація структурних рівнів, які пропонує ОПД, розрізняє 4 стадії:**

1. Високий рівень структурної інтеграції (едипально-невротичний) рівень – найвищий рівень.

2. Помірний рівень структурної інтеграції (середній або проміжний) рівень – займає проміжне положення між невротичним та прикордонним рівнями, його називають також «верхній Borderline» та «нарцисичним» рівнем.

3. Низький рівень структурної інтеграції або Мало інтегрований або власне прикордонний рівень (Borderline), його називають також «нижній Borderline» і до нього відносять шизоїдів.

4. Дезінтегрований рівень структури чи психотичний рівень.

**Для кожного структурного рівня розвитку особистості характерний центральний страх:**

1. Добре інтегрований (едипально-невротичний) рівень;
2. Страх втрати любові об'єкта;
3. Помірно інтегрований (середній чи «нарцисичний») рівень;
4. Страх втрати або руйнування підтримуючого, направляючого об'єкта;
5. Мало інтегрований (Borderline) рівень;
6. Страх знищення Self злим об'єктом або через втрату хорошого об'єкта;
7. Детегрований (психотичний) рівень.

**Структурний діагноз.** Структурний діагноз не орієнтований порушення, які представлені розладами клінічного рівня, інакше кажучи, як нозологічні форми. Це прерогатива МКБ. Структурний діагноз орієнтований на доклінічний структурний потенціал, який може бути виведений із взаємодій пацієнта за останні 1–2 роки.

Структурні патерни пацієнта виявляються в його інтеракційній поведінці. Тут враховуються як безпосередні переживання терапевта в ході терапевтичної зустрічі з пацієнтом, так і описи пацієнта його повсякденного життя. Це дає нам уявлення про картину структури пацієнта. Розпізнавання психічної структури пацієнта неминуче пов'язане з комунікацією та взаємодією, застосуванням діагностичних інтерв'ю. Щоб

розкрити феномени та інтерпретувати їх, дослідник повинен мати базові знання теорії особистості та діагностичний досвід.

**Укладання.** Поняття «структурний рівень» є центральним базисом психології Я і розглядає рівень розвитку та ступінь зрілості психічної структури особистості. Структурний рівень відображає здатність справлятися з неминучими конфліктами, враховуючи існуючі дефіцити та ресурси особистості. Чим краще людина може справлятися з труднощами, тим вище структурний рівень розвитку особистості.

**Структура** – це володіння психічними функціями, необхідними для організації Self по відношенню до внутрішніх і зовнішніх об'єктів.

**Структурні порушення** – це недостатнє володіння цими психічними функціями здебільшого внаслідок порушень у відносинах у ранньому дитинстві.

## **ВІСЬ-V: ПСИХІЧНІ І ПСИХОСОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ**

**Введення.** Вісь V відображає синдромально-описові діагнози відповідно до глави V (F) МКХ-10 на основі певних критеріїв у термінах психопатології, часу та перебігу захворювання. У цих характеристиках чітко наголошується на даних, які відносно легко спостерігати і досліджувати. Але багато складних феноменів хвороби, аспекти досвіду пацієнта недооцінюються, іноді й повністю ігноруються.

*Відповідно до різних областей застосування, МКБ-10 доступна у формі різних посібників та інструментів МКБ, які також відповідають областям психотерапії про психосоматичну медицину:*

1. Клініко-діагностичний посібник для клінічного застосування, який завдяки своїм відносно відкрито сформульованим критеріям залишає користувачам деякий простір;

2. Дослідницькі критерії для наукових застосувань, які завдяки суворим діагностичним критеріям, призначені привнести більш точну гомогенізацію прикладів;

3. Коротка версія для адміністративних потреб, яка доповнена діагностичними категоріями для соматичних розділів МКБ-10, що дає можливість кодувати соматичні захворювання;

4. Класифікація для первинної ланки охорони здоров'я (Primary Health Care Classification), яка формулює терапевтичні критерії для 24-х головних діагностичних груп.

Крім перерахованого існує ще безліч структурованих і стандартизованих діагностичних інтерв'ю, за допомогою яких може бути описана вся область психічних розладів. Але орієнтація в цих інтерв'ю на симптом призводить до зниження значущості психодинамічного матеріалу, але ніяк не психопатологічного. Але від цього значущість цих підходів не зменшується. Симptom є релевантним діагностичним виміром (параметром), який дозволяє формулювати гіпотезу про тип і природу захворювання. І у контексті психотерапії є важливим орієнтиром.

У рамках, орієнтації на симптом і синдром МКХ-10 слід описовому підходу також і у внутрішній структурі. Класифікація використовує альфа-нумераційну систему, в якій літера F використовується для позначення психіатричної глави всієї МКЛ-10. Наступна за літерою F перша цифра позначає параграф глави, що включає ту чи іншу групу розладів з теоретичних чи феноменологічних аспектів (Fx). Таких параграфів у класифікації виділено десять: від 0 до 9 (F0 – F9). **Нижче представлена класифікація «Психічних розладів і розладів поведінки» МКБ-10, клас V:**

1. **F0** – органічні, включаючи симптоматичні психічні розлади.
2. **F1** – Психічні розлади та розлади поведінки, пов'язані з вживанням психоактивних речовин.
3. **F2** – Шизофренія, шизотипові та маячні розлади.
4. **F3** – Розлади настрою (афективні розлади).
5. **F4** – Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади.
6. **F5** – Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами.
7. **F6** – Розлади особистості та поведінки у зрілому віці.
8. **F7** – розумова відсталість.
9. **F8** – Розлади психологічного розвитку.
10. **F9** – Емоційні розлади та розлади поведінки, що починаються зазвичай у дитячому та підлітковому віці.

Друга цифра (Fxx) позначає головну діагностичну групу в даному параграфі (розділі), наприклад F40 – фобічний розлад у розділі F4 («невротичні, пов’язані зі стресом і соматоформні розлади»). Третя цифра, відокремлена точкою, позначає діагностичну категорію (наприклад, F40.0 – панічний розлад, F40.1 – соціальна фобія. І четверта цифра використовується для диференціації діагностичної категорії за ступенем тяжкості (наприклад, F40.00 – агорафобія без панн та F40.01 – агорафобія з панічним розладом), за наявності або відсутності будь-яких клінічних особливостей (наприклад, F43.20 – розлад адаптації (F43.2) з короткочасною депресивною реакцією, а F43.22 – розлад адаптації зі змішаною тривожною і депресивною).

Конструкція та операціоналізація осі V в ОПД. МКБ-10 дозволяє кодувати кілька діагнозів, причому стільки, скільки необхідно для повного опису клінічної картини розладу. Причому як головний діагноз розглядається той, який відображає найбільш важливий поточний актуальний патологічний стан. Інші діагнози є додатковими або допоміжними.

У контексті принципу коморбідності було показано (Dittman et al., 1992; Freyberger et al., 1995), що одному пацієнту можуть бути виставлені близько 3–4 додаткових діагнозів, максимум – до 10 без яких або етіопатогенетичних концептів. У сфері психосоматичної медицини та психотерапії з точки зору клінічної доцільності слід кодувати не більше 3-х діагнозів. Головним діагнозом має бути той, який має найвищу релевантність із клінічної та психосоматичної точок зору. Наступні діагнози повинні кодуватися тільки у випадках, якщо вони сприяють розумінню клінічної картини в цілому в динаміці та статично.

Для дослідницьких цілей слідом за принципом коморбідності бажано виходити з принципу сумісності з психіатричними дослідженнями. Тому запропоновано кодувати п’ять додаткових діагнозів і продовжувати слідувати суворо описовому принципу. Тільки у цьому контексті має бути розглянута користь діагностичних інструментів.

Для клінічного використання МКХ-10 наказує одночасне кодування діагнозів психічних і соматичних захворювань на одній вісі. Синдромальні діагнози МКБ-10 кодуються в ОПД на вісі Va,

особистісні розлади – на вісі Vb і соматичні захворювання – на вісі Vc.

Для відповідного та надійного застосування описової діагностики за МКХ-10 необхідне знання принципів побудови класифікації та її застосування. Доповнення та прояснення діагностичних категорій МКБ 10 згідно з ОПД.

**Стосовно психосоматичної медицини та психотерапії до МКБ-10 було привнесено три доповнення:**

- до категорії специфічних особистісних розладів;
- у категорію психологічних і поведінкових факторів, пов'язаних з порушеннями або хворобами, класифікованими в інших рубриках;
- до категорії пов'язаних зі стресом розладів.

До категорії специфічних особистісних розладів (F60) під кодом F60.81 було додано нарцисичні розлади особистості через його особливу теоретичну та клінічну релевантність. Хоча ні в українському, ні в російському перекладах класифікації в рубриці F60.8 цей розлад не відзначається, але він передбачається, виходячи з логіки цієї категорії, у ряді «інших специфічних розладів особистості», які не відповідають жодній із специфічних рубрик F60. 0 – F60.7.2

Друге доповнення стосується подальшої диференціації категорії F54 («поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами»), які описують психосоматичні захворювання в більш специфічному сенсі в розділі V МКБ-10. Наслідуючи свою концепцію, МКХ-10 прагне класифікувати ці захворювання переважно в рамках соматичної глави. Вона використовується для реєстрації наявності психологічних та поведінкових факторів, які імовірно відіграли важливу роль в етіології соматичних розладів. Виникаючи в результаті психічні порушення (занепокоєння, емоційні конфлікти, погані передчуття) самі по собі не виправдовують використання будь-якої з категорій, описаних у МКБ 10. Категорія F54 використовується як вторинна. Для реєстрації з матичного захворювання використовується додатковий код. Наприклад, при астмі – F54 плюс J45, при виразці шлунка – F54 плюс K25 і т. д. Концепція ОПД пропонує використовувати перші три знаки категорії F54, позначати відбір симптому четвертим знаком



(третьою цифрою), і тільки тоді використовувати п'ятий знак (четверту цифру) для класифікації типу психосоматичної взаємодії.

Третє доповнення посилається на розширене розуміння розладу адаптації та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). При цих розладах існує близький зв'язок у часі між початком розладу та травмуючою подією незвичайної тяжкості, або значними життєвими змінами або стресовою життєвою подією, або важким фізичним захворюванням.

Ці два розлади відрізняються тяжкістю індивідуального стресу, який передував їм. При обох захворюваннях уразливість людини відіграє вирішальну роль: не у всіх хто переніс неординарний стрес розвивається ПТСР, не завжди гострий серцевий напад викликає депресивний розлад адаптації. У випадках ПТСР почуття безпорадності і втрата сил, крах захисних функцій і структурна деформація певною мірою залежать не тільки від тяжкості травматичного стресу, але і від сукупності преморбідних особистісних факторів. Через це травматична тригер-ситуація викликає різні реакції. Розвиток ПТСР повинен розумітися на тлі індивідуального потенціалу переробляти та долати пов'язаний стрес. Розлади адаптації розвиваються у відповідь на відносно важкі зовнішні події, які, однак, не досягають ступеня екзистенційної травматичної загрози. Передумовами для розвитку розладу адаптації є внутрішня вразливість та ресурси пацієнта. Тому ймовірність розвитку розладів адаптації визначається:

а) ступенем внутрішнього мотиваційного конфліктного напруження зовнішнього стресу;

б) уразливістю захисної структури, стійкості, соціальної підтримки.

**Вразливість визначає зниження толерантності до стресових подій, що обумовлено:**

- мотиваційною конфліктною напругою;
- історією розвитку структурних здібностей людини;
- соціальною мережею;
- індивідуальними біологічними умовами людини (вроджена розумова відсталість, наявність слабих процесів і т. д.).

Взаємодія цих чинників може посилювати одне одного, захищати особистість, надавати своєрідність. Тому при стресових життєвих подіях можливі різні прояви. Назавжди слід враховувати, що клінічні розлади при цьому мають бути на рівні «нижчому за середню» ураження. МКБ-10 дозволяє діагностувати розлади адаптації тільки у випадках, коли немає «...ні явно переважаючих симптомів, ні ступеня присутності симптому, яка б виправдовувала діагноз».

**Концептуальні перехресні посилення та взаємодії між осями.** У діагностичному процесі, заснованому на ОПД, можливі дві протилежні тенденції (або напрямки). Перша тенденція у діагностичному процесі починається з дослідження досвіду захворювання та передумов до лікування. Тобто з того, що представляє осі I та V. Враховуються концепції хвороби пацієнта та його психологічна схильність. Діагностичне дослідження спрямоване на досвід відносин пацієнта, що є найважливішою складовою психодинамічної діагностики. Крім того, діагноз спирається на власні спостереження за відносинами пацієнта, що дозволяє, в результаті, оцінити міжособистісні відносини пацієнта, що відображається в осі II. На основі цих відносин виявляється конфліктний потенціал пацієнта, яким він намагається керувати взаємини з іншими (вісь III). Якість такого управління (залучення, подолання) звертає увагу дослідника на функціональні здібності пацієнта, іншими словами, на його структурні здібності (вісь IV). Це, фактично, шлях дослідження захворювання, інакше – аналіз психічного та соматичного статусу пацієнта. Тобто відбувається скрупульозне накопичення фактичних даних про початок захворювання, сприятливих факторів, особистісних особливостей, скаргах пацієнта, його мотивацій, очікувань, уявлень про хворобу, готовність до лікування і т. д.

Далі слідує шлях інтеграції отриманих у результаті аналізу даних, тобто синтезу того клінічного та психологічного матеріалу, який був отриманий на попередньому етапі. Тобто друга тенденція (або напрямок) діагностичного процесу веде нас (тобто діагноста) у протилежному напрямку. Він починається зі структурних передумов (вісь IV). На думку авторів ОПД, вони являють собою функціональний діагностичний вимір, який значною мірою визначає якість і характер інших характеристик, описаних в ОПД.

Ступінь структурних обмежень або, інакше, стан структури пацієнта визначає тяжкість тих конфліктних проявів, які він набув протягом свого життя та розвитку (ставлення осей III та IV). Це визначає звичні патерни, які за високого рівня структурних обмежень стають дедалі тендітнішими і неефективними, що призводить зрештою до конфліктів (вісь II). Стан структури пацієнта визначає, чи буде «захворювання» значущим у сенсі невротичного симптомоутворення або ж тип, різновид і інтенсивність скарг вказує на порушення базових психічних функцій (відношення осей I і V). Усе це призводить, у результаті, визначення показань до терапії.

**Взаємини осей.** Конфлікт та структура (ставлення між осями III та IV). Конфлікт і структура пов'язані як форма та зміст. Інакше висловлюючись, один належить до «чому», а інший «як» розлади. Якщо структура міцна, зміст і значення переважатимуть, а якщо тендітна, на передній план вийдуть порушені функціональні процеси.

Якщо розлад присутній, дисфункціональні конфлікти та структурні порушення можуть бути відповідальні за це різною мірою. Якщо переважає структурна проблематика на дезінтегрованому рівні структури, ознаки конфліктів повинні часто вказувати на так звані конфліктні теми, які мало сприяють розумінню порушення. Якщо структурні функції перенапружені, конфліктні вимоги роблять структурні проблеми помітними. Первинною причиною перенапруги є все ж таки не конфліктні вимоги, які відіграють певну роль, а вразливість структури, що є актуальною проблемою пацієнта.

При переважанні вищого рівня структурної інтеграції значимість конфліктів зростає. Вони дедалі більше виявляють те, що відбувається «на сцені», роблячи це більш змістовним та зрозумілим. Але найчастіше зустрічаються змішані форми. Проте, структурний рівень і типи конфліктів, які визначені в ОПД, що неспроможні об'єднуватися довільно. Одні конфлікти виявляються на низькому рівні структурної інтеграції (автономність, залежність), інші зустрічаються тільки на помірному рівні (потреба у турботі – самодостатність) або на високому рівні (едіпів комплекс). Конфлікт і структура схильні виявлятися як взаємозалежні феномени. Структурні обмеження

можуть бути зрозумілими в конфліктній динаміці в тих випадках, де структурні здібності перевантажені важкими конфліктами або де вразливі області структури поступаються під тиском конфліктів. Структурні здібності можуть передаватися як частина несвідомого, активного індикатора копінг- або захисних функцій, щоб регресивно досягти (невротичного) вирішення конфлікту (Freud, 1916).

Вплив конфліктів і структури на патерни відносин (стосунки на осі II). Звичні патерни відносин є адаптативними регуляторами людських взаємин, за допомогою яких пацієнти дозволяють конфліктні тенденції і справляються з їхньою структурною вразливістю. Мета такого регулювання полягає в контролі міжособистісних відносин таким чином, щоб максимально задовольнити свої потреби та інтереси, а також забезпечити ефективний захист Я. Результатом цієї регуляції є формування компромісу між бажаннями пацієнта та його тривогою.

**На формування звичних патернів відносин впливають деякі принципи:**

**1. Принцип компромісного формування.** У заснованих на конфлікті розлади патерни відносин можуть сприйматися як компромісні формування між бажаннями і тривогою. Так, пацієнт, якого не приймають інші, несвідомо хоче отримати турботу, але водночас боїться відкидання і демонструє себе надто самовпевнено. Його компромісне формування ґрунтується на тому, що він інтенсивно турбується про інших, тоді як несвідомо очікує отримати, для себе непряме право на турботу та увагу.

**2. Чергування конфліктів.** Більш складні стани виникають, коли дві або більше диспозиції чергуються. І, якщо, як у вище наведеному прикладі, у пацієнта існує додатковий конфлікт у сфері контролю або підпорядкування, альтруїстична поведінка може видавати його як явно підлеглого та покірною в його поведінці на адресу інших; одночасно з цим він буде сповнений несвідомої потреби у контролі.

**3. Захист структурної вразливості.** У структурновикликаних розладах патерни відносин можуть прагнути захистити вразливі аспекти пацієнтів. Це патерни можуть бути описані також як компромісне формування. У ситуаціях, де потреби пацієнта входять у конфлікт, вони (потреби)

виявляються як тривоги. Тривога цього типу проявляється у ситуаціях, що включають близькість, залежність, інтимність, а також у протилежних ситуаціях, коли існує загроза втрати важливих об'єктів.

**4. Чергування конфлікту та структури.** Клінічні прояви виникають також у випадках, коли слабкість структури компенсується зверненням за допомогою і вигладить як первинно мотивований конфлікт. У тих патернах відносин, які керуються темою контролю, можна помітити, що постійна наполеглива боротьба – дуже ефективний спосіб подолання пов'язаного зі структурою страху близькості. Структурні обмеження також пов'язані з важкими проблемами самооцінки, так що мотиви, пов'язані з ними (ревності, розчарування, суперництво), можуть вплинути на відносини.

Необхідно враховувати, що пацієнти в їх прагненнях долати проблеми, стреси, бар'єри та погрози можуть звертатися за допомогою тільки до тих здібностей, які структурно їм доступні. Паттерни відносин, які, наприклад, характеризуються помітним конфліктом у сфері підпорядкування / контролю може бути чітко виражені різними способами залежно від цього, наскільки добре розвинені здатність до емпатії чи контролю ним пульсів. Рівень структурного розвитку пацієнта повинен подвійно впливати на те, як він керується своїми відносинами: перше завдяки вразливості, яка має бути захищена від інших, і друге, завдяки функціональним здібностям, які він може використати, щоб опанувати не тільки конфліктні диспозиції, але також і структурною вразливістю.

*Формування симптомів (ставлення віссі V «психічні та психосоматичні розлади»).* Грунтуючись на всьому вище викладеному, можна описати такі типи симптомоутворення (Rudolf, 2000):

У розладах з динамічним конфліктним фоном слід диференціювати невротичну особистість, конфліктну особистість і особистість з невротичними конфліктами, що повторюються. У конфліктній особистості домінує заснована на мотивації постійна напруга, яка клінічно проявляється афективними та поведінковими порушеннями через сильну уникну поведінку, ригідність або боязкість.

Традиційний невротичний конфлікт супроводжується клінічними симптомами, які мають інтрапсихічний та / або міжособистісний ефекти. Спокуса і відмова, прикордонні ситуації та ситуації з внутрішніми та зовнішніми тригерами (тригер ситуації) призводять до наростаючої мотиваційної амбівалентності і, таким чином, послаблюють і порушують баланс. Форма симптомів, що при цьому виникають (які розуміються як компромісний прояв конфлікуючих сил – бажань, тривоги та захисту) показує позитивний аспект успішної адаптації.

Копінг процеси в основному спрямовані на регуляцію взаємовідносин і взаємодій з іншими таким чином, що гарантують ефективний захист Я та її чутливості. Паттерни, які розвиваються таким чином, тим не менш, оформлюють за ведення та переживання так, що самі по собі мають характер симптомів. Це відбувається, наприклад, у випадках шизоїдного або нарцисичного типу особистості. Тут ми маємо справу з захисними способами подолання, покликаних захистити вразливість, беручи до уваги, що конфліктна особистість є складною, характерологічно цілісною формою компромісного формування, в якій інкорпоровані засновані на бажаннях прагнення та їх захисту.

Rudolf (2000) зазначає, що симптоми часто виникають через слабкі копінг-механізми. Подолання через компенсацію коштує енергії та сил, приводячи з часом до виснаження і тому не здатне витримувати неминучі зміни та стреси протягом життя. Крах копінг-здібностей призводить до формування різних симптомів: наприклад, гострі та драматичні симптоми, як у випадках суїцидальних кризів нарцисичної особистості, або хронічних симптомів як у пацієнтів з соматичними розладами.

Якщо гострі стреси є екстремальними, то саме вони призводять до клінічних розладів. У цих випадках діагностується розлад адаптації в сенсі сенсу конфліктного стресу (тобто викликаний стресом конфлікт). Інакше кажучи, стрес привносить мотиваційне протиріччя, яке згодом стає захворюванням. Відповідно до концепції ОПД такі розлади не є дисфункціональними.

Зазначені принципи симптомоутворення ефективні в розвитку тих розладів, які діагностуються на осі V («психічні та психосоматичні розлади»). З одного боку, це прояви невротичних

конфліктів, з іншого, – структурні обмеження. Ґрунтуючись на цій логіці, Rudolf (2004) представив типологію розладів, що починаються з невротичних конфліктів до структурних розладів.

**Досвід захворювання та передумови до лікування (відносини з віссю I).** Досвід захворювання та передумови до лікування визначаються не тільки психологічними характеристиками (структура, конфлікти та відношення), але також і факторами психосоціального контексту та їх взаємодією. У діагностиці досвіду захворювання та передумов до лікування відзначено безліч характеристик, які відображають те, як пацієнт позиціонує себе щодо інтерв'юера. Відносини між осями I і II (міжособистісні відносини) важко піддаються обговоренню, чого не можна сказати щодо осі III (конфлікти): інструкції описують специфічні ускладнення для кожного з конфліктів, які розвиваються при зустрічі із захворюванням та психотерапевтом. У кожному з прикладів виявляється пасивний і активний тип подолання.

При пасивному типі переважають регресивні форми управління конфліктів. При активному – вони більш реактивні та компенсаторні. Пацієнти з пасивним конфліктним типом більше акцентують свої страждання і скарги, і приписують більш активну і відповідальну роль психотерапевту. Це передбачає, що пацієнти будуть перераховувати скарги, причини яких лежать поза їхньою зоною від відповідальності та сфери впливу. Концепція захворювання пацієнта буде містити велику кількість соматичних або соціальних стресових факторів, а очікування від лікування більше будуть орієнтовані у бік біологічного. Якщо пацієнт бажає психотерапію, його очікування будуть, швидше за все, пов'язані з ідеєю активної підтримки та консультації. Пасивне ставлення пацієнта несе ризик, що розлад буде підтримуватися до відповідного ступеня за допомогою факторів, таких як вторинна вигода від захворювання.

У випадках, де переважає активний тип, існують різного роду конфлікти та ризики. Це стосується пацієнтів, які переживають своє захворювання скоріше як загрозу їх автономності, самовизначенню та контролю. Вони мають тенденцію протидіяти цій загрозі, мінімізуючи свої труднощі, відкидаючи підтримку чи намагаючись контролювати психотерапевта. Якщо вони віддають

перевагу соматичну модель захворювання, це означає, що уникають психологічних підходів до терапії. Якщо вони не проти психотерапії, то найімовірніше віддають перевагу формі лікування, яка дозволить їм повернути почуття самовизначення.

Вісь I (досвід захворювання та передумови до терапії) має безліч зв'язків з віссю IV (структура). У принципі передбачається, що це виміри, які у структурі осі, мають більш-менш ясно виражений впливом геть переживання хвороби. Архіважливе питання у цьому контексті полягає в тому, як переживає пацієнт свої проблеми на психічному чи соматичному аспекті. Залежно від розвитку доступ до його «внутрішнього світу» визначається тим, яким способом психічно організовані афекти. З погляду авторів, «живий внутрішній світ» є, насамперед, виразом щодо добре інтегрованої структури. Думки та ідеї, які має пацієнт про свої труднощі, і які моделі захворювання та змін він розвиває, спочатку залежить від його здатності до самоприйняття. Істотну роль грає готовність людини залучатися і переносити когнітивний або афективний дисонанс. Це важливе структурне вимірювання пов'язане зі здатністю до самоконтролю, що, своєю чергою, формує життєздатність і витривалість.

Вісь I (досвід хвороби та передумови до терапії) схильні також до впливу осі V (психічні та психосоматичні розлади). Тілесно орієнтовані скарги пропонують соматично орієнтовану концепцію захворювання.

### **1.3. АМЕРИКАНСЬКА ДІАГНОСТИЧНА СИСТЕМА ПДМ 2**

У розвитку психологічних наук особливе значення має точна класифікація проблем пацієнтів, адекватна їх запитам діагностика, а також здійснення відповідних терапевтичних заходів. Для досягнення цієї мети є всім відомі та широко використовувані класифікаційні системи. На сьогоднішній день існує два основних посібники з психічного здоров'я, на підставі яких фахівці з різних країн діагностують і класифікують проблеми психічного здоров'я. Це МКБ (Міжнародна класифікація хвороб) та DSM (Довідник з діагностики та статистики психічних захворювань). Однак у 2006 р. серйозну претензію на своє гідне місце у цьому списку пред'являє американська система діагностики, яка несе друк психодинамічної школи. 28 травня 2006 року зусиллями п'яти



психоаналітичних гігантів (Психоаналітичний альянс) було опубліковано книгу «Психодинамічне діагностичне керівництво» (ПДМ).

**До складу «Психоаналітичного альянсу» входять:**

1. Американська психоаналітична асоціація,
2. Міжнародна психоаналітична асоціація,
3. Під поділ психоаналізу Американської психологічної асоціації (Дивізія 39),
4. Американська академія психоаналізу та динамічна психологічна комісія з психоаналітичного членства у клінічній соціальній роботі.

Автори В. Лінджіарді та Н. Макуїльямс з відкритою зарозумілістю назвали його революційним документом через те, що це був єдиний документ, який на той момент хотів створити не теоретичний нейтралітет чи еkleктизм, а повністю відобразити психоаналітичну ідеологію [1].

Слід зазначити, що цей інструмент значною мірою спирається на результати сучасних нейробіологічних досліджень, але він також підтримує традиційні принципи та підходи психоаналітичної терапії. Це дозволяє професіоналам описувати та класифікувати індивідуальні особливості пацієнта, збирати в єдиний профіль його соціальні та емоційні сильні сторони, симптоми, унікальні інтелектуальні здібності та особистий досвід.

Як здається, ПДМ не призначений для конкуренції з DSM чи ICD. Насамперед, автори цього керівництва визначають психічне здоров'я і зазначають, що *психічне здоров'я* – це відсутність видимих симптомів хвороби чи патології, воно ширше і всеосяжніше поняття. Інші діагностичні системи базуються на видимих симптомах і поведінці пацієнта, називаючи риси особистості вторинними, тоді як важливо знати не лише психологічну проблему, а й щось про суб'єкта, у кого ця проблема. У системах DSM і ICD людина втрачається, оскільки проблема перебуває в передньому плані. Автори ПДМ намагалися «знизити цю напругу», поєднуючи функціональний та описовий підходи до класифікації проблем [6, с. 1–2].

Один із співавторів Н. Грінспен вважає, що це керівництво може стати повним діагностичним інструментом. Він може допомогти «зрозуміти більше про своїх пацієнтів» не тільки

психоаналітикам, а й когнітивістам та біохейвіористам, а також сімейним і системним терапевтам [5].

Діагностика з ПДМ безпрецедентний випадок, оскільки не заснована на спробі діагностувати проблему на основі простої суми симптомів (Polythetic Classification). Хоча деякі розділи ПДМ-2 повторюють кілька добре відомих таксономій, але на відміну від інших систем, тут також враховується внутрішній досвід пацієнта в цих умовах. Оскільки фахівцям із психічного здоров'я доводиться щодня стикатися з суб'єктивністю відвідувачів, їм необхідно глибше розуміти внутрішній світ відвідувачів. Саме тому система ПДМ багатовимірною та побудована на 3 осях.

- **Вісь Р** – особистісні синдроми,
- **Вісь М** – профіль розумової діяльності,
- **Вісь S** – причини симптому, суб'єктивний досвід [6; 7].

**Вісь Р** представляє весь спектр функціонування особистості, від невротичних та прикордонних станів до патологічних станів, а також особистісний стиль або патерн. Перше вимірювання класифікує зразки індивідуальності у двох областях. По-перше, це спектр типів індивідуальності, яка варіює від нездорового та неадекватного до здорового та адекватного. По-друге, класифікує, як людина «організує розумове функціонування і зачіпає світ». Цей вимір забезпечує «мікроскопічну» експертизу розумового життя пацієнта, систематично складаючи їх функціональну здатність до когнітивних і афективних процесів, ідентичності та відносин, захисту та подолання, самопізнання та орієнтування [2].

На основі **Осі S** як наріжний камінь лежать категорії діагностичних систем DSM та ICD. Ця вісь описує афективні стани, когнітивні процеси, соматичні переживання та шаблони поведінки пацієнта. Сюди також входять психологічні переживання, такі як гендерна ідентичність чи сексуальна орієнтація.

**Класифікація ПДМ заснована на вікових умовах, підкреслюючи наступні 5 вікові стадії:**

- пізній вік
- зрілість
- юність
- дитинство

- раннє дитинство та новонародженість.

Послідовність вищезгаданих осей залежить від віку пацієнта. Наприклад, у дорослої людини спочатку діагностується особистість потім розумове функціонування, тоді як оцінка дітей, підлітків і людей похилого віку починається з оцінки розумової діяльності. Особа дорослої людини (вісь Р) стабільна і потребує фундаментальної уваги, а проблеми розвитку дітей та підлітків (М) є одним з головних пріоритетів для клінічної оцінки, оскільки моделі особистості пацієнта знаходяться ще в процесі розвитку. До кінця життя, в процесі оцінки, знову підкреслюється адаптація до різних аспектів старіння (вісь М), а не тенденції особистості.

Вісь Р не має чітких категорій для всіх вікових груп. Кожна група має свій власний зміст та структуру. У цій осі докладно виділено особливості, ризики та переваги віку, інструменти оцінки, нормативні та ненормативні кризи, деякі кейси та питання, що часто ставляться. Незважаючи на успіх ПДМ, під керівництвом Р. Віллерсайна, В. Лінджіарді та Н. Макуїлямса була створена Комісія з перегляду та поліпшення ПДМ, в рамках якої було створено **7 цільових підгруп для роботи в наступних областях:**

1. Дорослі.
2. Підлітки.
3. Діти.
4. Новонародженість та раннє дитинство.
5. Літні люди.
6. Інструменти оцінки.

7. Ілюстрації та кейси ПДМ. У результаті роботи цих комітетів новий ПДМ-2 був опублікований у 2017 році.

В основу цих робіт лягли наступні принципи:

1. *Прозорість* – всі процеси розробки ПДМ-2 завжди відкриті для колег. Нові інструменти оцінки ПДМ-2 доступні для професійної спільноти без додаткових витрат.

2. *Інклюзивність* – відкрита можливість для обговорення та участі у співпраці з колегами, заохочуючи критичний зворотний зв'язок та ініціативу.

3. *Емпірична строгість* – для того, щоб ПДМ-2 мав міцну емпіричну основу, автори провели великий теоретичний аналіз за межами психоаналізу, з метою отримання найбільш повної картини норми та патології. Новий підручник повністю спирається

на дані емпіричних досліджень. Автори характеризують ПДМ-2 як інструмент, що потребує постійного емпіричного підкріплення.

4. *Клінічна корисність* – автори спробували збалансувати емпіризм і клінічну корисність, що передбачає полегшення роботи професіоналів і, таким чином, поліпшення самопочуття пацієнтів [2; 6].

У процесах, які передували розробці нового ПДМ, предметом обговорення була також і сама назва. Справа в тому, що керівництво призначене не тільки для професіоналів-психоаналітиків, але і для практиків інших психотерапевтичних напрямів, наявність слова «психодинаміка» призвела б до відсутності у них інтересу до цього керівництва. Було запропоновано замінити це слово словами «практичний» або «психологічний». Це питання продовжує обговорюватися і ще не отримало вичерпної відповіді. Незважаючи на велику кількість позитивних сторін, є кілька недоробок, які докладно аналізуються за допомогою SWOT-аналізу.

#### **Сильні сторони**

- людина в центрі;
- всебічно оцінює людину;
- надає таксономію людини, а не таксономію хвороби;
- доповнює інші інструменти;
- індивідуальний;
- об'єднує функціональний та описовий підходи до класифікації проблем;
- адаптований для будь-якого віку.

#### **Слабкі сторони**

- складний для застосування;
- дорогий;
- складно адаптувати у Вірменії;
- маловідомий широкому колу фахівців.

#### **Можливості**

- у разі адаптації стане відмінним інструментом для всіх практиків;
- працюватиме як з нормою, так і з патологією;
- дозволить уточнити причини та перебіг виникнення проблеми.

#### **Ризики**

- ризик бути відкинутим і забутим [7].

Для справедливості відзначимо, що класифікація, повністю заснована на психоаналітичній методології, була скептично прийнята фахівцями. Це можна пояснити як мінімум двома обставинами. Насамперед, різноманітність та особливість людини в рамках психоаналітичного підходу пояснюються теоретичними, іноді суперечливими підходами та метафорами, які є більш суперечливими, ніж узгодженими. По-друге, існують труднощі у визначенні спекулятивних симптомів і станів, а також диференціації реальних, вимірних і існуючих симптомів. Вивчивши все за і проти, ми можемо зробити висновок, що діагностична система ПДМ-2 є унікальним інструментом і може претендувати на своє гідне місце в роботі фахівців із психічного здоров'я.

## **РОЗДІЛ 2. КЛАСИФІКАЦІЙНА СИСТЕМА ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ ОСОБИСТІ**

Ця класифікаційна схема є розширеним варіантом класифікаційної моделі представленої раніше [Худоян, 2018]. Це попередній варіант, і ми розуміємо, що він спірний, неповний, суперечливий, але це перша спроба хоч якось систематизувати психологічні проблеми. Складання класифікаційної системи психологічних проблем ускладнюється багатьма факторами, серед яких неточність, неоднозначність багатьох психологічних термінів, відсутність чітких критеріїв диференціації суто психологічних проблем та психопатологічних феноменів тощо.

Психологічні проблеми у цій схемі запропоновані експертами у сфері практичної психології з урахуванням власного досвіду та даних наукової і прикладної психологічної літератури. У схемі представлені як власне психологічні проблеми, так і прикордонні з психіатрією та дефектологією проблеми. Ми спробували знайти визначення чи опис тих проблем, які неспеціаліст може не зрозуміти.

**Класифікаційна схема складається із чотирьох секцій:**

**А.** Проблеми, пов'язані з психічною підсистемою особи;

**В.** Психологічні проблеми соціальної підструктури особистості (не включає психологічні проблеми груп);

**С.** Психологічні проблеми, пов'язані з біологічною підсистемою особистості.

**Д.** Психологічні проблеми, пов'язані з нормативним і ненормативним розвитком особистості, з її життєвим шляхом (не включає проблеми вікової психології, тобто проблеми різних вікових груп).

**А. Проблеми, пов'язані з психічною підсистемою особистості**

1. Проблеми системи «Я».

1.1. Проблеми самосвідомості.

1.1.1. Звужена самосвідомість (багато аспектів Я не усвідомлюються).

1.1.2. Почуття роздвоєння (не патологічні). Опис, визначення, симптоми – У підлітків іноді виникає почуття, що у них співіснують дві протилежні внутрішні особи. Наприклад, один звинувачує, інший заохочує.

1.1.3. Відчуження від особистого Я (К. Хорні). Опис, визначення, симптоми: – «Цей термін в основному докладемо до тих крайніх станів, в яких людина втрачає відчуття себе собою, наприклад при амнезії, деперсоналізації і т. д. Це поступове віддалення... від своїх власних почуттів, бажань, вірувань та сил. Це втрата почуття, що вона сама активно визначає своє життя».

[К. Хорні «Невроз та особистісне зростання». <https://www.psyoffice.ru/9/hornk03/txt06.html>].

1.1.4. Розлад цілісності «Я». Опис, визначення, симптоми: «Загальна назва порушень самосприйняття, у яких різні аспекти представлені як відокремлені друг від друга. Наприклад, власне тіло відчувається як набір розділених частин і органів ...» [Жмуров В.А. Велика енциклопедія з психіатрії, 2-ге вид., 2012].

1.1.5. Дифузна самосвідомість. Опис, визначення, симптоми: Виявляється в дошкільному віці в рамках видової самосвідомості, не має чітких диференціацій, наприклад, статевої сфери, соціальних ролей (С. С. Худоян).

## 1.2. Проблеми ідентичності.

1.2. 1. Дифузна ідентичність. Опис, визначення, симптоми: «Дифузна ідентичність представлена поганою інтеграцією між концепціями Я (self) та значимих інших. Постійне почуття порожнечі, протиріччя у сприйнятті самого себе, непослідовність поведінки, яку неможливо інтегрувати емоційно осмисленим чином, і бліде, плоске, мізерне сприйняття інших – все це прояви дифузної ідентичності» [[https://www.ereading.club/chapter.php/26931/10/Kernberg\\_Tyazhelye\\_lichnostnye\\_rasstroistva\\_strategii\\_psihoterapii.html](https://www.ereading.club/chapter.php/26931/10/Kernberg_Tyazhelye_lichnostnye_rasstroistva_strategii_psihoterapii.html)].

1.2. 2. Криза ідентичності (Е. Еріксон). Опис, визначення, симптоми: «Особливий період формування особистості, під час якого людина перебуває у пошуку свого місця, ролі та призначення в соціумі. Цьому періоду властивий такий психологічний стан людини, при якому вона відчуває втрату власної его-ідентичності і стикається з проблемою самовизначення. Як правило, настання кризи відбувається тоді, коли розвиток ідентичності досягає своєї критичної точки, що переважно характерно для підліткового віку». [<https://ua.lafeum.org/oblasti-znani/psihologija-lichnosti-terminy/>].

1.2. 3. Неадекватна ідентичність. Опис, визначення, симптоми: «Юнацький вік, за Еріксоном, будується навколо кризи ідентичності, що складається з серії соціальних та індивідуальних виборів, ідентифікацій і самовизначень. Якщо юнакові не вдається вирішити ці завдання, у нього неадекватна ідентичність, розвиток якої може йти за чотирма основними лініями:

1) ухиляння від психологічної інтимності, уникнення тісних між особистісних відносин;

2) розмивання почуття часу, нездатність будувати життєві плани, страх дорослішання та змін;

3) розмивання продуктивних, творчих здібностей, невміння мобілізувати свої внутрішні ресурси і зосередитися на якійсь головній діяльності;

4) формування «негативної ідентичності», відмова від самовизначення та вибір негативних образів для наслідування» [[https://studopedia.eu/15\\_39195\\_neadekvatna-identichnost-v-yunosheskom-vozraste.html](https://studopedia.eu/15_39195_neadekvatna-identichnost-v-yunosheskom-vozraste.html)].

1.2. 4. Ідентифікація себе із субособами (Ассаджіоллі) або субсистемами я (наприклад, з тілом). Опис, визначення, симптоми: Відповідно до Р. Ассаджіоллі субособистість є динамічною підструктурою особистості, що володіє відносно незалежним існуванням. Найбільш типові субособистості людини – ті, що пов'язані з соціальними (сімейними або професійними) ролями – дочки, матері, сина, батька, бабусі, коханої, лікаря, вчителі і т. д. [<https://www.sat12.net/shkola-tishiny/5-rabota-s-sublichnostyami.html>].

1.2. 5. Ідентифікація себе з іншою особистістю. Опис, визначення, симптоми: «... Це ідентифікація підлітків з поп-виконавцями, кінозірками, спортсменами з привабливим чином, які є те, чим вони хотіли б бути» [СінькевичО. Б. Стратегії персональної ідентифікації за сучасної епохи // Нова парадигма. – 2014. – Вип. 119. – С. 95-104].

1.2. 6. Проблеми з ідентичністю підструктур Я.

1.2. 6.1. Проблеми із професійною ідентичністю. Опис, визначення, симптоми: «Втрата професійної ідентичності породжує феномен професійного маргіналізму, який характеризується відчуттям непричетності до виконуваної професійної ролі, самозапереченням, втратою особистісної



значності професії»  
[[https://cyberleninka.ru/article/n/problemy\\_professionalnoy-identichnosti-i-marginalnosti-v-situatsii-soznatelnoy-smeny-professii-na-primere-polucheniya-vtorogo-vysshego](https://cyberleninka.ru/article/n/problemy_professionalnoy-identichnosti-i-marginalnosti-v-situatsii-soznatelnoy-smeny-professii-na-primere-polucheniya-vtorogo-vysshego)].

1.2. 6.2. Проблеми з гендерною ідентичністю. Опис, визначення, симптоми: незадоволеність своєю статтю, гендерна Одисфорія.

1.2. 6.3. Проблеми із національною ідентичністю.

1.2. 6.3.1. Криза національної ідентичності. Опис, визначення, симптоми: «...невідповідність критеріїв самоідентифікації нації універсальним тенденціям глобального порядку, де конструкція не лише конкретної національної ідентичності, а й значно більш абстрактних, історично сформованих уявлень про природу своєї національно-культурної приналежності (дихотомії «свій» «чужий»), а також недостатня проясненість питання віднесення індивіда до своєї нації і є криза національної ідентичності» [<http://cheloveknauka.com/krizis-natsionalnoy-identichnosti-v-globaliziruyuschemsya-mire#ixzz60sleks7c>].

1.2. 6.3.2. Етнодомінуюча ідентичність. Опис, визначення, симптоми: «Тип ідентичності, при якому етнічність є найкращою перед усіма іншими видами ідентичності (громадянської, політичної, професійної та ін.)» [<https://arheologija.ru/tipyi-etnicheskoj-identichnosti/>].

1.2. 6.3.3. Амбівалентна етнічність. Опис, визначення, симптоми: «Слабо виражена етнічна ідентичність, або «подвійна» ідентичність. Цей тип етнічної ідентичності поширений в етнічно змішаній сім'ї та серед іммігрантів» [<https://arheologija.ru/tipyi-etnicheskoj-identichnosti/>].

1.2. 6.3.4. Етніонігілізм. Опис, визначення, симптоми «Зазвичай проявляється у формі космополітизму і представляє собою заперечення етнічності, етнічних, етнокультурних цінностей» [<https://arheologija.ru/tipyi-etnicheskoj-identichnosti/>].

1.2. 6.3.5. Етнічний фанатизм: Опис, визначення, симптоми: «Такий тип ідентичності, при якому виявляється готовність йти на будь-які жертви та дії в ім'я етнічних інтересів і цілей. Причому ці інтереси та цілі часто розуміються ірраціонально або

абсолютизуються» [<https://arheologija.ru/tipyi-etnicheskoj-identichnosti/>].

1.2. 6.3.6. Етноцентрична ідентичність. Опис, визначення, симптоми «Акцентування особистості на власну етнічність, її безумовну некритичну перевагу, сприйняття життя інших народів крізь призму культури, традиційних установок та ціннісних орієнтацій свого етносу» [<https://arheologija.ru/tipyi-etnicheskoj-identichnosti/>].{ } }

1.2. 6.3.7. Етнічна маргінальність. Опис, визначення, симптоми: «Етнічна маргінальність розглядається як стан конфлікту з нормами і цінностями приймаючого суспільства... внаслідок чого індивідів, які володіють, уникають або дискримінують, переслідують... дуалізм свідомості та поведінки, викликаний внутрішньою неузгодженістю маргіналів, зумовлює систематичної діяльності...» [Кім А.С. Етномаргінальність діаспор у ракурсі етнополітичної конфліктогенності: проблема ідентичності // Вісник ТОГУ. – 2009. – № 1(12). З. 234-238].

1.2. 6.3.7. Етнічна маргінальність. Опис, визначення, симптоми: «Етнічна маргінальність розглядається як стан конфлікту з нормами і цінностями приймаючого суспільства... внаслідок чого індивідів, які нею володіють, уникають або дискримінують, переслідують... дуалізм свідомості та поведінки, викликаний внутрішньою неузгодженістю маргіналів, обумовлює систематичної діяльності...» [Кім А.С. Етномаргінальність діаспор у ракурсі етнополітичної конфліктогенності: проблема ідентичності // Вісник ТОГУ. – 2009. – № 1(12). З. 234-238].

1.2. 6.4. Проблеми із віковою ідентичністю. Опис, визначення, симптоми: неприйняття власного віку.

1.2. 6.5. Проблеми з ідентичністю зі своїм фізичним Я. Опис, визначення, симптоми: незадоволеність своїм фізичним Я, неприйняття своїх фізичних характеристик, дисморфофобія.

1.3. Проблеми Я-концепції та самооцінки.

1.3.1. Неадекватна Я-концепція. Опис, визначення, симптоми: завищена чи занижена самооцінка.

1.3.2. Комплекс неповноцінності. Опис, визначення, симптоми: «Сукупність психологічних та емоційних відчуттів людини, що виражаються в почутті власної ущербності та ірраціональної віри в перевагу оточуючих над собою».

1.3.3. Нестабільна самооцінка. Опис, визначення, симптоми: «Це ситуація, коли людина цілком залежить від думки інших про власну персону» [[https: / / colorharmony.livejournal.com / 154928.html](https://colorharmony.livejournal.com/154928.html)].

1.3.4. Низька диференційованість «Я концепції». Опис, визначення, симптоми: 1) низький ступінь розчленованості афективної та когнітивної «утворюючих»; відповідальних за високий рівень упередженості образу Я і доступність його суб'єктивним спотворень; 2) надзалежність від інтерферуючих впливів емоційного відношення та оцінок значущих інших, стресодоступність і вразливість Я-концепції по відношенню до емоційно травмуючого досвіду; 3) «вузькість» і «сплощеність» системи індивідуальних значень, що репрезентують образ Я». [Соколова Є. Т., Ніколаєва В.В. Особливості особистості при прикордонних розладах і соматичних захворюваннях. М., 1991)].

1.4. Проблеми професійної Я-концепції. Опис, визначення, симптоми завищена та занижена професійна Я концепція [Янченко І.В. Позитивна професійна Я-концепція як чинник успіху у майбутній кар'єрі випускника вузу / / Проблеми та перспективи розвитку освіти: матеріали III Між нар. наук. конф. (м. Перм, січень 2013 р.). Перм: Меркурій, 2013. С. 129-132. URL [https: / / moluch.ru / conf / ped / archive / 66 / 3320 /](https://moluch.ru/conf/ped/archive/66/3320/) (дата звернення: 28.05.2019)].

1.5. Проблеми гендерної Я-концепції.

1.5.1. Гендерний конфлікт. Опис, визначення, симптоми: «Взаємодія та психологічний стан, в основі якого лежать суперечливе сприйняття гендерних цінностей, відносин, ролей, що призводять до зіткнення інтересів та цілей» [Ключко О.І. Гендерний конфлікт / / Гендерна педагогіка та психологія: навч. посібник / за заг. ред. О.І. Ключко. Саранськ: Видавництво Мордовського університету, 2005. 156 с.)].

1.6. Проблеми національної концепції я.

1.6.1. Комплекс національної неповноцінності. Опис, визначення, симптоми незадоволеність своєю національністю.

1.7. Проблеми ставлення себе.

1.7.1. Негативне самовідношення.

1.7.2. Ненависть до себе.

1.7.3. Самозакоханість, нарцисизм.

1.7.4. Байдужість до себе.

1.7.5. Сором'язливість.

1.7.6. Низька самоповагу.

1.7.7. Аутоагресія. Опис, визначення, симптоми: «...активність, націлена (усвідомлено чи неусвідомлено) на заподіяння собі шкоди у фізичній та психічній сферах». [https: / / psychoanalitik.by / dictionary / ].

1.8. Проблеми із почуттям Я.

1.8.1. Деперсоналізація. Опис, визначення, симптоми: «Розлад самосприйняття особистості та відчуження її психічних властивостей. При деперсоналізації власні дії сприймаються ніби з боку і супроводжуються відчуттям неможливості керувати ними, це часто супроводжується явищами де реалізації» [Стоїменов Й.А., Стоїменову М.Й., Коєва П.Й. та ін Психіатричний енциклопедичний словник. – К.: «МАУП», 2003. – С. 1901. – 1200 с].

1.9. Проблеми, пов'язані з підструктур Я.

1.9.1. Слабке Его. Опис, визначення, симптоми: «Це не здатне реалізовувати біологічні, інстинктивні бажання таким способом, який був би прийнятний з точки зору суспільства».

1.9.2. Жорстке Суперего. Опис, визначення, симптоми «Жорстке Суперего вимагає від індивіда суворого (абсолютного) соблюднення вимог моралі (і карає за їх невиконання), хоча подібні вимоги не тільки вступають у конфлікт з глибинною мотивацією організму, але й не підтверджуються повсякденним життям» [http: / / psycholevity.com / scientific\_activity23 / morality\_selfishness].

1.9.3. Конфлікт між Я реальним і ідеальним Я. Опис, визначення, симптоми: конфлікт «...між Я-реальним і Я ідеальним породжують почуття пригнічення і почуття зайвих тривог». [http: / / systempsychology.ru / journal / 2014\_10 / 192-podzorova-iv psihologicheskie-osobennosti-dvoystvennosti-lichnosti-kak-sootnosenie mezhdya-realnym-i-ya-idealnym.html].

1.9.4. Конфлікт між Суперего та Ід. опис, визначення, симптоми: якщо «...конфлікт між ід і супер-его набуває загостреного характеру, нормальне функціонування системи порушується; блоковане лібідо знаходить своє вираження у різних

хворобливих

симптомах».

[<https://studfiles.net/preview/3544037/page:19/>].

1.9.5. Конфлікти між субособами (окремі Я в цілісній особистості, які здійснює ті чи інші функції. Наприклад, «Критик, Скептик» і т. п.). Опис, визначення, симптоми: конфлікти «... бувають трьох видів: хаотичні, принципові та антагоністичні... Хаотичний конфлікт виникає, коли дві субособистості стикаються на рівні подійного потоку, і обидві хочуть стати «у керма» подій, що відбуваються або по-різному їх проводити .... Принциповий конфлікт виникає між субособами, коли одна з них вважає неправильними або неприйнятними якісь прояви або якості (позиції, мети, установки) іншої субособи незалежно від того, активна перша субособистість чи ні. Антагоністичний конфлікт виникає, коли для однієї субособистості абсолютно неприйнятні будь-які прояви іншої суб особистості, тобто вона сама по собі як така» [[http://podvodny.ru/blogs/Practical\\_astrology/330.php](http://podvodny.ru/blogs/Practical_astrology/330.php)].

1.9.6. Рольові конфлікти. Опис, визначення, симптоми: «...Зіткнення рольових вимог, що пред'являються людині, викликане множинністю ролей, що одночасно виконуються, а також іншими причинами» [<https://studentslibrary.com/library/read/60202-rolevoj-konflikt-vidy-rolevogo-konflikt/>].

1.10. Проблеми захисних механізмів (неусвідомлювані захисні процеси від негативних емоцій, наприклад тривоги) особистості.

1.10.1. Неадекватні захисні механізми. Опис, визначення, симптоми: неконструктивні способи подолання від'ємних емоцій.

1.10.2. Незрілі захисні механізми. Опис, визначення, симптоми: Примітивні механізми захисту, сформовані в дитинстві (регресія, інтродекція тощо).

1.10.3. Невротичні захисні механізми Опис, визначення, симптоми: захисні механізми, що сприяють виникненню невротичних симптомів (витіснення, регресія та ін.).

1.10.4. Ретрофлексія. Опис, визначення, симптоми: «Замість на навколишній світ і зміни обставин, людина змінює себе, робить стосовно дії, що він хотів би направити іншого». [<https://ua.wikipedia.org/wiki/>].

1.10.5. Конфлюенція. Опис, визначення, симптоми: «При конфлюенції відбувається стирання кордонів між особистістю та середовищем, утруднено визначення власних почуттів та емоцій, а також переживань інших людей». [https: / / ua.wikipedia.org / wiki / ].

1.11. Проблеми з рефлексією та самоаналізом.

1.12. 1. Низький рівень розвитку рефлексії. Опис, визначення, симптоми: «...характеризується низьким рівнем усвідомлення своїх потреб, нездатністю до вираження своїх почуттів, нездатністю формулювати свої думки» [https: / / www.science education.ru / ru / article / view?id=23955].

1.12. 2. Проблеми з усвідомленням та вербалізацією власних переживань.

2. Проблеми із усвідомленням дійсності.

2. 1. Дежавю. Опис, визначення, симптоми: «Психічний стан, при якому людина, що вона колись уже була в подібній ситуації подібному місці, проте відчуває це почуття, несла його силу зазвичай, не може пов'язати цей «спогад» з конкретним моментом з минулого» [https: / / ua.wikipedia.org / wiki / ].

2. 2. Жамевю або жам'ю («ніколи небачене»). Опис, визначення, симптоми: «Стан, протилежний дежавю, відчуття того, що добре знайоме місце або людина здається абсолютно невідомими або незвичайними» [Стоіменов Й.А., Стоіменова М.Й., Коева П.Й. та ін Психіатричний ен циклопедичний словник. – К.: «МАУП», 2003. – 1200 с. 2. 3.].

2. 3. Сонливий стан свідомість Опис, визначення, симптоми: «Легке порушення свідомості, при якому пацієнт часто засинає, загальмований, проте адекватні реакції можуть бути викликані за допомогою короткочасних зовнішніх подразників...» [Неврологія: Національне керівництво / За ред. Є. І. Гусєва, А. Н. Коновалова, В. І. Скворцова, А. Б. Гехт. – Геотар-Медіа, 2010. с. 522-527].

2. 3. Обнубіляція – «туманність свідомості». Опис, визначення, симптоми: «Легкий ступінь оглушення, уповільнення реакцій і «затуманене» сприйняття реальності ... легке порушення свідомості, при якому пацієнт часто засинає, загальмований, проте адекватні реакції можуть бути викликані за допомогою короткочасних зовнішніх подразників ...» [Невролог :

Національне керівництво / За ред. Є. І. Гусєва, А. Н. Коновалова, В. І. Скворцова, А. Б. Гехт. – Геотар-Медіа, 2010. с. 522-527].

3. Проблеми, пов'язані з мотиваційною сферою особистості.

3.1. Фрустрація потреб. Опис, визначення, симптом ми: «Психічний стан, що виникає в ситуації реальної або передбачуваної неможливості задоволення тих чи інших потреб»[[https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D1%80%D1%83%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F\\_\(%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F\)](https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D1%80%D1%83%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F_(%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F))].

3.2. Криза сенсу, втрата сенсу життя.

3.3. Зниження мотивації.

3.4. Надфіксація на окремих потребах.

3.4.1. Надфіксація на сексуальну потребу.

3.4.2. Надфіксація на їжі.

3.4.3. Надфіксація на батьківській потребі.

3.4.4. Надфіксація на фізичних параметрах (бодібілдері).

3.5. Іпохондрія. Опис, визначення, симптоми: «Стан людини, що виявляється в постійному занепокоєнні з приводу можливості захворіти на одну або кілька соматичними хворобами, скаргах або клопотаності своїм фізичним здоров'ям, сприйнятті своїх звичайних відчуттів як ненормальних і неприємних, припущеннях, що, , є якесь додаткове»[Психіатрія / За ред. Н.Г. Незнанова, Ю.А. Олександровського, Л.М. Барденштейна, В.Д. Вида, В.М. Краснова, Ю.В. Попова. – М.: Геотар-Медіа, 2009. – С. 247-249. – 512 с. – ISBN 978-5-9704-1297-8].

3.6. Гіперсексуальність. Опис, визначення, симптоми: патологічно підвищений статевий потяг і пов'язана з цим статева активність [К. Імелінський. Сексологія та сексопатологія. – М: Медицина, 1986. – С. 225-228. – 424 с.].

3.7. Неадекватні потреби та форми їх задоволення.

3.7.1. Мазохізм. Опис, визначення, симптоми: «Схильність отримувати задоволення, відчуваючи приниження, насильство чи муки. Може бути рисою характеру чи девіацією у поведінці. Сексуальний мазохізм це форма статевої поведінки, при якій засобом отримання збудження та насолоди є страждання, що завдаються партнером. У цьому випадку людина на ґрунті

статевих відчуттів і спонукань бажає бути поневоленим волею іншої особи, бажає, щоб ця особа поводитися з нею як з рабом, всіляко принижуючи його» [Американська психіатрична асоціація. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. – Р. 694].

3.7.2. Садизм. Опис, визначення, симптоми: «Схильність до насильства, отримання задоволення від приниження та страждання інших. Сексуальний садизм – форма сексуальної поведінки, при якому засобом отримання збудження і насолоди є заподіяння страждань партнеру» [Ц.П. Короленка, Н.В. Дмитрієва. Особистісні та дисоціативні розлади: розширення меж діагностики та терапії: Монографія. – Новосибірськ: НДПУ, 2006].

3.7.3. Прийом неадекватної їжі (землі тощо).

3.7.4. Неадекватні форми задоволення сексуальної потреби (сексуальні девіації).

3.8. Лінь. Опис, визначення, симптоми: відсутність чи нестача працьовитості, перевага вільного часу праці. Традиційно розцінюється як порок, оскільки вважається, що лінива людина є нахлібником суспільства.

3.9. Антисоціальні мотиви.

3.10. Звуження кола інтересів.

3.11. Мотиваційний конфлікт. Опис, визначення, симптоми: «Зіткнення двох різних бажань, мотивів, потреб, однаково привабливих для особистості» [<https://lib.sale/osnovy-imenedjmenta-besplatno/ponyatie-vnutrilichnostnom-konflikte-vidyi.html>].

4. Проблеми емоційної сфери.

4.1. Підвищена тривожність.

4.2. Підвищена агресивність.

4.3. Емоційна холодність.

4.4. Сплющений афект. Опис, визначення, симптоми: «Характеризується слабкістю емоційних реакцій, низькою виразністю жестикуляції та міміки, модуляції голосу і пози, слабкою контактністю у погляді, і в цілому збідненні зовнішніх емоцій» [<https://medicrys.ru/affektivnaya-tuposthtml>].

4.5. Неадекватність почуттів.



4.6. Ейфоричний стан. «Опис, визначення, симптоми: форма хворобливо-підвищеного настрою, що характеризується благодушністю, безтурботним блаженством, станом тихої радості»

<https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%B9%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F>].

4.7. Дисфоричний стан. Опис, визначення, симптоми: форма болюче-зниженого настрою (антонім слова «ейфорія»), що характеризується похмурою дратівливістю, почуттям неприязні до оточуючих

[<https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F>].

4.8. Почуття провини, сором.

4.9. Розпач.

4.10. Плаксивість.

4.11. Проблеми, пов'язані з емоційним інтелектом.

4.11.1. Низький рівень емоційного інтелекту. Опис, визначення, симптоми: «Нездатність сприймати або відчувати емоції (як свої власні, так і іншу людину)» [<https://www.science-education.ru/en/article/view?id=13564>].

4.11.2. Нездатність спрямовувати свої емоції на допомогу розуму.

4.11.3. Нездатність розуміти, що виражає та чи інша емоція.

4.11.4. Нездатність управляти емоціями.

5. Проблеми, пов'язані з погано контрольованими почуттями (ненависть, ревності, заздрість, фанатична любов, любовні страждання тощо).

6. Проблеми, пов'язані із волею.

6.1. Проблеми прийняття рішення.

6.2. Проблеми контролювати емоції.

6.3. Труднощі контролювати бажання та спонукання.

6.4. Імпульсивність. Опис, визначення, симптоми: «риса характеру, що виражається у схильності діяти без достатнього свідомого контролю, під впливом зовнішніх обставин або через емоційні переживання» [<http://psi.webzone.ru/st/040900.htm>].

6.5. Проблеми контролювати розумові процеси.

6.6. Проблеми самовладання.

6.7. Впертість.

6.8. Нерішучість.

6.9. Несамостійність.

6.10. Безініціативність.

6.11. Нестриманість.

6.12. Недисциплінованість.

6.13. Нав'язливість. Опис, визначення, симптоми: «Характеристика явищ і психічних процесів, що означає їхню не підконтрольність свідомості, їх вчинення всупереч бажанню, нерідко всупереч стримуючим зусиллям суб'єкта» [<http://www.psychologies.ru/glossary/13/navyazchivost/> (дата звернення: 01.10.2019)].

6.14. Надмірний самоконтроль.

6.15. Копролалія (лат. coprolalia; від др.-грец. κόπρος «кал, бруд» + λαλία «мова»). Опис, визначення, симптоми: «Хворобливий, іноді непереборний імпульсивний потяг до цинічної та не цензурної лайки без жодного приводу» [<https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%8F>].

7. Проблеми, пов'язані з когнітивною сферою особи.

7.1. Проблеми, пов'язані із відчуттями.

7.1.1. Психологічні проблеми, пов'язані зі зниженням чи посиленням гостроти зору.

7.1.2. Гіперестезія. Опис, визначення, симптоми: «...це підвищена чутливість до подразників (знижений поріг відчуттів). Відчуття звичайної сили набувають неприродньо різкого характеру, наприклад світло стає нестерпно яскравим, звуки – оглушливими гучними, запахи – нестерпно різкими» [<https://psychiatr.ru/education/slide/111> (дата звернення: 01.10.2019)].

7.1.3. Гіпестезія. Опис, визначення, симптоми: «...це знижена чутливість до подразників. Звичайні подразники відчуються менш яскравими (гаряче відчувається теплим, яскраве світло – тьмяним, гучний звук – тихим, їжа – несмачна і т. д.), слабкі подразники взагалі не сприймаються, у певних випадках тільки подразники великої сили можуть проникати у свідомість» [<https://psychiatr.ru/education/slide/111>].

: / / [psychiatr.ru/education/slide/111](https://psychiatr.ru/education/slide/111) (дата звернення: 01.10.2019)].

7.1.4. Анестезія. Опис, визначення, симптоми: «...це відсутність чутливості до подразників. Аналгезія – нечутливість до болю» [<https://psychiatr.ru/education/slide/111> (дата звернення: 01.10.2019)].

7.1.5. Психологічні проблеми, пов'язані із порушенням колірною сприйняття.

7.1.6. Больові відчуття.

7.1.7. Проблеми пов'язані, з дискомфорними тілесними відчуттями (свербіж, поколювання тощо).

7.1.8. Психологічні проблеми, пов'язані зі зниженням чи посиленням слуху.

7.1.9. Відчуття шуму у вухах без зовнішнього подразника.

7.1.10. Сенестопатії (від грец. *koinos* – загальний і *aisthesis* – відчуття). Опис, визначення, симптоми: «Неприємні, важкі, часто болючі відчуття, які не мають для свого виникнення об'єктивних причин (констатованих об'єктивними методами обстеження)» [<https://psychiatr.ru/education/slide/113>].

7.1.11. Психологічні проблеми, пов'язані із втратою чутливості окремих частин тіла. Опис, визначення, симптоми: «Порушення чутливості можуть виявлятися симптомами зниження, ослаблення або відсутності одного або кількох видів чутливості».

[<https://empendium.com/ru/chapter/V33.I.1.9>. дата звернення: 01.10.2019)].

7.1.12. Психологічні проблеми, пов'язані з частковою або повною втратою нюхових чи смакових відчуттів.

7.2. Психологічні проблеми, пов'язані зі сприйняттям.

7.2. 1. Проблеми із сприйняттям часу.

7.2. 2. Проблеми, пов'язані зі сприйняттям тіла, зовнішності.

7.2. 2. 1. Порушення схеми тіла Опис, визначення, симптоми: «Розлади схеми тіла виражаються у порушенні звичних уявлень про розміри і форму свого тіла або окремих його частин, про розташування їх або про становище всього тіла» [Менделевич Є.Г., Менделевич В.Д. Психіатрія. Підручник Видавництво: Фенікс, 2019].

7.2. 2. 2. Негативне ставлення до свого тіла.

7.2. 2. 3. Небажання дивитись у дзеркало.

7.2. 2. 4. Нав'язливе бажання змінити тіло (бажання змінити масу тіла, форму зубів, даззлінг, введення під шкіру штучних імплантатів, татуювання, таврування, пірсинг тощо).

7.2. 2. 5. Невдоволення окремими частинами тіла.

7.2. 3. Феномен фантома. Опис, визначення, симптоми: «Помилкове сприйняття відсутньої насправді кінцівки» [[https://studref.com/607729/psihologiya/patologiya\\_vospriyatiya/](https://studref.com/607729/psihologiya/patologiya_vospriyatiya/)].

7.3. Проблеми пов'язані з увагою.

7.3.1. Знижена здатність фіксувати та спрямовувати увагу.

7.3.2. Розсіяність. Опис, визначення, симптоми: «Легка переключення слабokonцентрованої уваги. Цей тип неухажності зустрічається при астенії у ослаблених людей із соматичними захворюваннями, у дітей з невротичними станами, а також на початкових етапах різних психічних розладів» [[https://uchebnikfree.com/klinicheskaya-psihologiya\\_issledovanie/narusheniya-v4.html](https://uchebnikfree.com/klinicheskaya-psihologiya_issledovanie/narusheniya-v4.html)].

7.3.3. Слабка концентрація уваги при зниженому перемиканні. Опис, визначення, симптоми: «Цей тип неухажності пов'язаний з постійним або тимчасовим зниженням рухливості нервових процесів, спостерігається у хворих з церебральним атеросклерозом в літньому віці, при хронічному алкоголізмі і наркоманії і на пізніх стадіях шизофренії» [Карвасарський Б. Клінічна психологія: Підручник для вишів. 2011. с. 427].

7.3.4. Гіперметаморфоз уваги. Опис, визначення, симптоми: «Підвищене відволікання. Надмірна рухливість уваги, постійний перехід від одного виду діяльності до іншого. При виконанні коректурної проби та інших завдань хворі пропускають дії із психомоторною патологією» [Карвасарський Б.Д. Клінічна психологія: Підручник для вишів. 2011. с. 427].

7.3.5. Звуження обсягу уваги. Опис, визначення, симптоми: «Патологічне зосередження, обумовлене слабкістю його розподілу» [Карвасарський Б.Д. Клінічна психологія: Підручник для вишів. 2011. с. 427].

7.3.6. Виснаженість уваги. Опис, визначення, симптоми: «Прогресуюче послаблення інтенсивності уваги в процесі роботи. Виявляється по різкому зниженню якості та темпу виконання

завдання. Швидка виснажуваність уваги властива хворим з травмами черепа та іншими органічними захворюваннями мозку, а також з реактивними прикордонними станами та посттравматичними станами» [Карвасарський Б. Д. Клінічна психологія: Підручник для вузів. 2011. с. 427].

7.3.7. Інертність уваги. Опис, визначення, симптоми: "Неможливість своєчасного переключення або патологічна фіксація уваги" [Карвасарський Б.Д. Клінічна психологія: Підручник для вишів. 2011. с. 428].

7.4. Проблеми, пов'язані з пам'яттю.

7.4.1. Психогенна амнезія. Опис, визначення, симптоми: «Це стан, у якому спостерігається раптова втрата можливості відтворити важливу інформацію щодо себе, вже у пам'яті. Ця втрата функції така, що її не можна пояснити нормальною забудькуватістю. Здатність до заучування нової інформації збережено. При психогенній амнезії відсутня органічне ураження мозку, яке могло б лежати в її основі» [<https://psyera.ru/2701/psihogennaya-amneziya>].

7.4.2. Дисоціативна амнезія. Опис, визначення, симптоми: «Один із видів дисоціативних розладів, при якому пацієнтом втрачається пам'ять на події в основному особистого характеру, що є наслідком стресу або події, що травмує, при цьому здатність сприйняття нової інформації зберігається» [[https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F\\_%D0%B0%D0%BC%D0%BD%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F](https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D0%B8%D1%81%D1%81%D0%BE%D1%86%D0%B8%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D0%BC%D0%BD%D0%B5%D0%B7%D0%B8%D1%8F)].

7.4.3. Проблеми запам'ятовування. Опис, визначення, симптоми: Труднощі запам'ятовування поділяють залежно від типу пам'яті: короткочасної, робочої та довгострокової. У зв'язку з дефіцитом уваги у процесі обробки інформації виникають проблеми, що призводить до труднощів із запам'ятовуванням. Проблеми згадування подій, які сталися нещодавно. Виникають проблеми з робочою пам'яттю, тобто здатністю мозку зберігати і використовувати відповідну інформацію під час виконання завдання: проблеми, пов'язані з вирішенням логічних завдань, функціональні проблеми з розумінням читання, труднощі зі словесним запам'ятовуванням завдання при його виконанні.

Порушення довгострокової пам'яті виявляються в нездатності швидко і ефективно викликати інформацію з довгострокової пам'яті

[[http://www.avgustcenter.ru/uslugi/neypsiholog/trudnosti\\_zarominaniya](http://www.avgustcenter.ru/uslugi/neypsiholog/trudnosti_zarominaniya)].

7.4.4. Проблеми впізнання осіб. Опис, визначення, симптоми: «Прозопагнозія, або лицьова агнозія – це розлад сприйняття особи, при якому здатність впізнавати особи втрачена, але при цьому здатність впізнавати предмети в цілому збережена» [<https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%BE%D0%B7%D0%B8%D1%8F>].

7.4.5. Помилкові спогади. Опис, визначення, симптоми: «Помилкові спогади або конфабуляції – це розлади пам'яті, в яких факти, що були насправді або видозмінені, переносяться в інший (часто найближчим) час і можуть поєднуватися з абсолютно вигаданими подіями» [Довідник з психіатрії ред. акад. АМН СРСР проф. А. В. Сніжневського. – 1-е вид. – М: Медицина, 1974. – С. 64].

7.4.6. Флешбеки. Опис, визначення, симптоми: "flashback (flash "спалах, осяяння" і back "назад") – це спалах з минулого, фрагмент того, що вже колись було. Це дуже реалістичний спогад, який виник ненароком, без волі людини. Як правило, це неприємні переживання з минулого, які залишили глибокий слід у психіці» [Посттравматичний стресовий розлад / За ред. В.А. Солдаткіна; Авторський колектив: Агіба лова Т.В., Олександрівський Ю.А., Бочеева Є.А... Сукіасян С.Г...); ГБОУ ВПО РостДМУ МОЗ Росії. – Ростов н / Д: Вид-во РостГ МУ, 2015].

7.4.7. Забудькуватість.

7.4.8. Проблеми забування.

7.4.9. Часткова (елективна) гіперамнезія на окремі факти, події, цифри чи певні обмежені періоди життя.

7.4.10. Провали в пам'яті

7.4.11. Хибні впізнання

7.5. Проблеми, пов'язані з мисленням та інтелектом.

7.5.1. Проблеми із осмисленням.

7.5.2. Ірраціональні переконання.

7.5.3. Неадаптивні концепції життя.

7.5.4. Неадаптивні стратегії мислення (генералізації, переоцінювання та недооцінювання, персоналізації, дихотомічне мислення, довільні умовиводи [Бек А., Раш А., Шо Б., Емері Г. Когнітивна терапія депресії. СПб.: Пітер, 2003].

7.5.5. Емоційне мислення.

7.5.6. Низький рівень інтелекту.

7.5.7. Уповільнення мислення. Опис, визначення, симптоми: «Інакше визначаються як брадифренія, брадіартрія; супроводжується застрівальністю, труднощами перемикання, інертністю, моноідеїзмом, уповільненням темпу утворення асоціацій та їх бідністю, лаконічністю відповідей, тривалими паузами між питаннями та відповідями хворого, бідністю мовної ініціативи, поєднується із загальним зниженням активності, ініціативи» [<https://.net/otvety-k-ekzamenu-po-psikhiatrii/314-dinamicheskie-narusheniya-myshleniya-uskorenie.html>].

7.5.8. Символічне мислення. Опис, визначення, симптоми: психопатологічний симптом, що виявляється в розладі мислення, при якому хворий надає поняттям алегоричного змісту, зовсім не зрозумілого іншим, але має виняткове значення для хворого [[https://ua.wikipedia.org/wiki/Символическое\\_мышление](https://ua.wikipedia.org/wiki/Символическое_мышление)].

7.5.9. Прискорення темпу мислення. Опис, визначення, симптоми: «Інакше визначається як тахіфренія, тахілалія, логорея; супроводжується суб'єктивною легкістю, полегшеністю розумового процесу, великою кількістю і швидкою мінливістю, лабільністю, льоту честю виникаючих механічних асоціацій, спогадів, уявлень, їх поверхневим характером, переважанням механічних асоціацій над логічними» [Незнанов Н.Н. Психіатрія: підручник. – М: Геотар-Медіа, 2016. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438282.html>].

7.5.10. Когнітивний диссонанс. Опис, визначення, симптоми: «стан психічного дискомфорту індивіда, викликаний зіткненням у його свідомості конфліктуючих уявлень: ідей, вірувань, цінностей чи емоційних реакцій» [<https://ria.stk.ru/mmqa/detail.php?ID=127487>].

7.5.11. Проблеми, пов'язані зі світоглядом.

7.5.12. Ригідне мислення. Опис, визначення, симптоми: «... людина не може скласти і прийняти нову картинку навколишнього

світу у зв'язку з тим, що вона суперечить його установкам, що сформувався» [<https://tonusmozga.ru/myshlenie/patologii-myshleniya/rigidnost.html>].

7.5.13. Логічна непов'язаність.

7.5.14. Метафізична інтоксикація. Опис, визначення, симптоми: «Який характеризується роздумами на абстрактні теми, відмітними ознаками яких є примітивність, відрив від реальності та відсутність критики» [<https://otvet.mail.ru/question/93109210>].

7.5.15. Докладність (торпідність) мислення. Опис, визначення, симптоми: деталізованість, в'язкість, інертність, тугорухливість, торпідність мислення [Жмуров В.А. Клінічна психіатрія. – Видавництво: Джангар, 2010].

7.5.16. Абстрактне, не конкретизоване мислення. Опис, визначення, симптоми: Занадто узагальнене, а тому ніяк не конкретизоване ("беззмістовне", або "порожнє", за Гегелем) мислення з абстрактними категоріями («Я щасливий, він гарний» і т. п.) [<https://texts.news/filosofiya-uchebnik-besplatno/abstraktnoe-konkretnoe.html>].

7.5.17. Алогічність мислення. Опис, визначення, симптоми: «Нелогічне міркування, хід думки, що порушує закони та правила логіки, або факт, який не вкладається в рамки логічного мислення, те, що не можна обґрунтувати логічно, протирічне логіці» [<https://kilinson.com/story/2016/12/10/alogizm/>].

7.5.18. Проблеми, пов'язані з узагальненням, абстрагуванням, конкретизацією, систематизацією.

7.5.19. Проблеми розуміння.

7.5.20. Асоціативні розлади (порушення зв'язаності процесів мислення).

7.5.21. Резонерське мислення – абстрактно-розпливчасте мислення. Опис, визначення, симптоми: «Тип мислення, що характеризується схильністю до порожніх, безплідних, заснованих на поверхневих, формальних аналогіях міркувань» [<https://studfiles.net/preview/398979/page:4/>].

7.5.22. Аутистичне мислення. Опис, визначення, симптоми: «Основні ознаки аутистичного мислення, за Є. Блейлером (1927) такі: 1) алогічне мислення, мислення, котрій логіка чи якісь регулярні правила руху думки є скільки-небудь важливими і



більше обов'язковими. Аутистичні ідеї перебувають у грубій суперечності не тільки з дійсністю, а й між собою, з погляду логіки вони абсолютно безглузді. Ігноруються не тільки логічні, а й тимчасові відносини. 2) аутистичне мислення тенденційне. Між аутистичним і звичайним мисленням не існує різкої межі, оскільки у звичайне мислення дуже легко проникають аутистичні, тобто афективні елементи». Аутистичні ідеї відповідають не реальності, а прагненням, бажанням, що кореняться в потребі задоволення. 3) спосіб вираження думки, аутизм користується першим матеріалом думок, що трапився, навіть помилковим, він постійно оперує з недостатньо продуманими поняттями. 4) аутистичне мислення характеризує і те, що його механізми створюють задоволення **найбезпосереднішим чином**» [<http://www.psychiatry.ru/lib/1/book/91/chapter/6>].

7.5.23. Нав'язлива (обсесивна) ідея. Опис, визначення, симптоми: «Розлад, що є періодично, через невизначені проміжки часу, що виникають у людини нав'язливі небажані мимовільні думки, ідеї або уявлення, які викликають у людини негативні емоції або дистрес» [Слободяник А.П. Психастенія та невроз нав'язливих станів // Психотерапія, навіювання, гіпноз. – 4-те, випр. та дод. – Київ: Здоров'я, 1983].

7.5.24. Надцінні ідеї. Опис, визначення, симптоми: «Виникають в результаті реальних обставин і виводяться з особи, її установок, але супроводжується невичерпною емоційною напругою і переважає у свідомості над іншими судженнями. Людину охоплює надмірна одержимість у досягненні будь-якої мети» [<https://ua.quizzclub.com/trivia/kak-nazyvayut-nekuyu-ideyu-polnostyu-poglotivshuyu-cheloveka/answer/392061/>].

7.5.25. Магічне мислення. Опис, визначення, симптоми: «переконання можливості впливу дійсність у вигляді символічних психічних чи фізичних дій та / або думок» [<https://www.b17.ru/article/86837/>].

7.5.26. Забобонне мислення чи забобони. Опис, визначення, симптоми: «Релігійний забобон, що є вірою або практикою, заснованою на сприйнятті сил, незрозумілих законами природи. апотропеїчна магія. Особливе місце займають прикмети: певним подіям приписується прогностичне значення». %B8%D0%B5].

7.5.27. Містичне мислення. Опис, визначення, симптоми: «Спосіб думки, що відрізняється ірраціональністю, тісно пов'язаний з уявленнями про надприродну природу явищ» [[http: / / samlib.ru / s / sedxmigradskij\\_w / evolutia.shtml](http://samlib.ru/s/sedxmigradskij_w/evolutia.shtml)].

7.5.28. Низький рівень критичності.

7.5.29. Високе самонавіювання.

7.5.30. Фантазерство.

7.5.31. Песимістичне мислення.

7.5.32. Спотворене мислення (катастрофізація, гіперболізація).

7.6. Проблеми, пов'язані з промовою.

7.6.1. Проблеми, пов'язані з дефектами мови (заїкання, картовість і т. п.).

7.6.2. Проблеми вербалізацією думок та почуттів.

7.6.3. Проблеми, пов'язані з письмовою мовою (письмового оформлення думок тощо).

7.6.4. Афонія (втрата голосу, здатності звучно фонувати слова при збереженні шепітної мови [[https: / / profilib.site / chtenie / 92978 / yuriy-antropov-osnovy-diagnostiki psikhicheskikh-rasstroystv-48.php](https://profilib.site/chtenie/92978/yuriy-antropov-osnovy-diagnostiki-psikhicheskikh-rasstroystv-48.php)]).

7.6.5. Мутизм (немотивована відсутність спонтанного та відповідного мовлення при збереженні її розуміння та здатності до артикуляції [[https: / / litlife.club / books / 239913 / read?page=52](https://litlife.club/books/239913/read?page=52)]).

7.6.6. Затримка мовного розвитку.

7.6.7. Ехолалія (повторення слів або фраз оточуючих)

7.6.8. Аграматизм (порушується структура речення, узгодженість слів у відмінках, часі, замінюється займенник «я» іншими).

7.6.9. Стереотипія мови проявляється в персевераціях, вербігераціях, «стоячих обертах».

7.6.10. Убогий словниковий запас.

7.6.11. Мовний бар'єр. Опис, визначення, симптоми: «складності в комунікації людей, пов'язані з приналежністю тих, хто говорить до різних мовних груп» [[https: / / ua.wikipedia.org / wiki / %D0 %AF %D0 %B7 %D1 %8B %D0 %BA %D0 %BE %D0 %B2 %D0 %BE %D0 %B9\\_ %D0 %B1 %D0 %B0 %D1 %80 %D1 %8C %D0 %B5 %D1 %80](https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%AF%D0%B7%D1%8B%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9_%D0%B1%D0%B0%D1%80%D1%8C%D0%B5%D1%80)].

## 8. Поведінкові проблеми.

8.1. Адиктивна поведінка (від англ. addiction – схильність, пагубна звичка; лат. addictus – рабсько відданий). Опис, визначення, симптоми: «Один з типів девіантної (відхиляється) поведінки з формуванням прагнення людини до уникнення реальності, шляхом штучної зміни свого психічного стану, за допомогою застосування деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримки інтенсивних емоцій»

[[http: / / antidrug.health.am / ukr / lib\\_ukr / addictive\\_behavior.pdf](http://antidrug.health.am/ukr/lib_ukr/addictive_behavior.pdf)].

8.1.1. Гемблінг. Опис, визначення, симптоми: патологічна схильність до азартних ігор.

8.1.2. Адикція відносин (сексуальна, любовна, сектантська, залежність від людини чи групи та ін.).

8.1.3. Любовна адикція.

8.1.4. Наркоманія.

8.1.5. Алкогольна залежність.

8.1.6. Трудоголізм: Опис, визначення, симптоми: Трудоголік «... працює понаднормово (крім робочих чи фінансових вимог), постійно думає про роботу і відчуває брак задоволення від роботи, які не пов'язані з фактичними потребами на робочому місці» [[https: / / www.britannica.com / topic / workaholism](https://www.britannica.com/topic/workaholism)].

8.1.7. Шопоголізм. Опис, визначення, симптоми: це некероване тяжіння до здійснення закупівель без необхідності в них [[https: / / psihomed.com / shopogolizm /](https://psihomed.com/shopogolizm/)].

8.1.8. Технологічні залежності (залежність від телевізора, від комп'ютерних ігор, інтернет-адикція, гаджет-адикція, від смартфонів, електронних іграшок, тамагочі, смс-адикція).

8.1.9. Ургентна адикція. Опис, визначення, симптоми: «Стан залежності від почуття нестачі часу. Такі аддикти завжди зайняті безліччю справ та діяльностей, гіперстимульовані і перебувають у стані тривоги та стресу через переживання того, що вони чогось не зробили, або можуть не встигнути для кар'єрного зростання, для розвитку своїх відносин, для реалізації себе». [[https: / / cyberleninka.ru / article / v / urgentnaya-zavisimost-kak-otvet-na-fenomen-nehvatki-vremeni-v-postmodernistskom-mire](https://cyberleninka.ru/article/v/urgentnaya-zavisimost-kak-otvet-na-fenomen-nehvatki-vremeni-v-postmodernistskom-mire)].

8.1.10. Клептоманія (компульсивна крадіжка). Опис, визначення, симптоми: «Характеризується відмовою чинити опір

імпульсам крадіжки предметів, які не мають безпосереднього використання або внутрішньої цінності для людини, супроводжується відчуттям підвищеної напруги перед здійсненням крадіжки або задоволення, або полегшення під час дії» [<https://dictionary.apa.org/kleptomania>].

8.1.11. Піроманія. Опис, визначення, симптоми: «підпали, що здійснюються обдумано та цілеспрямовано і більш ніж одноразово; напруга та активація афекту перед підпалами, а також почуття задоволення, полегшення при підготовці до підпалу та споглядання пожежі».

8.1.12. Харчова адикція.

8.1.13. Сексуальні адикції. Опис, визначення, симптоми: «Проблемна сексуальна поведінка, така як парафілія або гіперсексуальність, адикція до мастурбації. Визначальною ознакою сексуальної залежності є сексуальна поведінка, яка не контролюється ... »[<https://dictionary.apa.org/sexual-addiction>].

8.1.14. Співзалежність. Опис, визначення, симптоми: «патологічний стан, що характеризується глибоким поглинанням і сильною емоційною, соціальною або навіть фізичною залежністю від іншої людини. Засіб захисту або способу виживання в несприятливих для людини сімейних обставинах, своєрідна реакція, що закріпилася, на стрес від наркоманії або алкоголізму близької людини, яка згодом стає способом життя» [Шорохова О. А. Ш 79 Життєві пастки залежності та співзалежності. – СПб.: Мова, 2002. – 136 с., С.7 [[http://www.al24.ru/wp-content/uploads/2014/11/%D1%88%D0%BE%D1%80\\_1.pdf](http://www.al24.ru/wp-content/uploads/2014/11/%D1%88%D0%BE%D1%80_1.pdf)]].

9. Агресивна поведінка.

9.1. Вербальна агресія (образи, звинувачення, плітки, наклеп).

9.2. Фізична агресія.

10. Брехливість. Опис, визначення, симптоми: «форма поведінки, що характеризується систематичним свідомим прагненням створити в інших неправильне враження про факти і події для отримання вигод або запобігання негативним наслідкам».

[<https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B6%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C>].{ {1

}}11. Проблеми зі сном (безсоння, надмірна денна сонливість, кошмари, лунатизм, гіпнофобія).

12. Імпульсивна поведінка. Опис, визначення, симптоми: «Нездатність індивіда впоратися з імпульсом чи спокуса зробити дію, що виявиться шкідливою, схильність діяти під впливом випадкових імпульсів, зовнішніх причин. Часто є наслідком легковажності, гедонізму, недосвідченості» [https: / / vocabulary.ru / termin / impulsivnoe-povedenie.html].

Суїцидальна поведінка. Опис, визначення, симптоми: «Варіант поведінки особистості, що характеризується усвідомленим бажанням накласти на себе руки (ціль – смерть, мотив – вирішення або зміна психотравмуючої ситуації шляхом добровільного відходу з життя), тобто будь-які внутрішні і зовнішні форми психічних актів, спрямовуються уявленнями про позбавлення себе життя

»[http: / / www.psychiatry.ru / lib / 56 / book / 110 / chapter / 2].

14. Дитячі проблеми.

14.1. Смоктання пальця.

14.2. Кусання нігтів, оніхофагія, дерматоманія.

14.3. Колупання в носі.

14.4. Мукофагія (поїдання сухого слизу). Опис, визначення, симптоми: «Нав'язлива звичка до колупання в носі у дорослому віці, до різних інших колупань, наприклад, у вухах, а також поїдання сухого слизу» [https: / / thequestion.ru / questions / 826 / pochemu -люді-так-любят-ковырят-в-носу-а-потім-cedat-наковиряное].

14.5. Трихотиломанія (потреба рвати на собі волосся).

14.6. Дитяча брехня. Опис, визначення, симптоми: «Діти обманюють через страх, сорому, хвастощі, рідше – з особистої ви роки» [https: / / mel.fm / vazhny\_razgovor / 4691320-lies].

14.7. Енурез.

14.8. Гіперактивність. Опис, визначення, симптоми: «Сукупність симптомів, пов'язаних з надмірною психічною та моторною активністю. ... Такі діти швидко відволікаються, їх однаково легко і потішити, і засмутити. Часто для них характерні агресивна поведінка та негативізм». [https: / / www.krugosvet.ru / enc / medicina / GIPERAKTIVNOST.html].

14.9. Аутистична поведінка. Опис, визначення, симптоми: «Поведінка, для якої характерні крайня невідкликаність до інших людей, погані комунікаційні навички і повторювана, ригідна поведінка» [<https://vocabulary.ru/termin/autisticheskoe-rasstroistvo.html>].

14.10. Неадекватні поведінкові реакції (неадекватна посмішка, сміх, напади агресії).

15. Проблеми пов'язані з характером.

15.1. Акцентуації характеру (гіпертимний тип, дистимічний, циклоїдний, збудливий, застрягає, педантичний, тривожний, емотивний, демонстративний, екзальтований, інтровертований, конформний та ін.). Опис, визначення, симптоми: «Акцентуація є варіантом психічного здоров'я (норми), який характеризується особливою вираженістю, загостреністю, непропорційністю деяких рис характеру всьому складу особи і наводить її до певної дисгармонії».

[<https://www.psychologos.ru/articles/view/akcentuaciya-haraktera>].

15.2. Негативні риси характеру (авторитарність, агресивність, азартність, жадібність, апатичність, безладність, байдужість, безвідповідальність, безлика, безжалісність, безцеремонність, балакучість, вітряність, владолюбство, навіювання, вульгарність, дурість, дурість забудькуватість, залежність, заздрість, закомплексованість, за нудство, злість, розпещеність, лінощі, брехливість, лицемірство, лестивість, цікавість, дріб'язковість, мстивість, нахабство, надмінність, набридливість, недбалість, уразливість, уразливість і т. п.).

15.3. Негативні вольові риси характеру (нерішучість, несамостійність, безпринципність та ін.).

16. Проблеми, пов'язані із темпераментом.

16.1. Негативні риси темпераменту (висока тривожність, агресивність, швидка стомлюваність, пригнічений настрій, песимізм тощо).

17. Проблеми, пов'язані зі сприйняттям стресової ситуації, реакціями на стрес та копінгом.

17.1. Сприйняття (оцінка) стресової ситуації як катастрофи, безвихідної ситуації.

17.2. Переживання стресової ситуації, а чи не її аналіз.

17.3. Неадекватні реакції на стрес (афективні реакції, суїцид, уникнення тощо).

17.4. Гостра стресова реакція (реакція горя). Опис, визначення, симптоми: «Реакція на втрату значущого об'єкта, втрату частини власної ідентичності чи очікуваного майбутнього» [<https://psyfactor.org/lib/psychotherapy5.htm>].

17.5. Зниження стресостійкості.

17.6. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Опис, визначення, симптоми: «Тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиничної або повторюваних психотравмуючих ситуацій, як, наприклад, участь у військових діях, важка фізична травма, сексуальне насильство, або загроза смерті» [<https://www.wattpad.com/story/186569777-posttraumatic>].

17.7. Неадаптивні варіанти копінг поведінки. Опис, визначення, симптоми: «миріння», «розгубленість», «дисимуляція», «ігнорування», «придушення емоцій», «покірність», «самообвинувачення», «агресивність», свідоме небажання думати та аналізувати, тривала самота, Мутизм [Агазаде Н. Копінг-стратегії під час кризи. [Електронний ресурс] // Медична психологія у Росії: електрон. наук. журн. 2012. N 1. URL: <http://medpsy>].

18. Проблеми духовно-моральної сфери особистості.

18.1. Почуття провини.

18.2. Духовна криза. Опис, визначення, симптоми: «один із видів особистісної кризи, що виявляється у переживанні втрати буттєвої основи існування, що виникає у відповідь на емоційну реакцію щодо індивідуально значущої події чи явища та супроводжується порушенням процесу пошуку сакрального». [[https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B9\\_%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%81](https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%94%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%B2%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BA%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%81)].

18.3. Моральне падіння.

18.4. Моральний конфлікт. Опис, визначення, симптоми: «Специфічна ситуація морального вибору, в якій людина, яка приймає рішення, констатує у своїй свідомості протиріччя: здійснення кожної з обраних можливостей вчинку в ім'я будь-якої моральної норми одночасно веде до порушення іншої норми, що

представляє для даної людини певну моральну цінність» [http: / / www.slovochel.ru / kon\_moralnii.htm].

18.5. Невміння пробачити.

18.6. Ціннісний конфлікт. Опис, визначення, симптоми: «Тип конфліктного протистояння, у якому ціннісні установки індивіда чи групи вступають у суперечність із ціннісними нормами і очікуваннями більш менш широкого соціального оточення чи суспільства загалом»

[http: / / dspace.kpfu.ru / xmlui / bitstream / handle / net / 22006 / 16\_226\_A5kl\_000662.pdf].

18.7. Бездуховність. Опис, визначення, симптоми: Властивість особистості, життєдіяльність якої проходить у повному протиріччі із законами природи, суспільства та моральними догматами віри. Вона проявляється у формі помилкового світогляду, підміни мети життя її засобами, душевної грубості та егоїзму, у формі різних пристрастей і пороків, у відсутності цілісної картини світу, у нездатності людини розрізняти добро і зло».

[https: / / spiritual\_culture.academic.ru / 259 / %D0 %91 %D0 %B5 %D0 %B7 %D0 %B4 %D1 %83 %D1- %85 %D0 %BE %D0 %B2 %D0 %BD %D0 %BE %D1 %81 %D1 %82 %D1 %8C].

18.8. Слабке суперего. Опис, визначення, симптоми: Внутрішні вимоги до себе, почуття обов'язку, совісті і т. д. для такої людини не стимул. Вона часто не виконує взятих зобов'язань, оскільки контролювати їх виконання самотійно не вміє.

18.9. Моральний нігілізм. Опис, визначення, симптоми: «Метаетична позиція людини, згідно з якою ніщо по суті не може бути моральним чи аморальним» [https: / / ua.wikipedia.org / wiki / %D0 %9C %D0 %BE %D1 %80 %D0 %B0 %D0 %BB- %D1 %8C %D0 %BD %D1 %8B %D0 %B9 \_ %D0 %BD %D0 %B8 %D0 %B3 %D0 %B8 %D0 %BB %D0 %B8 %D0 %B7 %D0 %BC].

19. Проблеми релігійної сфери особистості.

19.1. Релігійний фанатизм. Опис, визначення, симптоми: «Прагнення до неухильного слідування їм у практичному житті, нетерпимість до іновірців та інакомислячих» [http: / / www.slovochel.ru / fan-religioznii.htm].



- 19.2. Побоювання кінця світу.
- 19.3. Побоювання духів.
- 19.4. Страх потрапити до пекла.
- 19.5. Боязнь Бога.
- 19.6. Боязнь Сатани.
- 19.7. Побоювання пристріту.
- 19.8. Боязнь відьом, чаклунів, магів.
- 19.9. Побоювання символ хреста.
- 19.10. Внутрішньоособистісні релігійні конфлікти.

## 20. Проблеми із установками.

### 20.1. Неадекватні установки.

20.1.1. Неадекватні установки щодо протилежної статі.

20.1.2. Неадекватні установки щодо різних соціальних груп та професій.

20.2. Неконгруентність. Опис, визначення, симптоми: «Невідповідність один одному досвіду людини та її уявлень про сам собі. На рівні проявів означає тривогу, вразливість, нецільність

особистості». [183] [19] [20] [21] [22] [23] [24] [25] [26] [27] [28] [29] [30] [31] [32] [33] [34] [35] [36] [37] [38] [39] [40] [41] [42] [43] [44] [45] [46] [47] [48] [49] [50] [51] [52] [53] [54] [55] [56] [57] [58] [59] [60] [61] [62] [63] [64] [65] [66] [67] [68] [69] [70] [71] [72] [73] [74] [75] [76] [77] [78] [79] [80] [81] [82] [83] [84] [85] [86] [87] [88] [89] [90] [91] [92] [93] [94] [95] [96] [97] [98] [99] [100] [101] [102] [103] [104] [105] [106] [107] [108] [109] [110] [111] [112] [113] [114] [115] [116] [117] [118] [119] [120] [121] [122] [123] [124] [125] [126] [127] [128] [129] [130] [131] [132] [133] [134] [135] [136] [137] [138] [139] [140] [141] [142] [143] [144] [145] [146] [147] [148] [149] [150] [151] [152] [153] [154] [155] [156] [157] [158] [159] [160] [161] [162] [163] [164] [165] [166] [167] [168] [169] [170] [171] [172] [173] [174] [175] [176] [177] [178] [179] [180] [181] [182] [183] [184] [185] [186] [187] [188] [189] [190] [191] [192] [193] [194] [195] [196] [197] [198] [199] [200] [201] [202] [203] [204] [205] [206] [207] [208] [209] [210] [211] [212] [213] [214] [215] [216] [217] [218] [219] [220] [221] [222] [223] [224] [225] [226] [227] [228] [229] [230] [231] [232] [233] [234] [235] [236] [237] [238] [239] [240] [241] [242] [243] [244] [245] [246] [247] [248] [249] [250] [251] [252] [253] [254] [255] [256] [257] [258] [259] [260] [261] [262] [263] [264] [265] [266] [267] [268] [269] [270] [271] [272] [273] [274] [275] [276] [277] [278] [279] [280] [281] [282] [283] [284] [285] [286] [287] [288] [289] [290] [291] [292] [293] [294] [295] [296] [297] [298] [299] [300] [301] [302] [303] [304] [305] [306] [307] [308] [309] [310] [311] [312] [313] [314] [315] [316] [317] [318] [319] [320] [321] [322] [323] [324] [325] [326] [327] [328] [329] [330] [331] [332] [333] [334] [335] [336] [337] [338] [339] [340] [341] [342] [343] [344] [345] [346] [347] [348] [349] [350] [351] [352] [353] [354] [355] [356] [357] [358] [359] [360] [361] [362] [363] [364] [365] [366] [367] [368] [369] [370] [371] [372] [373] [374] [375] [376] [377] [378] [379] [380] [381] [382] [383] [384] [385] [386] [387] [388] [389] [390] [391] [392] [393] [394] [395] [396] [397] [398] [399] [400] [401] [402] [403] [404] [405] [406] [407] [408] [409] [410] [411] [412] [413] [414] [415] [416] [417] [418] [419] [420] [421] [422] [423] [424] [425] [426] [427] [428] [429] [430] [431] [432] [433] [434] [435] [436] [437] [438] [439] [440] [441] [442] [443] [444] [445] [446] [447] [448] [449] [450] [451] [452] [453] [454] [455] [456] [457] [458] [459] [460] [461] [462] [463] [464] [465] [466] [467] [468] [469] [470] [471] [472] [473] [474] [475] [476] [477] [478] [479] [480] [481] [482] [483] [484] [485] [486] [487] [488] [489] [490] [491] [492] [493] [494] [495] [496] [497] [498] [499] [500] [501] [502] [503] [504] [505] [506] [507] [508] [509] [510] [511] [512] [513] [514] [515] [516] [517] [518] [519] [520] [521] [522] [523] [524] [525] [526] [527] [528] [529] [530] [531] [532] [533] [534] [535] [536] [537] [538] [539] [540] [541] [542] [543] [544] [545] [546] [547] [548] [549] [550] [551] [552] [553] [554] [555] [556] [557] [558] [559] [560] [561] [562] [563] [564] [565] [566] [567] [568] [569] [570] [571] [572] [573] [574] [575] [576] [577] [578] [579] [580] [581] [582] [583] [584] [585] [586] [587] [588] [589] [590] [591] [592] [593] [594] [595] [596] [597] [598] [599] [600] [601] [602] [603] [604] [605] [606] [607] [608] [609] [610] [611] [612] [613] [614] [615] [616] [617] [618] [619] [620] [621] [622] [623] [624] [625] [626] [627] [628] [629] [630] [631] [632] [633] [634] [635] [636] [637] [638] [639] [640] [641] [642] [643] [644] [645] [646] [647] [648] [649] [650] [651] [652] [653] [654] [655] [656] [657] [658] [659] [660] [661] [662] [663] [664] [665] [666] [667] [668] [669] [670] [671] [672] [673] [674] [675] [676] [677] [678] [679] [680] [681] [682] [683] [684] [685] [686] [687] [688] [689] [690] [691] [692] [693] [694] [695] [696] [697] [698] [699] [700] [701] [702] [703] [704] [705] [706] [707] [708] [709] [710] [711] [712] [713] [714] [715] [716] [717] [718] [719] [720] [721] [722] [723] [724] [725] [726] [727] [728] [729] [730] [731] [732] [733] [734] [735] [736] [737] [738] [739] [740] [741] [742] [743] [744] [745] [746] [747] [748] [749] [750] [751] [752] [753] [754] [755] [756] [757] [758] [759] [760] [761] [762] [763] [764] [765] [766] [767] [768] [769] [770] [771] [772] [773] [774] [775] [776] [777] [778] [779] [780] [781] [782] [783] [784] [785] [786] [787] [788] [789] [790] [791] [792] [793] [794] [795] [796] [797] [798] [799] [800] [801] [802] [803] [804] [805] [806] [807] [808] [809] [810] [811] [812] [813] [814] [815] [816] [817] [818] [819] [820] [821] [822] [823] [824] [825] [826] [827] [828] [829] [830] [831] [832] [833] [834] [835] [836] [837] [838] [839] [840] [841] [842] [843] [844] [845] [846] [847] [848] [849] [850] [851] [852] [853] [854] [855] [856] [857] [858] [859] [860] [861] [862] [863] [864] [865] [866] [867] [868] [869] [870] [871] [872] [873] [874] [875] [876] [877] [878] [879] [880] [881] [882] [883] [884] [885] [886] [887] [888] [889] [890] [891] [892] [893] [894] [895] [896] [897] [898] [899] [900] [901] [902] [903] [904] [905] [906] [907] [908] [909] [910] [911] [912] [913] [914] [915] [916] [917] [918] [919] [920] [921] [922] [923] [924] [925] [926] [927] [928] [929] [930] [931] [932] [933] [934] [935] [936] [937] [938] [939] [940] [941] [942] [943] [944] [945] [946] [947] [948] [949] [950] [951] [952] [953] [954] [955] [956] [957] [958] [959] [960] [961] [962] [963] [964] [965] [966] [967] [968] [969] [970] [971] [972] [973] [974] [975] [976] [977] [978] [979] [980] [981] [982] [983] [984] [985] [986] [987] [988] [989] [990] [991] [992] [993] [994] [995] [996] [997] [998] [999] [1000] [1001] [1002] [1003] [1004] [1005] [1006] [1007] [1008] [1009] [1010] [1011] [1012] [1013] [1014] [1015] [1016] [1017] [1018] [1019] [1020] [1021] [1022] [1023] [1024] [1025] [1026] [1027] [1028] [1029] [1030] [1031] [1032] [1033] [1034] [1035] [1036] [1037] [1038] [1039] [1040] [1041] [1042] [1043] [1044] [1045] [1046] [1047] [1048] [1049] [1050] [1051] [1052] [1053] [1054] [1055] [1056] [1057] [1058] [1059] [1060] [1061] [1062] [1063] [1064] [1065] [1066] [1067] [1068] [1069] [1070] [1071] [1072] [1073] [1074] [1075] [1076] [1077] [1078] [1079] [1080] [1081] [1082] [1083] [1084] [1085] [1086] [1087] [1088] [1089] [1090] [1091] [1092] [1093] [1094] [1095] [1096] [1097] [1098] [1099] [1100] [1101] [1102] [1103] [1104] [1105] [1106] [1107] [1108] [1109] [1110] [1111] [1112] [1113] [1114] [1115] [1116] [1117] [1118] [1119] [1120] [1121] [1122] [1123] [1124] [1125] [1126] [1127] [1128] [1129] [1130] [1131] [1132] [1133] [1134] [1135] [1136] [1137] [1138] [1139] [1140] [1141] [1142] [1143] [1144] [1145] [1146] [1147] [1148] [1149] [1150] [1151] [1152] [1153] [1154] [1155] [1156] [1157] [1158] [1159] [1160] [1161] [1162] [1163] [1164] [1165] [1166] [1167] [1168] [1169] [1170] [1171] [1172] [1173] [1174] [1175] [1176] [1177] [1178] [1179] [1180] [1181] [1182] [1183] [1184] [1185] [1186] [1187] [1188] [1189] [1190] [1191] [1192] [1193] [1194] [1195] [1196] [1197] [1198] [1199] [1200] [1201] [1202] [1203] [1204] [1205] [1206] [1207] [1208] [1209] [1210] [1211] [1212] [1213] [1214] [1215] [1216] [1217] [1218] [1219] [1220] [1221] [1222] [1223] [1224] [1225] [1226] [1227] [1228] [1229] [1230] [1231] [1232] [1233] [1234] [1235] [1236] [1237] [1238] [1239] [1240] [1241] [1242] [1243] [1244] [1245] [1246] [1247] [1248] [1249] [1250] [1251] [1252] [1253] [1254] [1255] [1256] [1257] [1258] [1259] [1260] [1261] [1262] [1263] [1264] [1265] [1266] [1267] [1268] [1269] [1270] [1271] [1272] [1273] [1274] [1275] [1276] [1277] [1278] [1279] [1280] [1281] [1282] [1283] [1284] [1285] [1286] [1287] [1288] [1289] [1290] [1291] [1292] [1293] [1294] [1295] [1296] [1297] [1298] [1299] [1300] [1301] [1302] [1303] [1304] [1305] [1306] [1307] [1308] [1309] [1310] [1311] [1312] [1313] [1314] [1315] [1316] [1317] [1318] [1319] [1320] [1321] [1322] [1323] [1324] [1325] [1326] [1327] [1328] [1329] [1330] [1331] [1332] [1333] [1334] [1335] [1336] [1337] [1338] [1339] [1340] [1341] [1342] [1343] [1344] [1345] [1346] [1347] [1348] [1349] [1350] [1351] [1352] [1353] [1354] [1355] [1356] [1357] [1358] [1359] [1360] [1361] [1362] [1363] [1364] [1365] [1366] [1367] [1368] [1369] [1370] [1371] [1372] [1373] [1374] [1375] [1376] [1377] [1378] [1379] [1380] [1381] [1382] [1383] [1384] [1385] [1386] [1387] [1388] [1389] [1390] [1391] [1392] [1393] [1394] [1395] [1396] [1397] [1398] [1399] [1400] [1401] [1402] [1403] [1404] [1405] [1406] [1407] [1408] [1409] [1410] [1411] [1412] [1413] [1414] [1415] [1416] [1417] [1418] [1419] [1420] [1421] [1422] [1423] [1424] [1425] [1426] [1427] [1428] [1429] [1430] [1431] [1432] [1433] [1434] [1435] [1436] [1437] [1438] [1439] [1440] [1441] [1442] [1443] [1444] [1445] [1446] [1447] [1448] [1449] [1450] [1451] [1452] [1453] [1454] [1455] [1456] [1457] [1458] [1459] [1460] [1461] [1462] [1463] [1464] [1465] [1466] [1467] [1468] [1469] [1470] [1471] [1472] [1473] [1474] [1475] [1476] [1477] [1478] [1479] [1480] [1481] [1482] [1483] [1484] [1485] [1486] [1487] [1488] [1489] [1490] [1491] [1492] [1493] [1494] [1495] [1496] [1497] [1498] [1499] [1500] [1501] [1502] [1503] [1504] [1505] [1506] [1507] [1508] [1509] [1510] [1511] [1512] [1513] [1514] [1515] [1516] [1517] [1518] [1519] [1520] [1521] [1522] [1523] [1524] [1525] [1526] [1527] [1528] [1529] [1530] [1531] [1532] [1533] [1534] [1535] [1536] [1537] [1538] [1539] [1540] [1541] [1542] [1543] [1544] [1545] [1546] [1547] [1548] [1549] [1550] [1551] [1552] [1553] [1554] [1555] [1556] [1557] [1558] [1559] [1560] [1561] [1562] [1563] [1564] [1565] [1566] [1567] [1568] [1569] [1570] [1571] [1572] [1573] [1574] [1575] [1576] [1577] [1578] [1579] [1580] [1581] [1582] [1583] [1584] [1585] [1586] [1587] [1588] [1589] [1590] [1591] [1592] [1593] [1594] [1595] [1596] [1597] [1598] [1599] [1600] [1601] [1602] [1603] [1604] [1605] [1606] [1607] [1608] [1609] [1610] [1611] [1612] [1613] [1614] [1615] [1616] [1617] [1618] [1619] [1620] [1621] [1622] [1623] [1624] [1625] [1626] [1627] [1628] [1629] [1630] [1631] [1632] [1633] [1634] [1635] [1636] [1637] [1638] [1639] [1640] [1641] [1642] [1643] [1644] [1645] [1646] [1647] [1648] [1649] [1650] [1651] [1652] [1653] [1654] [1655] [1656] [1657] [1658] [1659] [1660] [1661] [1662] [1663] [1664] [1665] [1666] [1667] [1668] [1669] [1670] [1671] [1672] [1673] [1674] [1675] [1676] [1677] [1678] [1679] [1680] [1681] [1682] [1683] [1684] [1685] [1686] [1687] [1688] [1689] [1690] [1691] [1692] [1693] [1694] [1695] [1696] [1697] [1698] [1699] [1700] [1701] [1702] [1703] [1704] [1705] [1706] [1707] [1708] [1709] [1710] [1711] [1712] [1713] [1714] [1715] [1716] [1717] [1718] [1719] [1720] [1721] [1722] [1723] [1724] [1725] [1726] [1727] [1728] [1729] [1730] [1731] [1732] [1733] [1734] [1735] [1736] [1737] [1738] [1739] [1740] [1741] [1742] [1743] [1744] [1745] [1746] [1747] [1748] [1749] [1750] [1751] [1752] [1753] [1754] [1755] [1756] [1757] [1758] [1759] [1760] [1761] [1762] [1763] [1764] [1765] [1766] [1767] [1768] [1769] [1770] [1771] [1772] [1773] [1774] [1775] [1776] [1777] [1778] [1779] [1780] [1781] [1782] [1783] [1784] [1785] [1786] [1787] [1788] [1789] [1790] [1791] [1792] [1793] [1794] [1795] [1796] [1797] [1798] [1799] [1800] [1801] [1802] [1803] [1804] [1805] [1806] [1807] [1808] [1809] [1810] [1811] [1812] [1813] [1814] [1815] [1816] [1817] [1818] [1819] [1820] [1821] [1822] [1823] [1824] [1825] [1826] [1827] [1828] [1829] [1830] [1831] [1832] [1833] [1834] [1835] [1836] [1837] [1838] [1839] [1840] [1841] [1842] [1843] [1844] [1845] [1846] [1847] [1848] [1849] [1850] [1851] [1852] [1853] [1854] [1855] [1856] [1857] [1858] [1859] [1860] [1861] [1862] [1863] [1864] [1865] [1866] [1867] [1868] [1869] [1870] [1871] [1872] [1873] [1874] [1875] [1876] [1877] [1878] [1879] [1880] [1881] [1882] [1883] [1884] [1885] [1886] [1887] [1888] [1889] [1890] [1891] [1892] [1893] [1894] [1895] [1896] [1897] [1898] [1899] [1900] [1901] [1902] [1903] [1904] [1905] [1906] [1907] [1908] [1909] [1910] [1911] [1912] [1913] [1914] [1915] [1916] [1917] [1918] [1919] [1920] [1921] [1922] [1923] [1924] [1925] [1926] [1927] [1928] [1929] [1930] [1931] [1932] [1933] [1934] [1935] [1936] [1937] [1938] [1939] [1940] [1941] [1942] [1943] [1944] [1945] [1946] [1947] [1948] [1949] [1950] [1951] [1952] [1953] [1954] [1955] [1956] [1957] [1958] [1959] [1960] [1961] [1962] [1963] [1964] [1965] [1966] [1967] [1968] [1969] [1970] [1971] [1972] [1973] [1974] [1975] [1976] [1977] [1978] [1979] [1980] [1981] [1982] [1983] [1984] [1985] [1986] [1987] [1988] [1989] [1990] [1991] [1992] [1993] [1994] [1995] [1996] [1997] [1998] [1999] [2000] [2001] [2002] [2003] [2004] [2005] [2006] [2007] [2008] [2009] [2010] [2011] [2012] [2013] [2014] [2015] [2016] [2017] [2018] [2019] [2020] [2021] [2022] [2023] [2024] [2025] [2026] [2027] [2028] [2029] [2030] [2031] [2032] [2033] [2034] [2035] [2036] [2037] [2038] [2039] [2040] [2041] [2042] [2043] [2044] [2045] [2046] [2047] [2048] [2049] [2050] [2051] [2052] [2053] [2054] [2055] [2056] [2057] [2058] [2059] [2060] [2061] [2062] [2063] [2064] [2065] [2066] [2067] [2068] [2069] [2070] [2071] [2072] [2073] [2074] [2075] [2076] [2077] [2078] [2079] [2080] [2081] [2082] [2083] [2084] [2085] [2086] [2087] [2088] [2089] [2090] [2091] [2092] [2093] [2094] [2095] [2096] [2097] [2098] [2099] [2100] [2101] [2102] [2103] [2104] [2105] [2106] [2107] [2108] [2109] [2110] [2111] [2112] [2113] [2114] [2115] [2116] [2117] [2118] [2119] [2120] [2121] [2122] [2123] [2124] [2125] [2126] [2127] [2128] [2129] [2130] [2131] [2132] [2133] [2134] [2135] [2136] [2137] [2138] [2139] [2140] [2141] [2142] [2143] [2144] [2145] [2146] [2147] [2148] [2149] [2150] [2151] [2152] [2153] [2154] [2155] [2156] [2157] [2158] [2159] [2160] [21

2. 2. 6. Синдром порожнього гнізда. Опис, визначення, симптоми: «Почуття депресії, смутку / гіркоти, яке відчувають батьки або опікуни, коли діти виростають і їдуть з рідного дому» [[https: / / womo.ua / sindrom-opustevshego-gnezda /](https://womo.ua/sindrom-opustevshego-gnezda/) ].

2. 2. 7. Побоювання втрати члена сім'ї.

2. 2. 8. Психологічні проблеми, пов'язані з тяжкою хворобою члена сім'ї.

2. 2. 9. Психологічні проблеми, пов'язані з безпліддям.

2. 2. 10. Психологічні проблеми у сурогатних матерів.

2. 2. 11. Психологічні проблеми, пов'язані з усиновленням.

2. 2. 12. Психологічні проблеми при небажаній вагітності.

2. 2. 13. Психологічні проблеми сиріт.

2. 2. 14. Психологічні проблеми, пов'язані з розлученням.

2. 2. 14.1. Психологічні проблеми, пов'язані з поділом майна при розлученні.

2. 2. 14.2. Психологічні проблеми, пов'язані з дітьми під час розлучення.

2. 2. 14.3. Психологічні проблеми, пов'язані з батьками подружжя під час розлучення.

2. 2. 15. Конфлікти, сварки, сварки на ґрунті пристрасті одного з подружжя до спиртних напоїв, азартних ігор та інших гіпертрофованих потреб, що призводять до неекономних і неефективних, а часом і марних витрат коштів сім'ї.

2. 2. 16. Конфлікти, сварки, що виникають на основі невдоволеної потреби в цінності і значущості свого Я, порушення почуття гідності з боку іншого партнера, його зневажливого, неповажного ставлення. Образи, образи, необґрунтована критика.

2. 2. 17. Психологічні проблеми, пов'язані з несумісністю психологічних і фізичних характеристик подружжя.

2. 2. 18. Психологічне відчуження подружжя.

2. 2. 19. Психологічні проблеми, пов'язані зі зрадою.

2. 2. 20. Психологічні проблеми, пов'язані з дошлюбними взаємовідносинами пар.

2. 2. 20.1. Ревнощі та недовіра.

2. 2. 20.2. Несумісність характерів.

2. 2. 20.3. Конфлікти з батьками, пов'язані із вибором своєї пари.

2. 2. 20.4. Розлучення пар.

2. 2. 21. Психологічні проблеми, пов'язані з любовними взаємовідносинами.

2. 2. 21.1. Нерозділене кохання.

2. 2. 21.2. Небажана любов.

2. 2. 21.3. Нав'язливі любовні переживання.

2. 2. 21.4. Нав'язливі вимоги до коханої / коханого.

2. 2. 21.5. Сумніви щодо почуттів партнера.

2. 2. 22. Психологічні проблеми, пов'язані із дружбаю.

2. 2. 22. 1. Конфлікти з батьками пов'язані із вибором друга.

2. 2. 22. 2. Конфлікти між друзями

3. Психологічні проблеми, пов'язані зі статтю та сексуальними взаємини.

3.1. Психологічні проблеми, пов'язані зі статевою ідентичністю та самосвідомістю.

3.2. Гендерна дисфорія. Опис, визначення, симптоми: «Стан при трансгендерності, коли людина не може повністю набути свого гендерного статусу чоловіка чи жінки». [[https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F\\_%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F](https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B4%D0%B8%D1%81%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%B8%D1%8F)].

3.3. Неприйняття своєї статі та заздрість до протилежної статі.

3.4. Психологічні проблеми, пов'язані з сексуальною дисфункцією.

3.4.1. Сексуальна холодність.

3.4.2. Негативні переживання, пов'язані з еректильною дисфункцією.

3.4.3. Побоювання інтимних відносин.

3.5. Психологічні проблеми, пов'язані із задоволенням статевої потреби.

3.5.1. Онанізм.

3.5.2. Парафілії. Опис, визначення, симптоми: «Досягнення статевого задоволення за допомогою незвичайних або культурно неприйнятних стимулів; зазвичай це поняття використовують як синонім статевих відхилень девіацій» [<https://dic.academic.ru/dic.nsf/seksolog/140>].

3.5.3. Пігмаліонізм. Опис, визначення, симптоми: «Особлива форма статевої психології, що виражається в прагненні до статевого сполучення (або до споглядання з метою статевого збудження) зі статуєю або живою жінкою, що зображує статую 2 [https: / / gufo.me / dict / synonyms / %D0 %BF %D0 %B8 %D0 %B3 %D0 %BC %D0 %B0 %D0 %BB %D0 %B8 %D0 %BE %D0 %BD %D0 %B8 %D0 %B7 %D0 %BC].

3.6. Сексуальні комплекси (донжуанізм, комплекс невеликого члена, комплекс передчасної еякуляції, коїтофобія та ін.).

3.6.1. Побоювання протилежної статі.

4. Психологічні проблеми, зумовлені перериванням міжособистісних відносин.

4.1. Смерть близької людини.

4.2. Розлука з близькою людиною.

4.3. Розлучення з близькою людиною.

### **С. Психологічні проблеми, пов'язані із біологічною підсистемою особистості.**

1. Психологічні проблеми, пов'язані з соматичними захворюваннями.

1.1. Психологічні реакції при серцево-судинних захворюваннях (ішемічна хвороба, інфаркт міокарда).

1.1.1. Тривога та страх при інфаркті міокарда, стенокардії.

1.1.2. Депресія після інфаркту міокарда.

1.1.3. Астенічна реакція після інфаркту міокарда.

1.1.4. Іпохондричні реакції. Опис, визначення, симптоми: «Перебільшене уявлення своєї реальної хвороби пацієнтами з астенічними, тривожними рисами характеру, тривожною депресією» [Жмуров В. А. Психіатрія. Енциклопедія. – Т / О "Neformat", 2016].

1.1.5. Кардіофобічні реакції (страх перед повторним інфарктом та можливою смертю від нього).

1.1.6. Байдужість до власної хвороби, анозогнозія.

1.1.7. Не дотримання інструкцій лікаря щодо режиму харчування, прийняття ліків тощо.

1.2. Психологічні реакції при онкологічних захворюваннях. Опис, визначення, симптоми: донозологічні психологічні зміни

(депресія, тривога, порушення якості сну, відчуття слабкості та занепаду сил, відчуття напруженості та раптової паніки з ажитацією), шокова реакція та заперечення захворювання, дисфорична фаза (Е. Кюблер-Рос) , депресія, апатія, тривога, страх смерті

### 1.3. Психологічні проблеми при гормональних розладах.

1.3.1. Психологічні проблеми при цукровому діабеті (тривожність, астеничний стан, депресія, агресивність, хворобливий стан, що виявляється підвищеною стомлюваністю і виснаженістю з крайньою нестійкістю настрою, ослабленням самоволодіння, нетерплячістю, непосидючістю, порушенням сну, напругою, непереносимістю гучних звуків, яскравого світла, різких запахів. Почуття неповноцінності, почуття незахищеності, примхливість і нестриманість, емоційні конфлікти і потреби задовольняються за допомогою їжі [<https://psydiplom.ru/primery-i-obrazcy/psihologiya-bolnyh-saharnym-diabetom/psihologicheskie-osobennosti-bolnyh-sd/>].

1.3.2. Психологічні проблеми при патології щитовидної залози (плаксивість, дратівливість, пригнічений настрій при гіпотеріозі, панічний стан, незрозумілий, болісний для хворого напад важкої тривоги, що супроводжується безпричинним страхом, у поєднанні з різними вегетативними (соматичними) загальмованістю).

1.3.3. Психологічні проблеми, пов'язані зі сприйняттям хвороби.

1.3.3.1. Гіпернозогнозія. Опис, визначення, симптоми: «хворі схильні переоцінювати значимість окремих симптомів та хвороби загалом»

[<http://www.psychiatry.ru/lib/54/book/33/chapter/6>].

1.3.3.2. Гіпонозогнозія. Опис, визначення, симптоми: «ігнорування хворими своєї хвороби, зневажливе ставлення до лікування, коли симптоми хвороби та її перебіг емоційно недооцінюються» [<https://lediinter.net/gipernozognoziya-posledstvie-i-tyazhest-zabolevaniya.html>].

1.3.3.3. Анозогнозія. Опис, визначення, симптоми: «Відсутність критичної оцінки хворим свого дефекту або захворювання»

[<https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B>

E %D0 %B7 %D0 %BE %D0 %B3 %D0 %BD %D0 %BE %D0 %B7 %D0 %B8 %D1 %8F].

1.4. Психологічні проблеми, пов'язані із менструацією.

1.4.1. Синдром передменструальної напруги (дратівливість, депресія, слабкість, плаксивість, агресивність).

1.4.2. Психологічні проблеми під час менструації.

1.4.3. Відчуття дискомфорту.

1.5. Психічні порушення у жінок у період вагітності, пологів та післяпологовому періоді, а також проблеми пов'язані з порушенням репродуктивної сфери.

1.5.1. Проблеми у відносинах з власною матір'ю, близькими людьми, з чоловіком у першому триместрі [Маслова В. Е. Психологічний стан жінки в період вагітності / / Молодий учений. 2018. № 21. 3. 454-455. URL <https://moluch.ru/archive/207/50758/> (дата звернення: 19.07.2019)].

1.5.2. Страх перед пологами.

1.5.3. Тривожність, дратівливість

1.5.4. Побоювання за зміни у зовнішності

1.5.5. Втома, відчуття напруги на третьому триместрі [Маслова В. Е. Психологічний стан жінки в період вагітності / / Молодий учений – 2018. – № 21. – С. 454-455 – URL <https://moluch.ru/archive/207/50758/> (дата звернення: 19.07.2019)]

1.5.6. За життя і здоров'я дитини [Маслова В. Е. Психологічний стан жінки в період вагітності / / Молодий учений.- 2018. – № 21. – С. 454-455. – URL <https://moluch.ru/archive/207/50758/> (дата звернення: 19.07.2019)].

1.5.6. Емоційна лабільність, збудливість, агресивність, вразливість, плаксивість, уразливість.

1.5.7. Загострення певних рис характеру. {{ 1}} 1.5.8 Депресія та психоз у післяпологовому періоді

1.5.9. «Родові блюзи»: у першому тижні після пологів різко знижується настрій, з'являється тривога, емоційна лабільність з коливаннями настрою від пригніченості до піднесеності, плаксивість з незначних приводів, труднощі концентрації уваги.

1.5.10. Відчуття провини після аборту.

- 1.5.11. Тривога, спричинена не настанням вагітності.
- 1.5.12. Страх не реалізації у батьківській сфері.
- 1.5.13. Почуття неповноцінності.
- 1.5.14. Побоювання, тривога через зміни у зовнішності.
- 1.5.15. Соціально-рольовий конфлікт.

1.5.16. Порушення формування домінанти материнства.

Опис, визначення, симптоми: «Домінанта материнства» включає в себе «домінанти», що послідовно змінюються: вагітності, родів і грудного вигодовування. Це стан, коли жінка в даний період свого життя повністю зосереджена на благополучному виконанні свого високого призначення – материнства ».

[<https://www.b17.ru/article/ealfimova/>].

- 1.5.17. Страх втрати партнера, сім'ї загалом.
- 1.5.18. Підвищена емоційна лабільність.
- 1.5.19. Втрата сенсу існування.
- 1.5.20. Тривога, депресія після постановки медичного діагнозу безпліддя ясного генезу.
- 1.5.21. Тривога, депресія, шокова реакція після постановки медичного діагнозу не ясного генезу (ідіопатична безплідність), заперечення діагнозу.
- 1.5.22. Почуття неповноцінності, нереалізованості в батьківській сфері.
- 1.5.23. Тривога та страх, викликані використанням методів допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ).
- 1.5.24. Почуття сорому, викликане сформованими соціальними патернами перед методами допоміжних репродуктивних технологій.
- 1.5.25. Почуття провини, викликане не настанням вагітності після застосування методів допоміжних репродуктивних технологій.
- 1.5.26. Почуття провини, тривоги спричинене переживанням паринетальних втрат (завмерла вагітність, довільний аборт тощо).
- 1.5.27. Занепокоєння за своє життя та здоров'я дитини.
- 1.5.28. Страх, пов'язаний з використанням донорського матеріалу за допоміжних репродуктивних технологій (донорська яйцек лютка, донорський еякулят).
- 1.5.29. Сприйняття донорського матеріалу як чужорідного.

1.5.30. Тривога, страх викликані використанням сурогатного материнства як способу реалізації батьківської сфери.

1.6. Психологічні проблеми під час клімаксу. Опис, визначення, симптоми: Подразливість, запальність, агресивність, зниження функцій пам'яті та уваги, тривожно-фобічна симптоматика, депресивні прояви, підвищена стомлюваність і чутливість, підвищена емоційна лабільність, порушення сну і т. п.

1.7. Психологічні проблеми, пов'язані з косметичними операціями та хірургічними змінами зовнішності.

1.7.1. Підвищення ризику суїциду серед жінок із грудними імплантами [[http: / / www.psypublic.com / articles / 5 /](http://www.psypublic.com/articles/5/)].

1.7.2. Розчарування.

1.7.3. Проблеми з ідентичністю.

1.7.4. Післяопераційна депресія.

1.7.5. Критика близьких людей.

1.7.6. Розлади схеми тіла. Опис, визначення, симптоми: «Характеризуються порушенням звичних уявлень про форму і розміри свого тіла або окремих його частин, про розташування їх або про положення всього тіла» [Дроздов А. А., Дроздова М. В. Довідник психотерапевта. М.: Ексмо, 2007 [https: / / www.litres.ru / andrey drozdov / spravochnik-psihoterapevta / chitat-onlayn / page-6 /](https://www.litres.ru/andrey_drozdov/spravochnik-psihoterapevta/chitat-onlayn/page-6/)].

1.7.7. Фантомні переживання.

1.8. Психологічні проблеми після трансплантації органів.

1.8.1. Страх та побоювання, пов'язані з донорством.

1.8.2. Проблеми, пов'язані з ухваленням рішення донорства.

1.8.3. Почуття провини у реципієнта органу.

1.8.4. Гіпертрофоване почуття обов'язку.

1.8.5. Сприйняття нового органу як щось чужорідне.

1.9. Психологічні проблеми, пов'язані із посттравматичними тілесними деформаціями.

1.9.1. Афективно-шокові реакції у момент отримання травми.

1.9.2. Ворожість до оточення.

1.9.3. Втрата сенсу існування.

1.9.4. Депресія.

1.9.5. Крах життєвих планів та перспектив.

1.9.6. Зміна образу фізичного Я.

1.9.7. Зниження самооцінки.



1.9.8. Зміна ієрархії мотивів.

2. Психологічні проблеми у хворих з психічними хворобами.

2.1. Стигматизації психічно хворих. Опис, визначення, симптоми: «Стигматизація психічно хворих традиційно розглядається як відношення до психічних хворих, що характеризується дискримінацією – тобто ставленням, яке заперечно позначається на хворих» [[http://psyjournals.ru/medpsytrad/issue/61088\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/medpsytrad/issue/61088_full.shtml)].

2.2. Зниження критичного ставлення до свого стану.

2.3. Відчуженість у сім'ї та суспільстві.

2.4. Зниження рівня особистості. Опис, визначення, симптоми: «Поєднання збідніння та ослаблення психічної активності, зниження розумової працездатності та втрати інтересів з не різко до вираженими розладами пам'яті та згладжуванням індивідуальних особливостей особистості; спостерігається при розвитку або після психічної хвороби» [%BD%D0%B8%D0%B5].

2.5. Комплекс психічного хворого

2.6. Дискримінація психічно хворих.

3. Соматизовані психологічні проблеми.

3.1. Соматизована депресія. Опис, визначення, симптоми: «типово протікає депресія, при якій власне симптоми депресії приховані за маскою стійких соматичних і вегетативних скарг (у соматизованій депресії багато синонімів – ларвована, маскована, прихована, амбулаторна, алекситимічна, депресія без депресії)» [<https://laesus-de-liro.livejournal.com/10858.html>].

3.2. Соматизований розлад. Опис, визначення, симптоми: «Психічне (невротичне) захворювання, що виявляється нав'язливими та катастрофічними скаргами пацієнта на соматичні симптоми, які не підтверджуються клінічними обстеженнями» [[https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5\\_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE](https://ua.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%80%D0%B0%D1%81%D1%81%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE)].

3.3. Соматоформні психічні розлади. Опис, визначення, симптоми: фізичні симптоми, які виникають через стрес та особисті проблеми.

4. Проблеми, пов'язані із зайвою вагою. Опис, визначення, симптоми: глузування оточуючих, критика через зайву вагу, комплекс неповноцінності, занижена самооцінка, невпевненість у собі.

5. Психологічні проблеми, що сприяють виникненню соматичних хвороб.

5.1. Почуття провини.

5.2. Алексітимія (нездатність словесно визначити і описати власні почуття, переживання).

5.3. Поведінка типу А. Опис, визначення, симптоми: «Даний тип поведінки пов'язаний з такими особистісними особливостями, як напружена боротьба за досягнення успіху, суперництво, дратівливість, що легко провокується, надобов'язковість у професії, підвищена відповідальність, агресивність, а також почуття постійної нестачі часу... підвищує ймовірність у індивіда захворювань серцево-судинної системи». D0 %B8 %D0 %B5\_ %D1 %82 %D0 %B8 %D0 %BF %D0 %B0\_ %D0 %90].

5.4. Ідентифікація зі значними людьми та програмування їх хвороб у себе.

5.5. Негативні навіювання. Опис, визначення, симптоми: «Навіювання, що формують негативне світосприйняття, що породжують зневіру у свої сили, страхи та недовіру між людьми...»

[<https://www.psychologos.ru/articles/view/negativnyevnusheniya>].

**Д. Психологічні проблеми, пов'язані з нормативним і ненормативним розвитком особистості, з її життєвим шляхом (не включає проблеми вікової психології, тобто проблеми різних вікових груп).**

1. Проблеми, пов'язані з відхиленнями нормативного психічного, біологічного та соціального розвитку.

1.1. Психологічні проблеми, пов'язані із затримкою розвитку мови.

1.2. Психологічні проблеми, пов'язані із затримкою психомоторних функцій.

1.3. Психологічні проблеми, пов'язані з емоційною незрілістю.

2. Психологічні проблеми, пов'язані із соціальним розвитком особистості.

2. 1. Психологічні проблеми, пов'язані з труднощами цивілізації.

2. 2. Проблеми адаптації до нової соціальної групи.

2. 3. Проблеми спілкування.

2. 4. Сором'язливість. Опис, визначення, симптоми: нерішучість, боязкість, напруженість, скутість і незручність у суспільстві через невпевненість у собі або відсутність соціальних навичок» [<https://www.b17.ru/blog/58548/>].

2. 5. Відчуженість у групі. Опис, визначення, симптомами: суб'єкт усвідомлює всіх, хто оточує його, як протилежних собі, почуття самотності, відокремленості, відкидання, втрати «Я» і т. п.... , від роботи, від потреб, від держави, від себе» [<http://www.psychologies.ru/glossary/14/otchujdenie/>].

2. 5.1. Самотність. Опис, визначення, симптоми: «Соціально-психологічне явище, емоційний стан людини, пов'язаний з відсутністю близьких, позитивних емоційних зв'язків з людьми та / або зі страхом їх втрати в результаті вимушення, або має психологічні причини, соціальної ізоляції» [<http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B4%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%BE>].

2. 6. Проблеми засвоєння соціальних ролей.

2. 6.1. Проблеми засвоєння сімейних ролей.

2. 6.2. Проблеми засвоєння професійних ролей.

2. 6.3. Психологічні проблеми, пов'язані з автономією особи.

2. 6.3.1. Симбіотичні взаємини із батьком. Опис, визначення, симптоми: «Прагнення одного або, що рідше, обох партнерів до встановлення єдиного емоційно-сміслового простору у відносинах. Інакше кажучи, це бажання постійно бути разом з партнером, злитися з ним тілесно і духовно, однаково мислити і відчувати. Такі стосунки можуть виникнути наприклад у сім'ї (між

чоловіком і дружиною, між батьком і дитиною тощо)»  
[<http://simbsvyaz.blogspot.com/>].

2. 6.3.2. Проблеми у ціннісній автономії.

2. 6.3.3. Проблеми емоційної автономії.

2. 6.3.4. Проблеми поведінкової автономії. Опис, визначення, симптоми: «Здатність протистояти життєвим ситуаціям, які заважають самовизначенню, самореалізації, самозміні»  
[<https://studfiles.net/preview/6171768/>].

2. 6.3.5. Соціальна дезадаптація. Опис, визначення, симптоми: Це часткова або повна втрата людиною здатності пристосовуватися до умов соціального середовища. Соціальна дезадаптація означає порушення взаємодії індивіда з середовищем, що характеризується неможливістю здійснення ним у конкретних мікросоціальних умовах своєї позитивної соціальної ролі, що відповідає його можливостям»  
[<https://www.b17.ru/forum/topic.php?id=32836>].

2. 6.3.6. Соціальна занедбаність. Опис, визначення, симптоми: Несформованість у дитини соціальних почуттів, інтересів, навичок та умінь [Словник термінів із загальної та соціальної педагогіки. – Єкатеринбург: ГОУ ВПО УГТУ-УПІ. А.С. Воронін. 2006]

2. 6.3.7. Педагогічна занедбаність. Опис, визначення, симптоми: «відхилення від норми розвиток та поведінка дитини, що виникли з педагогічних причин: погано скоординованого та суперечливого виховання; бездоглядності, безпритульності та безконтрольності; застосування неефективних форм та методів виховання та навчання; завищення або заниження виховних та освітніх цілей та вимог; нехтування індивідуальними особливостями та правами дитини; жорстокого поводження з дитиною та ін.» [Основи духовної культури (енциклопедичний словник педагога). – Єкатеринбург. В.С. Безрукова. 2000].

2. 6.3.8. Труднощі у прийнятті допомоги, неможливість брати участь у колективних стратегіях подолання.

3. Психічна депривація. Опис, визначення, симптоми: «Психічний стан, що виник у результаті певних умов, у яких суб'єкту не надається можливість задоволення низки його основних психосоціальних потреб достатньою мірою і протягом тривалого часу. Виділяють материнську (емоційну), сенсорну та

соціальну депривацію»  
[[http: / / www.psihologn.org / index.php / psihologamm / 120-psikhicheskaya norma-anomalnost-otkloneniya](http://www.psihologn.org/index.php/psihologamm/120-psikhicheskaya-norma-anomalnost-otkloneniya)].

3.1. Дитячі розлади уподобань. Опис, визначення, симптоми: «Неповноцінне або непостійне задоволення матір'ю основних потреб дитини веде до спотворення формування прихильностей і появи специфічних симптомів: а) стійке небажання вступати в контакт або підтримувати відносини з оточуючими дорослими, апатичний або знижений фон настрою, з однолітками, агресія до себе та інших;

б) дифузна комунікабельність – відсутність почуття дистанції з дорослими та фамільярність у спілкуванні з майже незнайомими людьми, «прилиплива поведінка», нерозбірливі зв'язки з однолітками»  
[[http: / / www.psihologn.org / index.php / psihologamm / 120-psikhisk norma-anomalnost-vidkhileniya](http://www.psihologn.org/index.php/psihologamm/120-psikhisk-norma-anomalnost-vidkhileniya)].

3.2. Сепарація. Опис, визначення, симптоми: Ситуація тривалої розлуки дитини з матір'ю [[http: / / www.psihologn.org / index.php / psihologamm / 120-psikhicheskaya-norma-anomalnost-otkloneniya](http://www.psihologn.org/index.php/psihologamm/120-psikhicheskaya-norma-anomalnost-otkloneniya)].

4. Проблеми, пов'язані з ненормативним розвитком особи (проблеми, що виникають у процесі особистісного зростання, деградації тощо).

4.1. Деградація особи. Опис, визначення, симптоми: «Втрата психічної врівноваженості, стійкості, ослаблення активності та працездатності. Втрата особистістю властивих їй властивостей зі збіднінням всіх її здібностей: почуттів, суджень, дарувань, активності та ін.» [Клейн Є.С. Деградація особистості: причини та наслідки / / Проблеми педагогіки. С. 201].

4.2. Патологічний розвиток особистості. Опис, визначення, симптоми: «Втрата психічної врівноваженості, стійкості, послаблення активності»  
[[http: / / student.snauka.ru / 2015 / 03 / 2397](http://student.snauka.ru/2015/03/2397)].

4.3. Дисгармонійний розвиток особистості. Опис, визначення, симптоми: «Дисгармонійний психічний розвиток – це така форма порушень розвитку, при якій відзначається недостатність розвитку емоційно-вольової та мотиваційної сфери

особистості, при відносній безпеці інших структур» [https: / / multiurok.ru / files / disgarmonicheskoe -razvitie.html].

4.4. Девіація у розвитку. Опис, визначення, симптоми: «Це стійка поведінка особистості, що відхиляється від загальноприйнятих, найбільш поширених і усталених суспільних норм» [https: / / doz270.livejournal.com / 194483.html].

5. Нормативні та ненормативні кризи розвитку особистості.

5.1. Кризи, пов'язані з нормативними життєвими подіями.

5.1.1. Криза у сім'ї у зв'язку з народженням дитини на сім'ї.

5.1.2. Криза, пов'язана з виходом на пенсію.

5.1.3. Криза внаслідок смерті батьків.

5.1.4. Кризи, пов'язані з шлюбом.

5.1.5. Криза, пов'язана з клімактеричними явищами.

5.2. Кризи, пов'язані з перебудовами самосвідомості.

5.1.1. Криза трьох років. Опис, визначення, симптоми: Формується видова самосвідомість. [http: / / www.npar.ru / journal / 2007 / 4 / hudoyan.htm].

5.1.2. Криза підліткового віку. Опис, визначення, симптоми: Формується статева самосвідомість [http: / / www.npar.ru / journal / 2007 / 4 / hudoyan.htm].

5.1.3. Криза 25–33 років. Опис, визначення, симптоми: Людина усвідомлює себе суб'єктом соціальної, тобто. сімейної та трудової активності [http: / / www.npar.ru / journal / 2007 / 4 / hudoyan.htm].

5.1.4. Криза пізнього віку (65–75 років). Опис, визначення, симптоми: Людина усвідомлює себе смертною [http: / / www.npar.ru / journal / 2007 / 4 / hudoyan.htm].

5.3. Кризи переходу з одного вікового етапу в інший (криза 7 років, криза 18–22 років, криза середнього віку) [http: / / www.npar.ru / journal / 2007 / 4 / hudoyan.htm].

5.4. Криза сенсу існування.

5.5. Особистісні кризи. Опис, визначення, симптоми: «Особистісні кризи – середньострокові (від тижня до року), без явних зовнішніх причин періодично виникає тимчасове особисте нездоров'я, яке пояснюють особливостями внутрішнього динамічного розвитку людини» [https: / / www.psychologos.ru / articles / view / Личностні-кризиси].

5.5.1. Криза, пов'язана з особистісним зростанням (Р. Ассаджіоллі).

5.6. Криза взаємин з важливими людьми.

5.6.1. Сімейні кризи

5.6.2. Кризи щодо друзів.

5.6.3. Кризи у любовних відносинах.

6. Психологічні проблеми, пов'язані з відхиленням біологічного розвитку.

6.1. Передчасне статеве дозрівання.

6.2. Затримка статевого розвитку.

6.3. Передчасне старіння.

6.4. Асинхронія. Опис, визначення, симптоми: «Спотворений диспропорційний дисгармонійний психічний розвиток, який характеризується вираженим випередженням розвитку одних психічних функцій і властивостей особистості, що формується, і значним відставанням темпу і термінів дозрівання інших функцій і властивостей»

[<https://studfiles.net/preview/4346408/page:7/>].

7. Проблеми, пов'язані з вирішенням вікових завдань розвитку (наприклад, із засвоєнням мови, ходьби, із засвоєнням щодо рольової поведінки тощо. Р. Хавігурст).

8. Проблеми, пов'язані з професійною орієнтацією, кар'єрою, професійним розвитком тощо.

8.2. Проблеми професійної орієнтації.

8.3. Проблеми, пов'язані з професійним самоствердженням.

8.4. Емоційне вигоряння. Опис, визначення, симптоми: «Специфічний вид професійної деформації осіб, вимушених під час виконання своїх обов'язків тісно спілкуватися з людьми» [<https://psyfactor.org/personal/personal17-02.htm>].

9. Проблеми, пов'язані із дорослішанням.

9.2. Регресія. Опис, визначення, симптоми: «Регресія як така, протилежна розвитку, це відкат, повернення з вже досягнутої точки психічного розвитку на одну з попередніх. Це повернення відбувається на рівні способу мислити, у поведінці та структурі відносин» [<https://www.b17.ru/article/regress/>].

9.3. Страх дорослішання.

9.4. Проблеми формування світогляду.

9.5. Проблеми саморозуміння.

- 9.6. Проблеми, пов'язані довірчим спілкуванням у ній.
- 9.7. Проблеми адаптації групи однолітків.
- 9.8. Проблема з самостійністю та самоврядуванням.
- 10. Проблеми, пов'язані з нормативними інволюційними процесами.
  - 10.1. Психологічні проблеми, пов'язані з нормативними змінами зовнішності (старінням).
  - 10.2. Страх старіння.
  - 10.3. Страх смерті.
- 11. Психологічні проблеми життєвого шляху особистості.
  - 11.1. Дитячі травми.
  - 11.2. Психологічні проблеми, пов'язані з різкими поворотами життєвого шляху особистості.
    - 11.3. Психологічні проблеми особистості, пов'язані з значними зовнішніми змінами (подіями).
      - 11.3.1. Психологічні проблеми особистості, пов'язані з війною.
      - 11.3.2. Психологічні проблеми, пов'язані зі стихійними лихами.
      - 11.3.3. Психологічні проблеми, пов'язані з техногенними катастрофами.
      - 11.3.4. Психологічні проблеми, пов'язані із втратою близьких людей.
      - 11.3.5. Психологічні проблеми, пов'язані з народженням дитини.
    - 11.4. Проблеми, пов'язані з критичними виборами на життєвому шляху.
      - 11.4.1. Вибір професії або зміни професійної кар'єри.
      - 11.4.2. Вибір чоловіка.
      - 11.4.3. Вибір місця проживання.
      - 11.4.4. Вибір абортів чи збереження дитини.
    - 11.5. Психологічні проблеми, пов'язані з трансгенераційними зв'язками.
      - 11.5.1. Синдром річниці. Опис, визначення, симптоми: «Називаються повторювані події у житті членів сім'ї в одному й тому віці. Зазвичай маються на увазі не просто життєві віхи – закінчення інституту, весілля, народження дітей, а саме події, що мають велику значущість, що визначають подальше життя і



нерідко мають трагічний сенс: серйозна травма або хвороба, втрати близьких і матеріальних цінностей, руйнування сім'ї та т. д» [Анн Анселін Шутценбергер «Синдром предків» Джерело: <https://psychosearch.ru/dictionary/587-anniversary-syndrome-how-do-other-generations-affect-us>].

11.5.2. Трансгенераційна передача травми. Опис, визначення, симптоми: «Незавершені та неопрацьовані страждання, біль, скарги, «погані смерті», драми, невиражене зло, особисті чи сімейні таємниці зовні приховані, від одного покоління передаються наступним поколінням [<https://psychol.ru/additional> / тренінгі-і-семінарі / трансгенераційна передача-травми-психоаналітичний-погляд].

11.6. Фіксація на минулому чи майбутньому. Опис, визначення, симптоми: людина яка живе минулим, постійно звинувачує себе в якихось вчинках, або ж постійно згадує приємні події минулого, зрікаючись сьогодення.

## ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА ЯК ОБ'ЄКТ ДОСЛІДЖЕННЯ

*1. Як визначити наявність чи відсутність у людини психологічної проблеми?* Підхід до психологічної проблеми проведено за аналогією з підходом до пошуку вирішення винахідницької проблеми, прийнятим у теорії вирішення винахідницьких завдань (ТРВЗ) [1].

**Тезаурус, що використовується.**

**Ситуація** – результат взаємодії двох або кількох факторів, що виник для користувача системи.

**Завдання** – ситуація, що має обсяг необхідної та достатньої інформації, яка відомий для користувача системними алгоритмами може бути переведений в однозначний та ефективний для користувача результат.

**Проблема** – причина (суперечність), що створила (її) ситуацію, що характеризується невизначеним обсягом інформації для пошуку її вирішення і відсутністю алгоритму перекладу ситуації в завдання.

**Проблемна ситуація** – ситуація, яка не задовольняє користувача системою.

**Психологічна проблема** – виникнення протиріччя між вимогами, що пред'являються людиною самому собі або до нього – зовнішніми обставинами (соціальними вимогами) та неможливістю їх виконати. Тоді наявність психологічної проблеми визначається за наявності у людини стійких дискомфортних станів (у широкому значенні слова), які не дозволяють йому (з його точки зору) бути ефективним у соціально-особистісній сфері.

*2. Характеристики особистісних, міжособистісних та групових психологічних (у тому числі психологічні проблеми вікових груп, статей тощо) проблем.* Ці характеристики можуть бути представлені на основі вищенаведених понять. Оскільки людська спільнота за статевими та віковими ознаками складається з чоловіків, жінок і дітей, що належать до різних народів і національностей, це дозволяє нам узагальнено подати всі форми міжособистісного спілкування у вигляді таблиці (морфологічної матриці):

	Чоловік	Жінка	Дитина
Чоловік	Ч + Ч	Ч + Ж	Ч + Д
Жінка	Ж + Ч	Ж + Ж	Ж + Д
Дитина	Д + Ч	Д + Ж	Д + Д

*Задаючи кожному представнику спільноти різні соціальні ролі, отримаємо на перетині рядків і колонок всю різноманітність і багатоплановість варіантів взаємодії між людьми:*

**ЧОЛОВІК — ЧОЛОВІК:** батько — дорослий син, друг — друг, {{1}} брат — брат (дорослі), колега — колега, начальник — підлеглий і ін. коханець — коханка, батько — доросла дочка, брат — сестра та ін.

**ЧОЛОВІК – ДИТИНА:** батько – син (або дочка), вчитель – учень, тренер – учень та ін

**ЖІНКА – ЖІНКА:** начальниця – підлегла, подруга – подруга, сестра – сестра, колега – колега, мати – доросла дочка та ін.

Аналогічно можуть бути розглянуті варіанти соціально-рольових відносин пар **ЖІНКА — ДИТИНА** і **ДИТИНА — ДИТИНА**.

*Оскільки життя – це безперервний процес спілкування (у суспільній та професійній діяльності, в особистому житті), то у відносинах між членами цих пар часто виникають претензії – виражене або приховане невдоволення людей один одним, пов’язане, як правило, із незадоволенням будь-яких потреб.*

## ГЛОСАРІЙ

### (до теми: «СОЦІАЛЬНА РОБОТА ЗАСОБАМИ ЛАНДШАФТНОЇ ТЕРАПІЇ З ПОСТТРАВДАЛИМИ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ»

укладач Альтанова А. Б.)

#### А

**АЕРОТЕРАПІЯ** – застосування з профілактичною та лікувальною метою чистого повітря.

**АЛЬГОТЕРАПІЯ** – лікування водоростями. Водорості, багаті на мінеральні й органічні речовини, активно впливають на обмін речовин в організмі.

**АНІМАЛОТЕРАПІЯ** – терапія та реабілітація людини у процесі спілкування та контакту з різними видами тварин (спілкування з домашніми улюбленцями, тактильні зоопарки тощо). Різновидами анімалотерапії є: *іпотерапія* – лікування, реабілітація, виховання, адаптація та інтеграція людини за допомогою спілкування з конем, верхової їзди на коні і в упряжках; *каністерапія* – система психологічних, педагогічних, реабілітаційних заходів за допомогою взаємодії з собакою; *фелінотерапія* – методи профілактики та лікування різноманітних захворювань за допомогою контактування з кішками; *дельфінотерапія* – практика психологічної релаксації та реабілітації для дорослих та дітей: заняття з дельфінами поєднують у собі медичний та психологічний вплив, що є можливим лише завдяки біологічній унікальності, комунікабельності та доброті цих прекрасних тварин.

**АНІМАЛОТЕРАПІЯ** – складова природотерапії. Це використання позитивного терапевтичного впливу тварин на самопочуття людини у процесі спостереження, догляду, нагляду, взаємодії з тваринами. Відомі самостійні напрямки цього виду терапії: дельфінотерапія, іпотерапія, петтерапія тощо.

**АНСАМБЛЬ** – сукупність, єдність. Функційно пов'язана сукупність споруд, рослинності та інших елементів ландшафту, уніфікована й художньо оформлена. Композиційна цілісність та архітектурно-просторова єдність – основна риса ансамблю.

**АРОМАТЕРАПІЯ** – використання різних запахів переважно з лікувальною метою. Особливого розвитку набуло у східних культурах. Сьогодні детально вивчається можливість

використання різних запахів, що стимулюють життєву активність (працездатність, творчість тощо) людини. У дошкільній педагогіці – переважно з профілактичною метою епідемічних захворювань.

**АРТ-ЛАНДШАФТ** – це антропогенна композиція з використанням природних і штучних компонентів, де ідея превалює над традиційними характеристиками об'єкту ландшафтного дизайну. Арт-ландшафти – це своєрідні лабораторії, у яких зароджуються нові ідеї, що демонструють перспективи подальшого розвитку ландшафтної творчої думки.

**АРТТЕРАПІЯ (1)** – використання мистецтва як терапевтичного фактору. Один з видів корекційної діяльності через залучення до мистецтва. З цією метою дитина включається у процес обговорення творів мистецтва або до артистичної, творчої діяльності, що стимулює її самовираження. При поєднанні ідей А. з трудотерапією дитину залучають до процесу виготовлення виробів з конкретних матеріалів, або створенню власних малюнків тощо.

**АРТТЕРАПІЯ (2)** – в Американській і Британській школах дефініцію «арттерапія» розуміють дещо по іншому. Засновниця арт-терапевтичного напрямку в США М. Наумбург характеризує арт-терапію як «техніку, що дає змогу людині виражати внутрішньопсихічні конфлікти у візуальній формі і поступово переходити до їх усвідомлення і вербалізації». Протилежної думки притримується Е. Крамер. Художній педагог за освітою, вона вважає, що «арт-терапія впливає таким чином, що продукт образотворчої діяльності сублимує агресивні тенденції автора й попереджає тим самим їх безпосередній прояв у вчинках». Актуальним є підхід М. Лібман, яка під поняттям арт-терапії розуміє використання засобів мистецтва для передачі почуттів та іншого змісту психіки людини з метою зміни структури її світовідчуття. В англійських країнах (США, Великобританії) арт-терапія іноді позначається такими термінами, як *art as therapy* (образотворче мистецтво як терапія), або *therapeutic art* (лікувальне образотворче мистецтво).

**АУТОГЕННЕ ТРЕНУВАННЯ** – (від грецьк. *autos* – сам, *geno* – поява). Активний метод психотерапії, психопрофілактики та психогігієни, спрямований на відтворення динамічної рівноваги у системі саморегуляції механізмів людського організму. Основні

елементи А.т. – самонавіювання та самовиховання. Засновник методу – Шульц (1932 р). Елементи А.т. використовують у сучасних педагогічних технологіях казкотерапії та ігротерапії.

## **Б**

**БЕСІДА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА** – метод психолого-педагогічного дослідження та виховного впливу на основі вербальної комунікації. Характеризується більш високим рівнем домагань та спрямована на визначення внутрішніх (психологічних) змін особистості дитини.

**БІБЛІОТЕРАПІЯ** – (від лат. книга + терапія) – лікувальний вплив на психіку хворої людини за допомогою спеціально підібраних книг («спрямоване читання»). Засновник ідеї – Дядьковський І. Е. (1836 р.)

За В. Н. Мясіщевим методика Б. являє собою складне поєднання книговедення, психології та психотерапії.

**БЮДИЗАЙН** – науково-практична дисципліна, що вивчає структуру, принципи будови й функціонування живих організмів та біологічних систем, закономірності формування та відтворення адаптивних механізмів і засобів керування з метою практичного застосування результатів досліджень у дизайнерській творчості.

**БІОНІКА** – використання біологічних методів та структур для розробки архітектурних, дизайнерських, інженерних рішень та технологічних методів. Слово «біоніка» було запропоноване Джеком Стілі в 1958 році, від грецького – «одиниця життя» і суфіксу -іс – «-подібний», тобто «біоніка» означає «життєподібний». Використання технологічних особливостей структурної побудови різних видів живої природи для розробки й вдосконалення штучних методів проектування форм і об'ємних макетів, є ефективним через те, що живі організми виробили вузько направлені пристосування для поліпшення умов існування під впливом еволюційних змін.

**БІОНІЧНА УРБАНІСТИКА** – галузь, що вивчає методи застосування закономірностей, які діють у живій природі, для вирішення актуальних проблем містобудівництва та функціональної організації територіально-просторових систем розселення.

**БЮПСИХОТЕРАПІЯ** – активізуюча психотерапія, як сукупність заходів, спрямованих на усунення хвороби через залучення людини до її активної діяльності.

**БІОСФЕРА** – від грец. bios – життя та сфера, область активного життя, що охоплює нижню частину атмосфери, гідросферу та верхню частину літосфери. У біосфері живі організми (жива речовина) та середовище їх проживання органічно пов'язані і взаємодіють одне з одним, утворюючи цілісну динамічну систему. Термін «біосфера» запроваджено в 1875 р. Є. Зюссом. Вчення про біосферу як про активну оболонку Землі, у якій сукупна діяльність живих організмів, у тому числі людини, проявляється як геохімічний фактор планетарного масштабу, створене В. І. Вернадським (1926).

**БОНСАЙ** – мистецтво вирощування карликових дерев, із яких японці створювали мініатюрні сади.

## **В**

**ВОДНА ТЕРАПІЯ** – складова природотерапії, що базується на використанні водних процедур для зняття стресів та стабілізації психофізіологічного стану. Для дітей – використання води у ігрових методиках.

**ВИДОВА ТОЧКА** – місце на парковій території, з якого найкраще сприймаються види, пейзажі. Таке місце зазвичай закріплюється пристроєм видового майданчика.

**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЛЮДЕЙ ІЗ ЛАНДШАФТАМИ** – відбувається в процесі щоденного життя через досвіди та практики. Люди впливають на ландшафт, змінюючи його для своїх потреб, а він – на людей. Через життя у ландшафтах, їх освоєння та привласнення, що є різними для різних людей та спільнот, їм надають певних значень / смислів, з'являється емоційний зв'язок, а тому ландшафти є не тільки матеріальними / фізичними. Вони стають частиною людини, її самоусвідомлення, самоідентифікації та ідентичності, що важливе не тільки для індивіда, а й для цілих людських спільнот. Ландшафт стає смисловим, текстовим, ментальним, емоційним, сакральним, духовним чи символічним.

**ВПЛИВ** – у психології процес та результат зміни індивідом поведінки іншої людини, її установок, намірів, уявлень, оцінок тощо в ході взаємодії з нею.

**ВІЗУАЛІЗАЦІЯ (1)** (*visualization*) – процес перекодування словесного або символічного матеріалу в просторово-зорові уявлення і образи та оперування ними. Фактор візуалізації виділений у структурі інтелекту Р.Б. Кеттеллом.

**ВІЗУАЛІЗАЦІЯ (2)** – процес перекодування словесного або символічного матеріалу в просторово-зорові уявлення.

**ВІЗУАЛЬНИЙ** – має відношення до мисленнєвого представлення інформації у вигляді просторових образів певного ступеня узагальненості аж до створення якісно нових образних моделей тих або інших ідей і понять.

## Г

**ГАРМОНІЯ** – співрозмірність, узгодженість окремих елементів і явищ, специфічна єдність у різноманітті (гармонія у пропорційності, у кольорі, у фактурі).

**ГАРМОНІЙНИЙ РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ** – процес узгодженого збагачення раціонально-логічної та емоційно-психологічної сфер духовного світу людини, що передбачає досягнення єдності її розуму, волі та почуттів.

**ГЕЛОТОЛОГІЯ** – (від грецьк. *gelos* – сміх) – наука, яка досліджує вплив на людський організм сміху. Одночасно сміхотерапію визначають як напрям соціальної психології, який розвивається як засіб впливу на особистість для зняття напруги, стресу та здійснюється під час проведення тренінгів та спільних вправ з використанням сміху.

**ГЕОПЛАСТИКА** – пластичне пророблення поверхні землі за допомогою прийомів вертикального планування для вирішення утилітарних і архітектурно-художніх завдань. Засоби геопластики – штучні та природні форми рельєфу: пагорби та гори, земляні насипи та вали, відкоси та підпірні стінки, сходи та пандуси, кратери та каньйони тощо.

**ГЕШТАЛЬТТЕРАПІЯ** – система методів та процедур психотерапевтичного впливу на людину, що спираються на теорію гештальтпсихології. Головний принцип – безумовне прийняття людиною себе, інших людей та усього світу такими, які вони є; сприйняття та оцінка теперішнього стану людини як досить досконалого, та такого, що не вимагає зміни або покращення.



**ГІДРОТЕРАПІЯ** (від грецьк. hydor – вода + терапія) – водолікування – використання води в будь-яких її проявах (лід, холодна, гаряча, свіжа, мінеральна, пара) в профілактичних і лікувальних цілях.

## Д

**ДЕЛЬФІНОТЕРАПІЯ** – нетрадиційний метод лікування. Автор ідеї – лікар Девід Натансон (Флорида, 1978 р.).

**ДЕТЕРМІНІЗМ** – концепція, згідно з якою фізичні, поведінкові і ментальні події є не випадковими, а, скоріше, зумовленими дією специфічних причинних (каузальних) чинників.

**ДЗЕН-ПСИХОТЕРАПІЯ** – Дзен – це не релігія, та не філософія, це образ життя, що забезпечує людині гармонію із самою собою та з оточуючим її світом, позбавляє від страху та інших тяжких переживань, підводить до свободи та повної духовної самореалізації. Базується на принципах буддизму (Індія) та даосизму (Китай). Виступає проти прив'язаності людини до лінгвістичної знакової системи. Медитація вважається особливим станом свідомості, що допомагає людині пізнати вищу сутність. Виступають за необхідність та можливість самозміни за принципом – змінюється не проблема, а відношення людини до неї.

**ДИЗАЙН** – це міждисциплінарна науково-практична дисципліна з формування збалансованого просторова-предметного середовища, упорядження життєдіяльності людини, смисло- і структуроутворення об'єктів матеріальної і духовної культури.

**ДИСКОМФОРТНИЙ СТАН** – (від лат. dis + англ. comfort – зручність) – стан, який характеризується неприємними суб'єктивними відчуттями (головний біль тощо); часто супроводжується негативними психофізіологічними зрушеннями.

**ДИСОНАНС** – порушення гармонії, яке виявляється в невідповідності форми і змісту, зовнішнього вигляду предметів їхній сутності.

**ДІТИ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ** – діти, які мають відхилення від норми, що суттєво відбивається на їх життєдіяльності. До них відносять: розумово-відсталіх дітей; дітей із затримкою психічного розвитку (ЗПР); дітей з

порушенням мовлення, слуху, зору, опорно-рухового апарату; з порушенням поведінки, емоційного розвитку; дітей з комплексними дефектами; з проблемами розвитку.

**ДОМІНАНТА** – головний за силою художньої виразності акцент у ландшафтному просторі, якому підпорядковуються інші елементи. Домінанта може виявлятися у формі, кольорі, фактурі або ідейному прагненні.

**ДРАМАТИЗАЦІЯ** – процес та механізм втілення думок у візуальні образи.

## Е

**ЕВРИТМІЯ** – здібність людини знаходити вірний ритм в усіх проявах своєї життєдіяльності – співах, грі, танцях, мовленні, жестах, думках, вчинках, у народженні й смерті. (термін запроваджений Піфагором).

**ЕКСПРЕСІЯ** – (лат. ехртеввіо – виявлення) – виразність, сила прояву почуттів, переживань.

**ЕКОЛОГІЯ РОСЛИН** – наука про взаємозалежність і взаємодію між рослинами та середовищем.

**ЕКСТЕРНАЛІЗАЦІЯ (ПРОЕКЦІЯ)** полягає в «перенесенні» фізичних відчуттів, переживань та уявлень на зовнішні об'єкти та процеси. Хоча даний механізм пов'язаний не тільки з образотворчою творчістю, а й пізнавальною діяльністю, а також з іншими видами культурної практики, в арт-терапії та терапії мистецтвами він набуває особливо важливу роль.

**ЕКСТРЕМАЛЬНІ СИТУАЦІЇ** – ситуації, небезпечні для життя, здоров'я і благополуччя значних груп населення, обумовлені стихійними лихами, катастрофами, аваріями, або застосуванням супротивником у випадку війни різних видів зброї, і викликають реакції організму і особистості, які знаходяться на межі патологічних порушень.

**ЕМОЦІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ** (лат. *emover* – хвилювати і *competentis* – відповідний) – здатність особистості здійснювати оптимальну координацію між своїми емоціями і цілеспрямованою поведінкою.

**ЕМОЦІЙНА ПІДТРИМКА** – важливий механізм лікувальної дії у психотерапії. Це прийняття особистості іншими,

визнання її, людської цінності та значущості, незалежно від того якими якостями вона характеризується.

**ЕМОЦІЙНО-СТРЕСОВА ПСИХОТЕРАПІЯ** – вплив на емоційну сферу людини та використання її у психотерапевтичному процесі. Відомий з давніх часів, описаний у працях Гіппократа, Авіцени та ін. Вміння викликати у хворого сміх, підняти настрій розглядалося як потужний лікувальний фактор.

**ЕПІДЕМІЯ** – масове поширення інфекційної хвороби серед населення відповідної території за короткий проміжок часу.

**ЕПІЗООТІЯ** – широке поширення заразної хвороби тварин за короткий проміжок часу, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності на цю хворобу на відповідній території.

**ЕПІФІТОТІЯ** – широке поширення на території однієї або кількох адміністративно-територіальних одиниць заразної хвороби рослин, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності на цю хворобу на відповідній території.

**ЕСТЕТОТЕРАПІЯ** – інтегроване психолого-педагогічне поняття, яке об'єднує дві складові: «естетичне» (від грецьк. – чуттєвий) та «терапія» (від. грецьк. – лікування). Це своєрідне педагогічне «лікування» дитячої душі за допомогою різноманітних засобів впливу на емоційно-чуттєву сферу дитини (гра, спілкування, мистецтво, природа, рух, фольклор тощо). Передбачає усунення емоційного дискомфорту через емоційно-чуттєвий вплив.

**ЕТАПИ ДОСЯГНЕННЯ ГАРМОНІЙНИХ КУЛЬТУРНИХ ЛАНДШАФТІВ** – 1) міждисциплінарне дослідження особливостей культурних ландшафтів із залученням фахівців та фахівчинь зі сфери архітектури, містопланування (містобудування), екології, географії, етнографії, історії, економіки, агрономії, соціології; знайти і зрозуміти локальну та регіональну особливість культурних ландшафтів; 2) дослідження того, як різні люди та зацікавлені сторони розуміють, цінують, використовують і творять культурні ландшафти; 3) створення правил та механізмів збереження, регулювання та / або планування культурних ландшафтів із залученням зацікавлених

сторін; створення формальної містобудівної документації з регулюваннями та встановленням контролю їх дотримання.

## **Ж**

**ЖИТТЄВА СИТУАЦІЯ ОСОБИСТОСТІ** – це сукупність обставин життєдіяльності, які прямо або опосередковано впливають на поведінку людини, її стан і внутрішній світ, обумовлюючи зміст та напрями індивідуального розвитку, тим самим сприяючи виникненню та розв’язанню проблем.

**ЖИТТЄВИЙ ПРОСТІР** – психологічний характер взаємодії людини та середовища, постійна, безперервна взаємодія внутрішніх та зовнішніх сил (потреби, мотивація, настрої та умови середовища, які підтримують або перешкоджають здійсненню цілей людини у конкретній ситуації). Поняття запроваджено К. Левінім.

## **І**

**ІГРОТЕРАПІЯ** – метод лікувально-педагогічного впливу на дітей та дорослих, які страждають на емоційні порушення, страхи, неврози тощо. В основу різноманітних методик покладена ідея використання гри як засобу розвитку особистості.

**ІМАГОТЕРАПІЯ** – (від лат. *imago* – образ) – психотерапевтичний метод тренування дитини у відтворенні певного комплексу характерних образів з лікувальною метою. Метод запропонований І. Е. Вольпертом (1966 р.), відноситься до групи методів ігрової психотерапії.

**ІМІДЖОТЕРАПІЯ** – може розглядатися як різновид психодрами. Основна ідея – надання особистості можливості відчувати себе на місці іншого (в іншій соціальній ролі). Розвиває емпатію, самоаналіз, соціальну компетентність.

**ІНВАЙРОМЕНТАЛІЗМ** – вихідне положення про те, що особистість сформульована соціальними та культурними впливами. Нова загальнотеоретична та світоглядна тенденція формується із другої половини 19-го ст. у США як раціональне природокористування, різні рухи за якість середовища проживання, гуманітарні дослідження проблем взаємодії суспільства з середовищем свого проживання.

**ІНДИВІДУАЛЬНИЙ КРИТЕРІЙ БЕЗПЕКИ (ІКБ)** (медичний або санітарно-гігієнічний) – обмежує зверху негативний вплив середовища проживання на людину. Як окремі

конкретні ІКБ використовуються загальновідомі величини – ГДК (обмежує рівень токсичного впливу та запилення), ефективну дозу радіаційного впливу  $E_{\text{ef}}$  (радіаційний вплив), інтенсивність шуму  $L_a$  (акустичний вплив) тощо.

**ІНКЛЮЗИВНИЙ ТУРИЗМ** – відновлення здоров'я через спілкування з природою в умовах подорожі (екскурсій, прогулянок, турів, пікніків та ін.), що полягає не тільки в значному поліпшенні фізичного та психічного стану, але й у підвищенні пізнавальних здібностей дітей та молоді з особливими освітніми потребами.

**ІНТЕГРОВАНЕ УПРАВЛІННЯ ЛАНДШАФТАМИ** – комплекс збалансованих заходів на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях, спрямованих на збереження та невиснажливе використання природних ресурсів, з врахуванням екологічних, економічних та соціальних інтересів, та збереження для сучасних та майбутніх поколінь екосистем та ландшафтів.

## К

**КАЗКОТЕРАПІЯ** – це спосіб передачі знань про духовний шлях душі та соціальну реалізацію людини. Ця виховна система відповідає духовній природі людини.

**КАТАРСИС** – (від грецьк. katharsis – очищення) – душевне розрядження, що відчуває глядач у процесі співпереживання (Аристотель); терапевтичний стан «освянення» або «морального просвітлення через моральне потрясіння». Поява катарсису супроводжується частковим або повним вирішенням проблеми, очищенням.

**КВІТКОТЕРАПІЯ** – використання у естетотерапевтичній роботі естетико-художнього потенціалу рослинного світу. Є складовою природотерапії та трудотерапії. Особливої актуальності набуває на сучасному етапі високої урбанізації та технологізації суспільства. Може стати ефективним засобом стабілізації психічного стану дитини та розвитку її творчого потенціалу у поєднанні з такими видами естетотерапії як музикотерапія, хореотерапія, психодрама, арттерапія, трудотерапія тощо. Передбачає споглядання квітів, догляд за ними, відтворення у художніх образах, використання у створенні комфортного середовища тощо.

**КІНЕЗИТЕРАПІЯ** – лікування засобами руху, руховою активністю та природними моторними функціями людини; передбачає використання усіх видів та форм руху у якості лікувального фактору. Запропонували цей термін болгарські вчені Л. Бонев та П. Слинчев.

**КЛАСИФІКАЦІЯ ТА ІДЕНТИФІКАЦІЯ ЛАНДШАФТІВ** – за основними видами соціально-економічної функції ландшафти поділяються на: сільськогосподарські; лісогосподарські; водогосподарські; промислові; ландшафти поселень; рекреаційні; заповідні.

**КЛІМАТОТЕРАПІЯ** (від грецьк. klima – нахил (земної поверхні до сонячних променів) + терапія) – помітний тісний взаємозв'язок метеорологічних чинників зі станом здоров'я людини.

**КОМПОЗИЦІЙНОЇ СТРУКТУРИ ПАРКОВОГО СЕРЕДОВИЩА** – категорія архітектурної композиції, яка описує кількісне та якісне наповнення, просторове розміщення компонентів паркового середовища, взаємозв'язки між елементарними складовими в межах матеріальної та образної систем, їх ієрархічних рівнів, що формують цілісний усвідомлений образ відповідно до функції, тематики, стилістики об'єкта та задовольняють потреби людини (Н. Гатальська).

**КОМПОНЕНТИ ЛАНДШАФТУ** – основні складові частини ландшафту, що представлені фрагментами окремих сфер географічної оболонки. R. Kaplan, S. Kaplan, які запропонували метод аналізу та оцінювання привабливості ландшафту, що ґрунтується на концепції сприйняття людиною ландшафту не за окремими його фізичними елементами (рослинністю, рельєфом тощо), а за деякими холістичними якостями, звести які до простої конфігурації цих елементів неможливо. Такими якостями автори вважають – складність, узгодженість, передбачуваність та загадковість ландшафту.

**КОНЦЕПЦІЯ СПРИЙНЯТТЯ ЛЮДИНОЮ ШТУЧНО СТВОРЕНИХ ЛАНДШАФТІВ** – залежність естетичного сприйняття ландшафту від наступних критеріїв: 1. просторовість – глибина візуального проникнення у ландшафт; 2. ідентифікованість – відчуття ландшафту як знайомого; 3. натуральність – сприйняття ландшафту як природного

утворення, його незайманість; 4. орнаментованість – протилежне натуральності ландшафту; 5. граничність – наявність чітких меж у ландшафті; 6. текстурність – наскільки дрібнозернистим сприймається простір ландшафту; 7. рослинність – представленість у ландшафті деревної рослинності (R. Kaplan, S. Kaplan).

**КОНЦЕПЦІЯ СТАЛОГО МІСТА / БІОПОЗИТИВНОГО, ЕКОЛОГІЧНОГО МІСТА** – місто, побудоване за принципами урбаністичної біоніки, тобто естетично облаштоване, сприятливе для здоров'я, психологічно комфортне місто, на території якого задовольняються усі передумови сталого розвитку. Поняття «сталого», або біопозитивної країни є порівняно ширшим і означає регіон зі сталими місцями розселення, який постійно розвивається, постійно підтримує екологічну рівновагу між урбанізованими і природними територіями. Згідно з концепцією біопозитивної системи розселення, міста повинні бути доволі взаємно віддаленими, оточеними високопродуктивними природними ландшафтами, що можуть засвоювати і переробляти продукти життєдіяльності міст.

**КРЕАТИВНІ ЕКСПРЕСИВНІ ЕКОТЕРАПІЇ** – включають арттерапію, музичну терапію, драматерапію, танцювальну терапію, і вирізняються використанням природних факторів і середовища у процесі занять творчою діяльністю. Крім того, можуть застосовуватися експресивні види діяльності зі створення середовищної творчої продукції (фотографії, скульптури, малюнки, аплікації та ін.).

**КРИЗА** – це ситуація емоційного й розумового стресу, що вимагає значної зміни уявлень про світ і про себе за короткий проміжок часу.

**КРИТИЧНА СИТУАЦІЯ** – це така ситуація, у якій суб'єкт не може реалізувати основні потреби свого життя і яка ставить його перед необхідністю зміни способу буття. Найсильнішими критичними ситуаціями особистості є такі, що пов'язані з усвідомленням власної смертності (невиліковна хвороба, участь у бойових діях і т.под.) або зіткнення зі смертю іншого (переживання втрати близької людини).

**КРИЗОВА ПСИХОЛОГІЯ** – це галузь професійної діяльності, яка має на меті визначення психологічних особливостей життєвої ситуації та індивідуальності людини або групи, внесення позитивних змін у процес взаємодії між ними і профілактику небажаних форм поведінки для найбільш повного розкриття сутнісних сил людини.

**КРИТЕРІЙ БЕЗПЕКИ (КБ)** – певна величина (параметр), що обмежує зверху негативний вплив небезпечних і шкідливих факторів середовища проживання на об'єкт безпеки так, щоб його стан не відхилявся від існуючого більш ніж на задану величину.

## Л

**ЛАНДШАФТ (1)** (від німецької land – земля, schaft – зв'язок) – ділянка земної поверхні, обмежена природними кордонами, що має закономірну організацію п'яти компонентів (гірські породи, ґрунти, води, повітря й біота – сукупність живих організмів) і своєї просторової структури.

**ЛАНДШАФТ (2)** – це все те, що ми бачимо / сприймаємо, коли виходимо з приміщення. В цьому випадку поняття ландшафту є більш близьким до загальноживаного поняття «краєвид». У міжнародному договорі Ради Європи – Європейській ландшафтній конвенції (2000 р.) зазначається: «Ландшафт означає територію, як її сприймають люди і характер якої є результатом дії та взаємодії природних та / або людських факторів». ландшафт може бути наслідком тільки людської діяльності, а також наголошується на важливості його сприйняття людьми. Ландшафт — це частина Землі, видима спостерігачами з певного положення й розташування — як фізичного, так і соціального. Стать, вік, професія, соціальний клас та досвід людей впливають на їхнє бачення. Візуальність ландшафту є важливою у його сприйнятті, але не менш важливими є звуки, запахи, тактильні відчуття та насамперед отриманий у ньому досвід. варто відрізнити традиційні, тобто домодерні та доіндустріальні, культурні ландшафти від більш сучасних, тобто модерних та індустріальних. Традиційні ландшафти умовно характеризує низькоінтенсивне сільське господарство та висока чутливість до природного середовища, яку було втрачено впродовж наступних століть.



**ЛАНДШАФТ АНТРОПОГЕННИЙ** – ландшафт, що складається з взаємодіючих природних та антропогенних компонентів, і формується під впливом діяльності людини та природних процесів.

**ЛАНДШАФТ ЗАПОВІДНИЙ** – ландшафт, в якому в установленому законом порядку повністю виключена або обмежена господарська діяльність.

**ЛАНДШАФТ КУЛЬТУРНИЙ** – термін, що відбиває різноманітність проявів взаємодії людства та його природного середовища. У Європейській ландшафтній конвенції (2000 р.) виділяють три основні категорії культурних ландшафтів: ландшафт, спроектований і створений свідомо людиною, який найлегше визначити (це садові та паркові ландшафти, створені з естетичних міркувань, які часто (але не завжди) асоціюються з релігійними чи іншими монументальними будівлями та ансамблями); органічно розвинений ландшафт; асоціативний культурний ландшафт (тобто ландшафт, який викликає потужні релігійні, мистецькі або культурні асоціації, тоді як цінність його матеріальної складової може бути незначною або навіть відсутньою). В Україні є багато цінних культурних ландшафтів.

**ЛАНДШАФТ ПРОМИСЛОВИЙ** – ландшафт, що формується під впливом промислового виробництва.

**ЛАНДШАФТНИЙ ДИЗАЙН (1)** – творча діяльність, спрямована на формування предметно-просторового довілля прийомами та засобами ландшафтної архітектури та художнє конструювання деталей культурного ландшафту, що передбачає детальну організацію безпосереднього оточення людини, синтез природних елементів, художніх форм і деталей благоустрою.

**ЛАНДШАФТНИЙ ДИЗАЙН (2)** («landscape design») – термін, що відповідає за змістом ландшафтному проектуванню різних об'єктів від невеликих композицій біля будівель до відкритих просторів великих розмірів, зокрема міські вулиці, площі, набережні, сади й парки. Дизайн у цьому разі можна визначити як художнє проектування «позаархітектурних» компонентів міського простору з використанням матеріалів природи.

**ЛАНДШАФТНЕ МИСТЕЦТВО** – мистецтво створення антропогенних композицій із використанням природних і

штучних компонентів (дерева, чагарники, трави, квіткові рослини, рельєф, вода, паркові споруди, малі архітектурні форми, зокрема альтанки, містки, фонтани, басейни, вази, скульптура й ін.).

**ЛАНШАФТОТЕРАПІЯ** – терапія засобами і силами самої природи, її рослинності, пейзажу – гірського, морського і лісного – активізує і стимулює процеси відпочинку, відновлення сил і одужання. Це можуть бути рецептивні види активності, пов’язані з *естетично насиченим спогляданням* вибраних природних краєвидів, унікальних пейзажів і ландшафтів. Також можуть бути активні форми, що пов’язані із посадкою сажанців дерев чи квітів, *плануванням і реалізацією ландшафтних проєктів* тощо.

**ЛАНДШАФТНА АРТ-ТЕРАПІЯ З ВИКОРИСТАННЯМ РЕСУРСІВ БОТАНІЧНОГО САДУ** або дендрологічного парку. Ботанічні сади та дендрологічні парки мають відповідні умови для реалізації різноманітних комплексних науково-дослідницьких, освітніх і соціальних проєктів, в тому числі й у сфері ландшафтної і садової терапії.

**ЛАНДШАФТНЕ ПЛАНУВАННЯ** – розробка проєкту використання ландшафтів або проєкту змін цілей та методів їх використання із застосуванням сукупності методичних інструментів, що використовуються для побудови такої просторової організації діяльності суспільства в конкретних ландшафтах, що забезпечує стійке природокористування і збереження основних функцій цих ландшафтів як системи підтримки життя.

**ЛІТОТЕРАПІЯ** (від грецьк. lithos – камінь + терапія) – це застосування лікувальних властивостей різних каменів при лікуванні багатьох хвороб. Вчені стверджують, що оточуюча нас нежива природа насправді живе, розвивається, змінюється за певними законами, і неможливо відкидати оздоровчий вплив мінералів на людину. Наші предки вважали, що камені незвичайних форм, кольору і краси є носіями вищих сил природи. Доведено, що майже всі мінерали тією чи іншою мірою володіють біологічно активними діями: теплопровідністю, електропровідністю, фосфорними і магнітними властивостями, – тобто цілком можуть бути засобами фізіотерапевтичної дії.

**ЛОГОТЕРАПІЯ** – (від давньогрецьк. logos – смисл) – це вид естетотерапії, який спрямований на те, щоб надати духовний зміст,

з'ясувати сенс життя людині, яка втратила його, звернути увагу на справжні моральні та культурні цінності життя. Цей метод запропонований австрійським психіатром В. Франклом. Він спирається на усвідомленні людиною своєї відповідальності перед іншими та перед самим собою.

**ЛЯЛЬКОТЕРАПІЯ** – використовується як складова казкотерапії. Робота у лялькотерапії будується в три етапи: виготовлення ляльки, оживлення ляльки та її участь у драматизації історії, казок.

## М

**МАЛИЙ САД (1)** – умовно названий обмежений простір, у якому людина вступає в контакт із довкіллям, організованою рослинністю, рельєфом, водоймами, архітектурою споруджень і малими формами. Місцем поширення малих садів є прибудинкові ділянки житлових будинків, громадських центрів, в інтер'єрах громадських будівель як сади на дахах і в парках у вигляді фрагментів. Це місце розташування поширюється й на арт-ландшафти.

**МАЛИЙ САД (2)** – це обмежений простір, розташований біля громадської, житлової або промислової споруди, сформований за допомогою засобів ландшафтного дизайну. Він може займати територію у середньому від 0,2 до 5–6 га, подекуди до 10 га.

**МАСКОТЕРАПІЯ** – розглядається як елемент психодрами або ігротерапії. Особливо ефективний у роботі з дітьми-інтровертами, аутистами тощо. Дає можливість позбутися комплексів самотності, відчуженості, сором'язливості, невпевненості у собі.

**МЕТОД СИНКРЕТИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ ПІСНІ** – (від грецьк.- шлях дослідження та грецьк. – поєднання, нерозчленованість) – основа і метод естетотерапевтичного впливу на дитину засобами української народної пісні. Таке моделювання пов'язує окремі елементи мистецького поля пісні (поезія, вокал, драматизація обрядового дійства, музичний супровід, декораційно-художній елемент тощо) з творчим потенціалом кожної дитини, створюючи умови для самовираження особистості. Сферами художнього самовираження можуть стати такі види діяльності: складання віршів, гра-драматизація, гра на музичних

інструментах, композиція, спів, образотворча діяльність, слухання.

**МІКРОЛАНДШАФТ** – штучно створена композиція із зелених насаджень, органічно пов'язана з рельєфом і водоймами. Композицію озеленених об'єктів можна розглядати як систему мікроландшафтів, що послідовно розкриваються.

**МОДУЛЬНИЙ САД** – квіткова композиція, створена з елементів геометрично правильної конфігурації.

**МОНОСАД** – це сад одного виду рослин. До моносадів належать розарії, тюльпанарії, георгінарії тощо.

**МУЗИКОТЕРАПІЯ** – психотерапевтичний метод, який використовує музику як лікувальний засіб. Відомий з прадавніх часів. Існує у 2-х формах – активна та рецетивна. Виокремлюють чотири напрямки лікувальної дії м.: емоційна активізація, регулятивний вплив.

## Н

**НАДЗВИЧАЙНА СИТУАЦІЯ (1)** – обстановка на окремій території чи суб'єкті господарювання на ній або водному об'єкті, яка характеризується порушенням нормальних умов життєдіяльності населення, спричинена катастрофою, аварією, пожежею, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, застосуванням засобів ураження або іншою небезпечною подією, що призвела (може призвести) до виникнення загрози життю або здоров'ю населення, великої кількості загиблих і постраждалих, завдання значних матеріальних збитків, а також до неможливості проживання населення на такій території чи об'єкті, провадження на ній господарської діяльності.

**НАДЗВИЧАЙНА СИТУАЦІЯ (2)** – порушення нормальних умов життя та діяльності людей на об'єкті або території, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, великою пожежею, застосуванням засобів ураження, що призвели або можуть призвести до людських і матеріальних втрат.

**НАСТРІЙ** – емоційний стан людини, який пов'язаний із слабо вираженими позитивними або негативними емоціями та існує тривалий час.

**НАТУРПСИХОТЕРАПІЯ** – виділення лікувального впливу природи у якості самостійного психотерапевтичного методу.

**НООСФЕРА** – з грец. noos – розум, sphaira – куля, буквально «мисляча оболонка», за В. І. Вернадським, сфера розуму, найвища стадія розвитку біосфери, пов’язана з виникненням та становленням нею цивілізованого людства, з періодом, коли розумна людська діяльність стає головним визначальним фактором розвитку на Землі (Екологічний енциклопедичний словник, 1999).

**НООСФЕРНА ЦИВІЛІЗАЦІЯ** – це нова якість діяльності та життя людства на засадах гармонійних відносин з природою, гуманістичних наукових, духовно-культурних і технологічних інновацій, консенсусу і всесвітньої консолідації задля подолання глобальних проблем і війн в ім’я гідного розвитку й самореалізації людини. Сутнісну рису ноосферної цивілізації у глобалізованому світі можна визначити як рух від практик компромісу до практик консенсусу (С. Пирожков, Н. Хамітов).

## О

**ОРАНЖЕРЕЯ** – паркова споруда з одним або декількома залами, призначеними для вирощування цитрусових та інших екзотичних рослин. Виконує роль зимового саду. У XVIII ст. оранжереї будували в парках поблизу палаців і використовували для розваг.

**ОХОРОНА ЛАНДШАФТУ** – система заходів (адміністративно-правових, економічних, технічних, просвітницьких і пропагандистських), що спрямована на збереження можливості виконання ландшафтом основних соціально-економічних функцій, а також функцій відтворення ресурсів і формування сприятливого для біоти та / або людини середовища.

## П

**ПСОЧНА ТЕРАПІЯ** – складова терапії засобами мистецтва та глибинної психології (юнганський психоаналіз).

**ПОЕТИЧНА ТЕРАПІЯ** – використання поезії у корекційно-терапевтичних цілях. Як досить ефективну синергетичну методику, яка використовувалась під час «природних» і «ландшафтних» тренінгів, А. Ткаченко вважає *спонтанне створення віршів*, присвячених, наприклад, архетипним символам «моря» та «гір», поєднаних у районі робочого місця групи. Дослідник вважає такий прояв творчості одним із найбільш

цілісних у психологічній роботі при осмисленні психологічного змісту ситуації, оскільки у вірші, на його думку, дуже гармонійно поєднуються чуттєво-емоційний, та інтелектуальний вербальний фактори, створюючи закінчене уявлення про те, що відбувається.

**ПОСТРАЖДАЛІ ВНАСЛІДОК НАДЗВИЧАЙНОЇ СИТУАЦІЇ ТЕХНОГЕННОГО АБО ПРИРОДНОГО ХАРАКТЕРУ** – особи, здоров'ю яких заподіяна шкода внаслідок надзвичайної ситуації.

**ПОЧУТТЯ** – вища, культурно-обумовлена емоція людини, яка пов'язана з певними соціальними об'єктами.

**ПРАВОСЛАВНА ПСИХОТЕРАПІЯ** – сукупність форм та підходів до лікування душі. В їх основу покладено світосприйняття, що базується на православній вірі, духовному, аскетичному та літературному досвіді Єдиної Соборної та Апостольської Церкви (конфесійно визнаної як Православна).

**ПРИРОДА** – сукупність ландшафтних, біологічних та кліматичних природних умов проживання людини У переносному значенні – природна суть об'єкта системи; 1) у широкому сенсі весь матеріально-енергетичний та інформаційний світ Всесвіту; 2) сукупність природних умов існування людського суспільства, на які воно прямо чи опосередковано впливає та з якими пов'язана його господарська діяльність; 3) сукупний об'єкт природознавства як науки; 4) все, що безпосередньо не відноситься до людини та її діяльності або тільки сприймається як те, що не відноситься до них (Екологія людини: словник-довідник, 1997).

**ПРОЕКТИВНИЙ МАЛЮНОК** – один з методів групової психотерапії, часто пов'язують з елементом проективної арттерапії. Основне завдання П.м. – отримання додаткової інформації про проблеми пацієнта (у першу чергу ті, що важко вербалізувати). Н-д: «Моя родина», «Дерево», «Тварина, якої не існує».

**ПРИРОДНІ КОМПОНЕНТИ ЛАНШАФТІВ** – повітря, поверхневі та підземні води, гірські породи, ґрунти, рослинний та тваринний світ.

**ПРОПОРЦІЯ** – співрозмірність, певне співвідношення окремих частин предметів і явищ між собою, один із проявів гармонії.

**ПРОСТОРОВО-ПРЕДМЕТНЕ СЕРЕДОВИЩЕ** – багатовимірний векторний феномен, сукупність природних і штучно створених просторів та їх предметне наповнення, що знаходяться у постійній взаємодії з людиною. Воно охоплює природні, техногенні, виробничі, еколого-гігієнічні і соціокультурні елементи.

**ПСИХАГОГІКА** – психотерапія через перевиховання.

**ПСИХІЧНА ТРАВМА** – переживання, потрясіння. Головним змістом психічної травми є втрата особистістю віри в те, що життя організоване відповідно до порядку й піддається контролю.

**ПСИХОЛОГІЯ ВЗАЄМОДІЇ З ДОВКІЛЛЯМ** – один із напрямів екологічної психології, що вивчає реакції людини на взаємодію з середовищем і стресу, який при цьому виникає, просторової поведінки, сприйняття якості навколишнього середовища та пов'язаної з цим переваги того або іншого просторового оточення, процесів просторового пізнання та просторового мислення;

– це розділ в одному з основних напрямків екологічного психології, психології довкілля. Дж. Голд зазначав, що людина та навколишнє середовище перебувають у стані динамічного взаємодії (Голд, 1990). Як предмет дослідження в психології навколишнього середовища виступають відносини людини з навколишнім середовищем, взаємозв'язку між змінними середовища та різними психологічними характеристиками людини, її поведінки.

**ПСИХОЛОГІЯ ЕКОЛОГІЧНОЇ СВІДОМОСТІ** – галузь екологічної психології, яка включає в себе розробку психологічних закономірностей, механізмів та методів діагностики та формування особистісного ставлення до «світу природи», психодидактичних принципів та методів екологічної освіти, екологічних освітніх технологій, у тому числі імітаційно-ігрових методів, спеціальних тренінгів тощо (Панов, 1998);

– вивчає індивідуальну та групову екологічну свідомість антропоцентричного (суб'єкт – об'єктна взаємодія) та екоцентричного (суб'єкт – суб'єктна взаємодія) типів. Основними завданнями тут є вивчення соціо- та онтогенезу свідомості,

розробка психологічних методів формування, діагностики, корекції та тренінгу, в тому числі і в екологічній освіті.

**ПСИХОЛОГІЯ ЕКСТРЕМАЛЬНА** – від лат. *extremus* – «крайній» – галузь психологічної науки, що вивчає загальні психологічні закономірності життя та діяльності людини у змінених (незвичних) умовах існування: під час авіаційного та космічного польотів, підводного плавання, перебування у важкодоступних районах земної кулі (Арктика, Антарктика, високогірна пустеля, підземелля тощо) (Психологічний лексикон, 2005);

– галузь екологічної психології, серед завдань якої – *діагностика, реабілітація, тренінг психічних станів в екстремальних ситуаціях* (Панов, 1998);

– екстремальна психологія займається теорією та практикою критичних психічних станів. Це психологічні *аспекти підготовки, підтримки та реабілітації людини, яка працює або потрапила в екстремальну ситуацію* (від напруженості міжособистісної взаємодії до *стихійних та техногенних катастроф*), а також діяльність людини в неприродних для неї середовищних умовах (під водою, у космосі, під землею та ін). Екстремальні умови охоплюють надзвичайно сильні впливи зовнішнього середовища», які знаходяться на межі переносимості та можуть спричинити порушення адаптації (Короленко, 1978).

**ПСИХОЛОГІЧНА ПРОБЛЕМА** – це стан невизначеності, що виникає в процесі життєдіяльності індивіда між його намірами, уявленнями, мотивами й цілями поведінки та об'єктивними й суб'єктивними умовами її реалізації як протиріччя між очікуваними та реальними результатами дій людини. Психологічні проблеми можна також класифікувати за основними сферами активності людини: сімейні, професійні, особисті, пов'язані із здоров'ям, навчанням, правовими відносинами, дозвіллям, політичною діяльністю та ін. Психологічна проблема – результат взаємодії індивіда з навколишнім світом. Тому при аналізі проблеми логічно розглядати не тільки індивідуальність особистості, але й життєві обставини, у яких їй доводиться діяти.

**ПСИХОГІГІЄНА** – галузь гігієни, яка розробляє та здійснює заходи, що спрямовані на збереження та зміцнення психічного



здоров'я та душевної рівноваги. Часто пов'язують з завданням розповсюдження психологічних знань.

**ПСИХОГІМНАСТИКА** – один з невербальних методів групової психотерапії, в основі якої лежить використання рухової експресії в якості головного засобу комунікації в групі.

**ПСИХОДРАМА ТА СОЦЮДРАМА** – (від грецьк. drama – дія) – вид групової психотерапії, у якій пацієнти по черзі виступають у якості акторів та глядачів, при чому їхні ролі спрямовані на моделювання життєвих ситуацій, що мають особистісний смисл для учасників, з метою усунування неадекватних емоційних реакцій, відпрацювання соціальних позицій, більш глибокого самопізнання.

**ПСИХОПАНТОМІМА** – метод, який ґрунтується на невербальній активності пацієнтів. П. передбачає самовираження пацієнтів та їхню взаємодію без допомоги слів через рухи, жести, міміку, торкання.

**ПСИХОТЕРАПІЯ** – (від грецьк. psyche – душа та therapeia – лікування). Не є однозначно визначеною галуззю знань. За Бастіном – особливий вид міжособистісної взаємодії, при якій пацієнтові надається професійна допомога психологічними засобами при вирішенні проблем психічного характеру.

## Р

**РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ І ПОСТТРАЖДАЛОГО НАСЕЛЕННЯ** – система медичних, психологічних й професійних заходів, направлених на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до втрати працездатності, на ефективне і скоріше повернення учасників ліквідації надзвичайних ситуацій до професійної діяльності, а постраждалого населення – до нормальних життєвих процесів.

**РЕАБІЛІТАЦІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА** – комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності рятувальників аварійно-рятувальних служб (формувань), осіб, залучених до виконання аварійно-рятувальних робіт у разі виникнення надзвичайної ситуації, а також постраждалих внаслідок такої надзвичайної ситуації, передусім неповнолітніх осіб.

**РЕАБІЛІТАЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНА** – комплекс медико-психологічних заходів, направлених на відновлення, корекцію та компенсацію порушень психічних функцій, станів, особистого й соціального статусу осіб, які постраждали у надзвичайних ситуаціях.

**РЕКРЕАЦІЯ** – зона в інтер'єрі або на відкритому повітрі (у парку, саду), призначена для різних видів відпочинку (прогулянки, заняття спортом і розваги).

**РОКАРІЙ** – ландшафтна композиція, де декоративні рослини поєднуються з камінням.

**РЕФЛЕКСІЯ (1)** (лат. – звернення назад) – здатність свідомості людини зосереджуватися на самій собі.

**РЕФЛЕКСІЯ (2)** – від лат. «відображення» – роздуми, повні сумнівів, протиріч. Аналіз власного психічного стану; як механізм взаєморозуміння – осмислення суб'єктом того, якими засобами і чому він справив те чи інше враження на партнера спілкування (Психологічний словник, 2003);

– це специфічна властивість людського мислення, яка виступає механізмом переосмислення змісту свідомості та різних видів діяльності людини (<http://vocabulary.ru/dictionary>).

**РОДИННА ПСИХОТЕРАПІЯ** – особливий вид психотерапії, спрямований на корекцію міжособистісних відносин, та усунення емоційних порушень у сім'ї.

**РОЗВИТОК ЛАНДШАФТУ** – поступові змінювання, що призводять до зміни структури ландшафту.

**РОСЛИНОТЕРАПІЯ** – терапевтичний вплив на здоров'я людини естетичними візуальними властивостями рослин. Існують такі види рослинотерапії як деревотерапія, терапія кімнатними рослинами та квітково терапія.

**РУХОВА ТЕРАПІЯ** – форма психотерапії, яка базується на визнанні взаємозв'язку між тілом та мозком. Тілесні порушення розглядаються як результат порушень у психіці та збалансованості усього організму. Система Р. т. розроблена Колер (1968 р.), включає в себе лікувальну гімнастику та масаж.

## С

**САДОВА ТЕРАПІЯ** або **ГАРДЕНОТЕРАПІЯ** (horticultural therapy) поряд із дикою природою використовує більш доступні природні території для посадки і догляду за рослинами – парки,

газони, ботанічні сади. Прогулянки, що поєднуються доглядом за рослинами – завжди мають соціальну дію, а отже позитивний вплив на людину.

**САДОТЕРАПІЯ** (horticultural therapy) – це перевірена часом практика. Терапевтичні переваги садового середовища були задокументовані з давніх часів. У 19 столітті доктор Бенджамін Раш, який підписав Декларацію незалежності і визнаний «батьком американської психіатрії», першим задокументував позитивний вплив роботи в саду на людей з психічними захворюваннями. Американська асоціація садівничої терапії визначає садівничу терапію як «процес, що використовує рослини та садівничу діяльність для покращення соціальної, освітньої, психологічної та фізичної адаптації людей, таким чином покращуючи їх тіло, розум і дух».

**САМІСТЬ** – здатність індивіда дивитися на себе як на зовнішній об'єкт. Це наша здатність абстрагуватися від самого себе та оцінювати результати власних дій з позиції стороннього спостерігача. Саме С. дозволяє людині передбачити наслідки своїх майбутніх дій та прогнозувати варіанти дій.

**САМОАКТУАЛІЗАЦІЯ** (лат. – дійсний, справжній) – прагнення людини до найбільш повного виявлення та розвитку власних особистісних можливостей.

**САМОВИЗНАЧЕННЯ ОСОБИСТОСТІ** – самостійний вибір людиною свого життєвого шляху, цілей, цінностей, моральних норм, майбутньої професії та умов життя.

**СЕНСОРНІ ЕТАЛОНІ** (лат. *sensus* – відчуття) – вироблені людством уявлення про основні варіанти кожного виду властивостей і відношень (кольорів, форм, розмірів предметів, їх розташування у просторі, висоти звуків тощо).

**СЕНСОРНИЙ САД** – природний об'єкт, створений людиною, в якому взаємодоповнюються і взаєморозвиваються шість сенсорних складових (нюх, смак, слух, зір, земне тяжіння, дотик) в одному сенсорному просторі. Кожен сенсорний сегмент передбачає певні типи спілкування.

**СКВЕР** – невелика озеленена ділянка серед міської забудови (до 1 га), призначена для короткочасного відпочинку й декоративного оформлення окремих архітектурних комплексів і міського середовища.

**СМАКОТЕРАПІЯ** – використання у якості позитивно-стабілізуючого фактору приємних смакових відчуттів, що підсилюються дією візуальних вражень естетично привабливої смачної їжі та відповідного сервірування.

**СМІХОТЕРАПІЯ** (див. Емоційно-стресова терапія).

**СОЦІОТЕРАПІЯ** – багатозначне поняття. Одні автори використовують це поняття як синонім терапії середовищем; інші – розуміють цей термін як активність соціальних працівників та соціальних терапевтів, треті — як сукупність терапевтичних прийомів з галузі терапії зайнятості, трудотерапії та реабілітації.

**СПЕКТРОКАРТИ** – набір із кольорових фотографій, який використовується для роботи з кризою, створений фінським психотерапевтом У. Халкола (2011). Є кілька наборів «Спектрокарт». Один з них – основний набір – використовується в широкому діапазоні ситуації психотерапії і складається з 75 кольорових фотографій із зображенням пейзажів, рослин, різних природних та техногенних об'єктів, тварин, творів мистецтва (скульптур, архітектурних пам'яток). Цей автор створив також кілька додаткових комплектів фотографічних асоціативних карток. Один з них називається «Спектрокриза» і спеціально призначений для роботи із психічною травмою.

**СТИЛЬ** – історично сформована відносно стійка єдність образної системи, засобів і прийомів художнього вираження, обумовлена уніфікованістю єдністю ідейного змісту мистецтва. Цим поняттям визначаються великі етапи в розвитку садово-паркового мистецтва: романський, готика, ренесанс, бароко, рококо, класицизм, романтизм.

**СТИХІЙНЕ ЛИХО** – природне явище, що діє з великою руйнівною силою, заподіює значну шкоду території, на якій відбувається, порушує нормальну життєдіяльність населення, завдає матеріальних збитків.

**СТРЕС** (англ. *stress* – напруження) – стан організму, що виникає у відповідь на дію несприятливих зовнішніх чи внутрішніх факторів.

**СТРУКТУРА ЛАНДШАФТУ** – набір, співвідношення та взаємозв'язок компонентів ландшафту, а також сполучення, просторове розміщення та зв'язки комплексів, з яких він складається, більш низького таксономічного рангу.

## Т

**ТАЛАСОТЕАПІЯ** – лікування морем – це лікування морською водою, морським повітрям, водоростями, сонячними променями.

**ТЕРАПЕВТИЧНИЙ САД** (*therapeutic garden*) як підвид терапевтичного ландшафту можна розглядати як зовнішній простір, створений для задоволення фізичних, психологічних, соціальних і духовних потреб людей, які перебувають у закладі охорони здоров'я, і який допомагає цим людям підтримувати контакт з реальністю та забезпечує психофізичне благополуччя усім користувачам, тобто пацієнтам, відвідувачам та медичному персоналу.

**ТЕРАПЕВТИЧНИЙ ЛАНДШАФТ** (*therapeutic / healing landscape*) – термін був визначений у 1992 році географом Вільямом Геслером як місце, «де фізичне та побудоване середовище, соціальні умови та людське сприйняття поєднуються, щоб створити атмосферу, яка сприяє зціленню» (Gesler, W., 1992).

**ТЕРАПЕВТИЧНИЙ МЕТОД ВІДНОВЛЕННЯ СЕРЕДОВИЩА** передбачає взаємодію з природою у межах реалізації екологічних програм, які спрямовані на підтримку природних багатств і екологічної рівноваги середовища.

**ТЕРАПІЯ ЗАНУРЕННЯ У ПРИРОДНЕ СЕРЕДОВИЩЕ** (*wilderness therapy / wilderness experience*) бере свої витoki з часу виникнення руху за розвиток людського потенціалу у 1960-ті рр. у США. Тоді вчені стали практикувати занурення у природне середовище як спосіб розкриття внутрішнього потенціалу особистості. Як правило, за цим методом організується перебування групи у «дикій» місцевості. Фахівець, який супроводжує групу, володіє спеціальною психологічною підготовкою і навиками виживання та має різносторонній досвід подорожей і знаходження у різних природних середовищах.

**ТЕРАПІЯ КОЛЬОРОМ** – використання кольору як фактору психічної регуляції. За даними вчених, колір якісно і комплексно впливає на психофізіологічний стан, включаючи зміну складу крові, динаміку загоєння тканин, тонус м'язових скорочень, функцію серцево-судинної системи, сприйняття (болю, температури, часу, простору, розміру, ваги), психічний статус (емоційний стан, активізованість, психічна напруга). При цьому

колір впливає специфічно як при експозиції зору, так і при висвітленні ним частин людського тіла.

**ТЕРАПІЯ ТВОРЧИМ САМОВИРАЖЕННЯМ** – розроблена М. Бруно. Метод спрямований на навчання хворого прийомом цілющого творчого самовираження з усвідомленням суспільної користі своєї праці та свого життя у цілому.

**ТЕРАПІЯ УЛЮБЛЕНОЮ СПРАВОЮ (ХОБІ-ТЕРАПІЯ)** – метод розроблений Ю. А. Скроцким (1978 р.) для роботи з підлітками, які страждають на психопатію. Автор спирається на нейропсихологічний аналіз поведінки з урахуванням стимулюючої дії на неї уявних образів та на керування вже вмотивованою поведінкою шляхом створення програми дії. Смысл роботи полягає у створення у свідомості підлітка діючого образу, побудованого на минулих, теперішніх та майбутніх захопленнях. Відносять до когнітивно-поведінкової психотерапії. Активно використовується при підготовці людини до її майбутньої діяльності.

**ТІЛЕСНО-ОРІЄНТОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ** – група методів психотерапії, орієнтованих на вивчення тіла, усвідомлення пацієнтом тілесних відчуттів, на дослідження того, як потреби, бажання та почуття проявляються у різних тілесних станах та на навчання реалістичним способам подолання дисфункцій у цій галузі.

**ТОПАРНЕ МИСТЕЦТВО** – мистецтво фігурного підстригання дерев і чагарників.

## Ф

**ФАКТОРИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ДІЇ ПСИХОТЕРАПІЇ** – розглядають у відповідності є трьома важливими планами функціонування людини: емоційним, пізнавальним та поведінковим.

**ФІТОНЦИДНІСТЬ** – здатність рослин виділяти леткі захисні речовини, які згубно впливають на мікроби.

**ФІТОТЕРАПІЯ** – давній спосіб лікування травами.

**ФОЛЬКЛОРНА АРТТЕРАПІЯ** – на основі усіх елементів фольклору – музики, вокалу, танцю, драми та текстів пісень, кольорів та малюнків костюму виділяють елементи психокорекційної роботи, а також роботи по самопізнанню та

розвитку особистісних якостей дитини. Автор методики – Л. Д. Назарова (м. Орел, Росія).

**ФОРМОКОРЕКЦІЙНА РИТМОПЛАСТИКА** – це метод формування цілісного самовідчуття та уявлень про Всесвіт шляхом створення гармонійних форм, як внутрішніх так і зовнішніх (автори Р. та Т. Чураєви).

**ФОТОТЕРАПІЯ** – це своєрідний засіб самовираження, самопізнання, соціалізації та емоційно-чуттєвого виховання людини засобами мистецтва фотографії. Вона передбачає роботу з готовим матеріалом, або створення оригінальних авторських знімків.

## Х

**ХАЙКІНГ** (hiking) – піший похід на природу, в гори тривалістю не більше одного дня, який практикується в Норвегії. Магазини гірського спорядження та екіпірування там на кожному кроці. У гори ходять усі незалежно від віку і навіть із дітьми.

**ХОЛДИНГ-ТЕРАПІЯ** – (від англ. hold – тримати) – оригінальний метод корекції емоційних порушень у дитячому віці. Розроблений амер. психотерапевтом М. Велшем. Полягає у наступному: мати міцно обіймає дитину обличчям до себе і утримує її, незважаючи на опір. Сеанс триває біля однієї години, протистояння дитини поступово знижується та наступає розслаблення. Після декількох сеансів настає значне покращення емоційного стану дитини.

**ХОРЕОТЕРАПІЯ** – використання танцю, пластики та ритміки з лікувальною або профілактичною метою.

**ХРОМОТЕРАПІЯ** або **КОЛЬОРОТЕРАПІЯ** (від грецьк. chroma – колір, фарба + терапія) – лікування кольоровими гамами природи.

**ХЮТТЕ** (норв. «hytte») – концепція відпочинку вихідного дня норвежців у замських будиночках (хютте), що розташовані серед лісу, в горах або поряд із водоймою.

## Ц

**ЦИВІЛІЗАЦІЙНА СУБ'ЄКТНІСТЬ** – це створення для громадян країни довгострокових можливостей гідного життя й самореалізації в умовах функціонування економічних, політичних і духовно-культурних процесів, які формують реальні підстави позиціонування країни у світі (С. Пирожков, Н. Хамітов).

## Я

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ** – це комплексне мультівимірне поняття, яке визначає рівень фізичного, емоційного, матеріального й соціального благополуччя (*well-being*).

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) трактує якість життя як *«сприйняття особою її місця у житті з урахуванням культурних цінностей особи та її цілей, очікувань, стандартів і пересторог»*. ВООЗ розглядає якість життя з точки зору економіки здоров'я як комплексне поняття, що охоплює шість основних сфер якості життя.

Таким чином, концепція якості життя включає *всі взаємозв'язки людини з оточуючим середовищем, які характеризують ступінь задоволення потреб та ступінь відповідності реальних можливостей очікуванням*.

**ЯКІСТЬ МІСЬКОГО СЕРЕДОВИЩА** – визначається здатністю міст, з одного боку, бути фокусами творчих сил суспільства, реалізовувати, концентрувати у собі творчий потенціал і, з іншого – створити необхідні умови для залучення кожної особи до різних форм життя міста (Ахієзер, 1989).

**ЯПОНСЬКИЙ САД КАМЕНІВ / САД «СУХОГО ПЕЙЗАЖУ» / САД ДЗЕН** – мініатюрний стилізований пейзаж шляхом ретельно підібраних композицій з **каменів**, водойм, мохів, формованих дерев і кущів, і використовує гравій або пісок, який загромадили для представлення брижів по воді.



## ГЛОСАРІЙ

(укладачі: Драчук О. В., Міхєєва О. Ю., Демченко І. І.,  
Витриховська О. П.)

### А

**АБІЛІТАЦІЯ** – система заходів та соціальних послуг, спрямованих на опанування особою знань та навичок, необхідних для її незалежного проживання в соціальному середовищі: усвідомлення своїх можливостей та обмежень, соціальних ролей, розуміння прав та обов'язків, уміння здійснювати самообслуговування.

**АБІОТИЧНЕ СЕРЕДОВИЩЕ** – неживе фізичне оточення живих організмів (сонячне світло, тепло, повітря, вода тощо).

**АБІОТИЧНИЙ ФАКТОР** – умови неживої природи, її компоненти і властивості, які прямо чи опосередковано впливають на життєдіяльність організмів та їхні угруповання (температура, атмосферний тиск, рельєф, освітленість, вологість, рівень радіації тощо).

**АБЛЯЦІЯ** – зменшення маси льодовиків або снігового покриву, яке відбувається в результаті танення і випаровування, зумовлених в основному кліматичними чинниками.

**АБРАЗІЯ** (лат. абразіо – «зіскоблювання») – процес механічного руйнування хвилями берегів морів, озер, водосховищ та інших водних об'єктів. Є також хімічна і термічна абразія.

**АВАРІЙНО-РЯТУВАЛЬНА СЛУЖБА** – сукупність організаційно об'єднаних органів управління, сил та засобів, призначених для проведення аварійно-рятувальних та інших невідкладних робіт.

**АВАРІЙНО-РЯТУВАЛЬНЕ ФОРМУВАННЯ** – підрозділ аварійно-рятувальної служби, самостійний підрозділ, загін, центр, пожежно-рятувальний підрозділ (частина).

**АВАРІЙНО-РЯТУВАЛЬНІ ТА ІНШІ НЕВІДКЛАДНІ РОБОТИ** – роботи, спрямовані на пошук, рятування і захист населення, уникнення руйнувань і матеріальних збитків, локалізацію зони впливу небезпечних чинників, ліквідацію чинників, що унеможливають проведення таких робіт або загрожують життю рятувальників.

**АВАРІЯ** – небезпечна подія техногенного характеру, що спричинила ураження, травмування населення або створює на

окремій території чи території суб'єкта господарювання загрозу життю або здоров'ю населення та призводить до руйнування будівель, споруд, обладнання і транспортних засобів, порушення виробничого або транспортного процесу чи спричиняє наднормативні, аварійні викиди забруднюючих речовин та інший шкідливий вплив на навколишнє природне середовище.

**АВАРІЯ ЕКОЛОГІЧНА** – велике пошкодження промислових, транспортних, побутових, та інших об'єктів, у результаті яких відбувається викид у навколишнє середовище шкідливих речовин в таких кількостях, що створюється реальна загроза населенню і довкіллю.

**АВАРІЯ НА ЧАЕС** – 26 квітня 1986 р. на четвертому енергоблоці Чорнобильської атомної електростанції сталася аварія. Утворився вогняний смерч, який захопив радіоактивні речовини (радіонукліди) і викинув їх в атмосферу. Аварія на ЧАЕС – найбільша техногенна катастрофа за всю історію людства.

**АВТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА** – специфічна форма особистісної активності, спрямована на завдання шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю.

**АВТОАГРЕСІЯ** – породжена негативною самооцінкою дія, спрямована на заподіяння собі фізичної або психологічної шкоди, на самознищення.

**АВТОРИТАРНЕ ВИХОВАННЯ** – мета і основний метод підпорядкування вихованців волі вихователя. Дитина має бути слухняною, сліпо довіряти вихователеві, визнавати його накази і розпорядження єдино правильними.

**АВТОРИТАРНИЙ СТИЛЬ СПІЛКУВАННЯ** – характер міжособистісних стосунків, що ґрунтується на надмірному нав'язуванні своєї волі іншій людині.

**АВТОРИТАРНІСТЬ** – 1) соціально-психологічна характеристика особистості, що відображає її намагання максимально підпорядкувати своєму впливу партнерів по взаємодії і спілкуванню; 2) соціально-психологічна характеристика стилю керівництва та лідерства, визначальними рисами якого є централізація керівником (лідером) своїх управлінських функцій, зосередження усієї влади в одних руках, нехтування ініціативою підлеглих тощо. За А. провідні форми діяльності – накази, розпорядження, покарання тощо. А. пов'язана

з агресивністю, завищеною самооцінкою і рівнем домагань особистості, схильністю до наслідування стереотипів, слабкою рефлексією та ін. На поведінковому рівні А. нерідко проявляється у намаганні будь-що досягти домінуючого становища у групі, зайняти якнайвищий щабель у відповідній структурі влади. Для А. характерний тиск керівника (лідера) на своїх підлеглих, намагання усунути їх від участі у вирішенні стратегічних і тактичних питань. Такий керівник будь-яку їх ініціативу, самостійність вважає зазіханням на його статус, авторитет, він суб'єктивний в оцінці всього, що відбувається.

**АВТОРИТЕТ** – 1) особливості окремої особи, групи, а також норми (правила, закони, принципи), завдяки яким можна заслужити довіру, повагу, вплинути на переконання та поведінку інших людей, груп; 2) вплив індивіда, що ґрунтується на його соціальному стані, посаді, статусі та ін. У першому випадку А. зазвичай асоціюється з владою, у другому – не завжди, оскільки йдеться про А. індивіда, який може мати певні моральні та інші якості, яких бракує іншим людям. Джерело А. – нераціоналізоване прийняття (визнання) достоїнств певної особи, групи, соціального інституту або ідеального уявлення, що, як правило, не підлягає аналізу, приймається в цілому як носій А. в силу звички, традиції, установки тощо. Завдяки А. контролюються дії людей, узгоджується їх взаємодія в індивідуальних та загальних інтересах. Виділяють такі типи А. (за М. Вебером): заснований на раціональних установках А. влади; такий, що апелює до «вічності і незмінності», А. звички; особистісний А. «харизми» – наділяння особи в очах її прихильників винятковими вродженими якостями, що роблять її лідером. Чимало психологічних конструкцій у рамках відносин А. нагадують взаємини дітей і батьків і, ймовірно, постають із відповідних архетипів. Політична психологія, психологія управління, персональний менеджмент розробляють технології створення й посилення А. політичного лідера, керівника. Ідеально, якщо посадове лідерство збігається з особистісним неформальним А.; можливі також різні рівні відмінностей між цими соціальними ролями. Найгірша комбінація буває в тому разі, якщо посадове формальне лідерство належить одній особі, а реальне – іншій, і їхні цілі не збігаються. Зміцнення А. можливе за використання заохочень, винагород або навпаки –

покарань. Ставлення до А. може набувати крайностей авторитаризму (проголошення безумовної віри в непохитність, непогрішимість А. та сліпої покори) або нігілізму (заперечення значимості усякого А., що обмежує свободу індивіда), що, по суті, є анархізмом. Соціальний працівник покликаний впливати на колектив психотерапевтично силою своєї особистості, бути носієм А. Інколи йому доводиться спонукати клієнта до дій, що потребують напруження волі, подолання слабкостей, шкідливих звичок. Трапляються випадки, коли реальна зміна соціальної ситуації клієнта неможлива, а можлива лише зміна його ставлення до неї. А. соціального працівника у цьому разі може бути одним із чинників, які спонукають клієнта до такої зміни. А. особистості соціального працівника невід'ємний від А. системи соціального обслуговування загалом, а цього можна досягти за підвищення соціального престижу професії та суспільного визнання її необхідності.

**АВТОРИТЕТ БАТЬКІВ** – висока значущість особистих якостей та життєвого досвіду батьків у очах дітей, що є великою силою батьківського впливу на підростаюче покоління.

**АВТОРИТЕТ ПЕДАГОГА** – необхідна умова успішного навчання і виховання. Зумовлюється А. п. загальноновизнаними позитивними якостями: відповідальністю, ерудованістю, великодушністю, справедливістю, принциповістю, оптимізмом, щирістю, високими суспільними ідеалами, громадянськістю, витонченою педагогічною майстерністю, зокрема вмінням поєднувати теорію з практикою.

**АВТОТРОФИ** – організми, які продукують органічні речовини із неорганічних з'єднань (вода, ґрунт, повітря) в результаті фотосинтезу. До них належать усі наземні і водяні рослини і деякі групи водних та ґрунтових бактерій.

**АВТОЦИД** – суїцид, здійснений із використанням автотранспортних засобів.

**АГРЕСИВНІСТЬ** – короткочасний емоційний стан або індивідуальна риса особистості, що характеризується стійкою готовністю людей до агресивних дій, спрямованих на завдання психологічної або фізичної шкоди або знищення когось. За спрямованістю розрізняють: аутоагресію (спрямовану на себе) та гетероагресію (спрямовану на інших). А. розглядають як

необхідний механізм самозбереження та самозахисту. А. як риса формується у особи, що не може виразити в соц. прийнятних формах свою реакцію на фрустрацію або емоційно нейтральну мету. А. виявляється в структурі девіантної або деліквентної поведінки. В формуванні здатності контролювати агресивні збудження, потяги та дії значну роль відіграє розвиток уяви про іншу людину як унікальну цінність, здатність до співчуття, співпереживання, емпатії, ідентифікації. А. супроводжується емоційним станом гніву, ворожості, ненависті тощо. Деякі прояви А. можуть слугувати ознакою патопсихологічних змін особистості, таких як збудлива психопатія, параноя, епілепсія тощо.

**АГРЕСИВНІСТЬ ДІТЕЙ** – емоційний стан і риса характеру дитини. Характеризується імпульсивною активністю поведінки, афективністю переживань (гніву, злості, намагання заподіяти іншому травму фізично чи морально). Є наслідком негативного ставлення до них – брак любові, чуйності, поваги, надмірна суворість, зловживання покараннями.

**АГРЕСІЯ** – 1) індивідуальна або колективна поведінка, дія, спрямовані на заподіяння фізичної чи психологічної шкоди або на знищення людини чи групи людей; 2) короткочасний емоційний стан (або індивідуальна риса) особистості, що характеризується стійкою її готовністю до агресивних дій, спрямованих на заподіяння психологічної або фізичної шкоди чи знищення когось. У більшості випадків А. виникає як реакція суб'єкта на фрустрацію і супроводжується емоційними станами гніву, ворожості, ненависті та ін.

**АДАПТАЦІЯ** – пристосування людини або групи людей до соціального середовища і водночас пристосування до них цього середовища з метою співіснування та взаємодії. А. тісно пов'язана з процесом соціалізації, тому, як правило, вживається термін соціальна адаптація. Важливу роль в процесі соціальної адаптації відіграє адаптаційний потенціал особистості. Це можливості включатися в нові умови соціального середовища тобто володіння уміннями і навичками пристосування, які людина набуває в процесі життєдіяльності. Соціальна адаптація виступає в двох формах: активній та пасивній. При активній формі людина прагне активно взаємодіяти з середовищем, впливати на його розвиток,

долати труднощі та перепони, вдосконалювати суспільні процеси. При пасивній формі адаптації людина не прагне до змін оточуючої дійсності, схильна до конформізму, недостатньо мобілізує свої біологічні, інтелектуальні та психологічні ресурси до пристосування в соціальному середовищі. В результаті цього при зустрічі людини з певними об'єктивними труднощами, хворобами, екстремальними ситуаціями як результат низької адаптації може виникнути соціальна дезадаптація, що виявляється в різних формах девіантної поведінки.

**АДАПТАЦІЯ СОЦІАЛЬНА** – 1) вид взаємодії особи, соціальної спільноти із середовищем, у процесі якої узгоджуються вимоги та сподівання її учасників; 2) процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища; 3) результат процесу пристосування індивіда до умов соціального середовища. Поняття А. с. виникло в методології необіхевіоризму та культурологічної антропології. А. с. є безперервною, однак її передусім пов'язують з періодами кардинальної зміни діяльності виду і його соціального оточення. В соціальній психології А. с. розглядають як закономірності спільної діяльності, обумовлені загальною метою і ціннісними орієнтаціями соціальних груп. Існують такі основні типи адаптаційного процесу: тип, що характеризується перевагами активного впливу на соціальне середовище; тип з пасивним впливом на це середовище. В основі типології А. с. – структура потреб і мотивацій індивідів. Важливим аспектом А. с. є прийняття індивідом соціальної ролі. Ефективність А. с. значною мірою залежить від міри адекватності сприйняття індивідом самого себе і своїх соціальних зв'язків. Недостатньо розвинуте або неправильне, спотворене уявлення про самого себе спричиняє серйозні порушення. Крайнім проявом А. с. є аутизм (тяжка форма психологічного відчуження, що виявляється в замкнутості індивіда, відсутності від контактів з навколишньою дійсністю). А. с. має вирішальне значення для процесу соціалізації особистості. Порушенням А. с. є асоціальна поведінка, маргінальність, алкоголізм і наркоманія.

**АДАПТИВНИЙ** – пристосований; адаптивні ознаки – спец. пристосування організму, що дає йому змогу існувати в цьому середовищі; адаптивна система – самопристосована система.

**АДАПТОВАНЕ НАВЧАННЯ** – система навчального процесу для дітей з фізичними, психічними, інтелектуальними проблемами з урахуванням особливостей та умов їхньої життєдіяльності.

**АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА** – одна із форм деструктивної поведінки, яка проявляється в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану через прийом певних речовин або постійної фіксації уваги на певних предметах або видах діяльності, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій.

**АДРЕСНА СОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА** – допомога, що надається відповідно до встановлених критеріїв малозабезпеченості з урахуванням фактичного доходу сімей. Основні види і форми А. с. д. встановлюють на регіональному рівні. Ними є: 1) грошова допомога – одноразові виплати; виплати на транспортні послуги; надання допомоги за екстремальних ситуацій, які спричинили значні одноразові витрати (пожежа, повінь тощо); допомога для оплати житла і комунальних послуг; дотації на оплату харчування і лікування; пільгові позички і кредити; 2) натуральне забезпечення – надання предметів першої необхідності (продуктів харчування, взуття, одягу тощо); ремонт квартир, автотранспорту; виділення лікарських препаратів; забезпечення безплатним харчуванням; надання палива; 3) гуманітарна допомога; 4) послуги і пільги – направлення до реабілітаційних центрів, центрів соціально-психологічної допомоги, будинків-інтернатів; влаштування у пансіонати для людей похилого віку; організація надомного соціально-побутового обслуговування на платній і безоплатній основі; прикріплення до магазинів, де можна придбати продукти харчування і предмети першої необхідності зі знижкою (за низькими цінами); організація безплатного перебування бездомних громадян у нічліжних будинках; забезпечення короткотривалого догляду за хворими і самотніми людьми; організація допомоги сім'ям з лежачими хворими; створення спеціальних аптек або відділів в аптеках для малозабезпечених громадян. Можливе надання й інших видів допомоги (правової, психологічної, інформаційної, профорієнтаційної тощо), в яких

клієнти системи соціального обслуговування відчують гостру потребу.

**АДСОРБЦІЯ** – поглинання речовин з розчину або газоподібного середовища поверхневим шаром твердого тіла (адсорбенту) або рідини. Відіграє важливу роль в біологічних процесах і широко застосовується в промисловості для очищення забруднених водних розчинів і газодимових викидів.

**АЕРОЗОЛІ** – тверді, або рідкі часточки (дим, туман), що перебувають у завислому стані у будь-якому газовому середовищі.

**АЗБЕСТ** – назва групи природних гідросилікатів. Отримав широке розповсюдження в будівництві і промисловості. Є дуже сильним канцерогеном – (викликає часто рак легень) і, тому його використовують тільки в місцях, де людина не має з ним безпосереднього контакту.

**АКОМОДАЦІЯ, АСИМІЛЯЦІЯ** (лат. відповідно пристосування та уподібнення, схожість) – вихідні категорії у теорії швейцарського психолога Ж. Піаже. В них відображено здатність організму, завдяки якій він опановує середовище і водночас пристосовується до нього.

**АКРЕДИТАЦІЯ** – процедура надання вищому навчальному закладу певного типу права провадити освітню діяльність, пов'язану зі здобуттям вищої освіти та кваліфікації, відповідно до вимог стандартів вищої освіти, а також до державних вимог щодо кадрового, науково-методичного та матеріально-технічного забезпечення.

**АКСІОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ** – метод психотерапії, спрямований на корекцію цінностей особистості.

**АКСІОЛОГІЯ ВИХОВАННЯ** – орієнтація на цінності, що сприяють задоволенню потреб людини, відповідають особистим запитам і нормам у певній історичній та життєвій ситуації. Під ціннісною орієнтацією в цьому випадку слід розуміти ідеологічне, політичне, моральне, естетичне та інше оцінювання особистістю навколишньої дійсності. А. в. формується під час засвоєння соціального досвіду і виявляється у цілях, переконаннях, інтересах.

**АКТИВІЗАЦІЯ** (мобілізація) – залучення людей до дій щодо розв'язання власних соціальних проблем або проблем певної вразливої групи чи громади.



**АКТИВНІСТЬ ОСОБИСТОСТІ** – поведінка, яка характеризується інтенсивністю і спрямованістю, мобілізацією психічних якостей з метою досягнення певних цілей.

**АКУМУЛЯЦІЯ** – нагромадження в живих організмах речовин, що забруднюють середовище існування внаслідок засвоєння їх у процесі харчування і контакту із середовищем, а також процес накопичення на поверхні землі, на дні природних і штучних водних басейнів продуктів ерозії та абразії, води, солей і різноманітних забруднювачів.

**АЛГОРИТМ ОБЧИСЛЕННЯ РОЗРАХУНКОВИХ ПОКАЗНИКІВ.** Певна послідовність однозначних приписів щодо проведення розрахунків з метою отримання конкретного результату.

**АЛКОГОЛІЗМ** – захворювання, причиною якого є вживання алкоголю. Характеризується наявністю психічної і фізичної залежності. Виділяють побутове пияцтво (ситуаційно обумовлене зловживання алкоголем без появи ознак звикання), хронічний алкоголізм, алкогольні психози (гострі – напр., біла гарячка; хронічні – напр., алкогольні ревнощі, хронічний алкогольний галюциноз). Особливу тривогу викликає поява симптомів цієї хвороби у підлітково-юнацькому віці.

**АЛКОГОЛІЗМУ ПРОФІЛАКТИКА** – антиалкогольна пропаганда (починаючи з дитячого віку), ліцензування продажу спиртних напоїв, заборона реклами алкоголю на телебаченні та в інших ЗМІ, педагогічна освіта дітей і дорослих, запобігання пияцтву, рання діагностика алкоголізму, адекватне його лікування, яке обов'язково включає психотерапію.

**АЛЬТЕРНАТИВНІ КОМУНІКАЦІЇ** (alternative communications) – комунікації, протилежні по ідейній спрямованості стандартним моделям монополізованої інформаційно-розважальній індустрії. Охоплюють альтернативні ЗМІ, популярні концерти, театральні вистави, карнавали, ходи, фестивалі, ярмарки, мітинги.

**АМБІВАЛЕНТНИЙ** – неоднозначний, подвійний, такий, що коливається, нестійкий.

**АМНІСТІЯ.** Повне або часткове звільнення від відбування покарання певної категорії осіб, визнаних винними у вчиненні злочину, або кримінальні справи стосовно яких розглянуті судами,

але вироки стосовно цих осіб не набрали законної сили (Верховна Рада України, Закон «Про застосування амністії в Україні» від 01.10.1996 № 392 / 96).

**АМПЛІТУДА ЕКОЛОГІЧНА** – межі пристосованості виду або угруповання до умов середовища.

**АНАЛІЗ ДАНИХ.** Комплекс методів, пов'язаних із вивченням тенденцій у змінах даних статистичного спостереження, встановлення зв'язків між ними та дослідження закономірностей розвитку явищ та процесів, що спостерігаються.

**АНАЛІЗ РИЗИКУ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я.** Процес отримання інформації, необхідної для запобігання негативних для здоров'я і життя людини наслідків. Включає етапи з оцінки ризику, управління ризиком і розповсюдження інформації про ризик (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження методичних рекомендацій «Оцінка ризику для здоров'я населення від забруднення атмосферного повітря»» від 13.04.2007 № 184).

**АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОГО КОНФЛІКТУ** – необхідна умова розв'язання будь-якого конфлікту, що передбачає: 1) вивчення стану сторін конфлікту (конфліктерів); визначення інтересів конфліктуючих сторін (спільність, збіг, відмінність, протилежність); усвідомлення мети конфліктуючих сторін і того, що спричинило протистояння, конфлікт; визначення можливих шляхів і методів розв'язання конфлікту. Мета А. с. к. – визначення оптимально можливої тактики учасника конфлікту, вибір шляхів вирішення конфлікту. А. с. к. здійснюють ті його учасники, які заінтересовані у відповідних наслідках конфлікту.

**АНАЛІЗ СТРУКТУРНИЙ** – метод соціології, який уможливорює визначення значущості окремого соціального явища для функціонування і розвитку певною мірою структурованого єдиного цілого. За А. с. у процесі порівняльного вивчення соціальних феноменів виділяють значною мірою формальні елементи, взаємозв'язок яких і розглядається як основа збереження у незмінному вигляді всієї структури конкретної системи.

**АНКЕТА.** Форма (бланк) державного статистичного спостереження, за якою респонденти подають інформацію органам державної статистики під час проведення спеціально

організованого державного статистичного спостереження. Анкета може заповнюватися безпосередньо респондентом або фахівцем з інтерв'ювання і подаватися органам державної статистики за підписом респондента або анонімно.

**АНОМАЛІЇ ПОВЕДІНКОВІ** – помірні відхилення у поведінці людини від існуючих норм, які не підпадають під статті чинного кримінального законодавства. А. п. – тип поведінки, для якого характерне відхилення від взірців поведінки, очікуваних у конкретній культурі та в конкретній соціально-економічній чи психологічній ситуації. А. п. спостерігаються у дітей з порушенням пізнавальної діяльності, емоційно-вольової сфери та психологічного розвитку взагалі. За відсутності правильної психолого-педагогічної допомоги розвиток дитини з порушенням психічної діяльності призводить до значної соціальної дезадаптації. А. п. визначають за допомогою спеціального патопсихологічного дослідження, оскільки істинні причини А. п. важко виявити під час простого спостереження. Психолог відмежовує відхилення у поведінці, що виникли під впливом соціальної ситуації розвитку, від тих, які зумовлені порушенням психічної діяльності.

**АНОМАЛЬНІ ДІТИ** – діти, які мають істотні відхилення від нормального фізичного та психічного розвитку внаслідок вроджених дефектів організму, зокрема нервової системи, або внаслідок хвороби чи травми, і потребують відповідного навчання, виховання, догляду. Визначальними критеріями А. д. є біологічна неповноцінність організму та (або) характерна структура недорозвитку особистості – недостатність чи викривлення окремих функцій: пам'яті, уваги, мови, мислення, емоційно-вольової сфери, що порушує процес навчання та соціальної адаптації.

**АНТИБІОТИКИ** – біологічно активні речовини, які виробляються мікроорганізмами, вищими рослинами та тканинами тварин. Отримують антибіотики синтетичним шляхом (пеніцилін, стрептоміцин та інші) і застосовують як антибактеріальні препарати в медицині і сільському господарстві.

**АНТИЦИКЛОН** – зона підвищеного атмосферного тиску діаметром від кількох сотень до тисяча кілометрів. Сприяє встановленню сухої, ясної погоди.

**АНТРОПОГЕННЕ ЗАБРУДНЕННЯ** – забруднення навколишнього середовища хімічними, фізичними або біологічними речовинами в результаті господарської діяльності людини.

**АПЕРЦЕПЦІЯ** – залежність сприйняття від минулого досвіду, запасу знань і загального змісту духовного життя людини.

**АРГО** – мова соціально замкнених груп.

**АРЕАЛ ЕКОЛОГІЧНИЙ** – регіон, де певний вид може перебувати завдяки наявності оптимальних для нього умов незалежно від місця його розташування.

**АРЕНАЛ** – зона навколо вулкану, позбавлена рослинності.

**АРЕОМЕТР** – прилад для вимірювання густини рідини.

**АРХІПЕЛАГ** – (від грец. – старший, пелаг – море). Група островів, що лежать на невеликій відстані один від одного, мають однакове походження й подібну геологічну будову і розглядаються як єдине ціле.

**АСОЦІАЛЬНА СІМ'Я** – сім'я, яка вступає у конфлікт з морально-правовими вимогами суспільства, припускається різних видів правопорушень.

**АСОЦІАЦІЯ ПРИЙОМНИХ СІМЕЙ УКРАЇНИ** – всеукраїнська громадська організація, яка об'єднує за спільними інтересами прийомних батьків, батьків-вихователів дитячих будинків сімейного типу, працівників дитячих інтернатів, інших закладів соціального захисту, вчених, соціальних працівників. Головна мета А. п. с. У. – сприяння формуванню ефективної державної соціальної політики щодо дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, розвитку сімейних форм опіки. А. п. с. У. відає питаннями вдосконалення нормативно-правової бази, підтримки існуючих і створення нових сімей, будинків сімейного типу, прийомних сімей та ін.

**АСОЦІАЦІЯ СОЦІАЛЬНИХ ПЕДАГОГІВ І СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ** – добровільне об'єднання спеціалістів у галузі соціальної роботи і соціальної педагогіки. Створена в 1992 р. Мета А. с. п. і с. п. – консолідація, об'єднання зусиль у становленні та розвитку теорії і практики соціальної роботи, соціальної педагогіки, вивчення та поширення кращого зарубіжного і вітчизняного досвіду соціальної роботи.

**АТЕСТАЦІЯ (ДЕРЖАВНА АТЕСТАЦІЯ) ОСІБ, ЯКІ ЗАКІНЧУЮТЬ ЗАКЛАДИ ВИЩОЇ ОСВІТИ,** – встановлення відповідності рівня якості отриманої ними вищої освіти вимогам стандартів вищої освіти по закінченню навчання за напрямом, спеціальністю.

**АТМОСФЕРА ЗЕМЛІ** – газова оболонка довкола Землі, основними компонентами якої є кисень – 20,9 % і азот – 78,09 %. Один відсоток становлять такі гази, як аргон, неон, гелій, вуглекислий газ та інші. Поділяється на тропосферу – до 18км від Землі; стратосферу – до 50 км; мезосферу – до 85 км. і іоносферу – 800 км.

**АТМОСФЕРНІ ОПАДИ** – опади у вигляді крапель води, снігу або граду, джерелом яких є хмари. Опади утворюються в результаті конденсації водяної пари, що міститься у повітрі.

**АТОМНА ЕНЕРГІЯ** – енергія, що виділяється в результаті поділу ядер елементів, атомний номер яких більше 82, та радіоізотопами. Розпад ядер відбувається за рахунок перевищення сил відштовхування над силами притягування, що діють всередині ядра (протонами і нейтронами).

**АТРИБУЦІЯ (attribution)** – встановлення авторства або джерела інформації.

**АТТРАКЦІЯ** (від латів. *attraho* – притягую до себе) – виникнення при сприйнятті людини людиною привабливості одного з них для іншого.

**АУДІМЕТР (audimeter)** – прилад, датчик для фіксації мовних програм, що приймаються, котрі вживлені для обліку включених приймачів через комп'ютерні комунікаційні мережі.

**АУДІОВІЗУАЛЬНИЙ** – заснований на одночасному сприйнятті зором і слухом.

**АУТИЗМ** – 1) стан психіки, який характеризується переважанням замкненого внутрішнього життя і активним відмежуванням людини від зовнішнього світу (іноді вважається синонімом шизофренії); 2) крайня форма порушення контактів, втеча від реальності у світ власних переживань, де аутичне мислення підпорядковане афектним потребам, де порушена його довільна організація. Відмінний від інтроверсії як особистісного виміру розглядається як хворобливий варіант інтроверсії.

Ознаками А. є: 1) емоційна і поведінкова відірваність від конкретної реальності, зниження або обмеження і припинення спілкування, “занурення в себе»; 2) втрата емоційної і комунікативної дистанції зі збитковим, недиференційованим спілкуванням і відкритістю, що пов’язані з нездатністю брати до уваги емоційні реакції співрозмовника, з емоційною дефіцитарністю.

**АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА** – поведінка особи, за якої вона спрямовує свою агресію на себе саму, на самоушкодження та саморуйнування. Розрізняють А. п. фізичну і психологічну. Існують такі види А. п.: адиктивна, суїцидна, демонстративна.

**АУТОГЕННЕ ТРЕНУВАННЯ** (аутотренінг) – метод сугестивної психотерапії, лікувальний ефект якої досягається через навчання клієнта способам релаксації та цілеспрямованого самонавіювання. До початку заняття тілу надають зручного положення, яке знімає м’язове напруження (положення сидячи, напівсидячи, лежачи). Перший ступінь А. т.: 1) вправа, що викликає відчуття важкості; 2) вправа, що викликає відчуття тепла; 3) вправа, що впливає на ритм серцевої діяльності; 4) вправа, що регулює дихання; 5) вправа, що викликає тепло в епігастральній області; 6) вправа, що викликає прохолоду в ділянці чола. Другий ступінь А. т. – яскрава візуалізація уяви та занурення в сомнамбулічний стан. З терапевтичною метою частіше використовують перший ступінь. За допомогою А. т. з початку ХХ ст. успішно лікують невротичні стани, психосоматичні захворювання, крім серцево-судинної недостатності. А. т. ґрунтується на вченні класичної йоги. Метод А. т. відомий у модифікації Г. Шульги, його використовують не лише у медицині, практичній психології, а й у спорті, педагогії, на виробництві, у самовихованні для набуття вміння контролювати мимовільну психічну активність.

**АУТСАЙДЕР** – 1) індивід чи група, які внаслідок власного вибору або суспільного тиску витіснені за межі характерних для цього суспільства соціальних інститутів (див.: Маргінальність); 2) член групи, який через специфіку зовнішнього вигляду, “особливу» думку, якої він дотримується, поведінку, відхилення від групових норм тощо вилучений із процесу внутрішньо

групових взаємодій (див.: Маргінали); 3) у соціометрії – індивід з нульовою кількістю вибору.

**АФЕКТ** (від латів. affectus – душевне хвилювання, пристрасть) – бурхлива короткочасна емоція, що виникає, як правило, у відповідь на сильний подразник; бурхливий та швидкоплинний стан, що повністю оволодіває особою й характеризується значними змінами в свідомості, порушенням вольового контролю за поведінкою.

## **Б**

**БАЗА ДАНИХ.** Сукупність елементів, організованих згідно з певними правилами, що передбачають загальні принципи опису, зберігання й маніпулювання даними незалежно від прикладних програм. Б.д. відображає стан об'єктів і їх взаємозв'язки в заданій предметній області. Звертання до бази даних здійснюється за допомогою системи керування базами даних (СКБД).

**БАЗА СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ ІНСТИТУЦІЙНА** – мережа соціальних інституцій, завданням яких є створення умов і механізмів для задоволення потреб різних соціальних груп та розв'язання соціальних проблем. Ці інституції класифікують за: 1) масштабом діяльності – організації, що діють у міжнародному просторі (Міжнародна організація праці (МОП), Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Дитячий фонд ООН); 2) за впливом, напр., на невеликий район міста – територіальні центри соціальної допомоги, районний відділ центру зайнятості населення; 3) організаційним рівнем – відомчі мережі (оскільки за розв'язання проблем відповідають певні урядові структури)

**БАЙДУЖІСТЬ** – негативний стереотип поведінки дітей чи дорослих, що є наслідком дитячих психотравм та невдалої поведінки, формується як механізм психологічного захисту особистості. Прояв Б. – нечулість, безпристрасність, незацікавленість, безвілля.

**БАКТЕРІЇ** – група мікроскопічних одноклітинних мікроорганізмів, які мають кліткову стінку, але ядро відсутнє. Вони відіграють важливу роль у самоочищенні природного середовища. В той же час деякі з них є збудниками хвороб людини, тварин, рослин (тиф, холера, туберкульоз та інші.).

**БАКТЕОРОЛОГІЧНА ЗБРОЯ** – спеціальні боєприпаси (міни, снаряди, бомби), насичені бактеорологічними засобами,

здатними спричинити масові захворювання людей, рослин і тварин. До цього часу використання бakteорологічної зброї заборонено.

**БАЛЬНЕОЛОГІЯ** – розділ курортології, що вивчає фізико-хімічні властивості мінеральних вод і грязей та методи використання їх з лікувально-профілактичною метою.

**БАТЬКІВСТВО** – соціально-правовий стан чоловіка, зареєстрованого батьком конкретної дитини. Б. пов'язане передусім з наявністю між батьком і дитиною біологічного (кровного) споріднення. Таке споріднення припускається у разі народження дитини від батьків, які перебувають у шлюбі. У цьому випадку чоловік матері дитини може бути зареєстрований батьком навіть без його згоди. Припущення (презумпція) Б. поширюється на дітей, народжених у шлюбі, і на дітей, зачатих у шлюбі. Б. може бути оскаржене в суді. Б. передбачає права та обов'язки щодо виховання, розвитку, утримання дитини, інші права й пільги, які надаються батькові відповідно до чинного законодавства. Б. припиняється лише зі смертю батька. За позбавлення батьківських прав ім'я батька з акту запису про народження дитини не вилучають. За батьком залишається лише один обов'язок – утримання дитини.

**БАТЬКІВСЬКІ ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ** – в Україні особисті та майнові права і обов'язки, що надає батькам закон для належного виховання й матеріального утримання дітей, а також захисту їхніх прав та інтересів. Б. п. та обов'язки виникають внаслідок кровної спорідненості батьків і дітей та юридичного посвідчення про цей факт.

**БЕЗДОГЛЯДНІСТЬ** – негативне соціальне явище, пов'язане з відсутністю батьківського контролю і турботи про виховання дітей.

**БЕЗДОГЛЯДНІСТЬ ДИТЯЧА** – відсутність у дітей та підлітків постійного місця проживання, певних занять, сімейного чи державного піклування і систематичного виховного впливу внаслідок втрати батьків, залишення сім'ї, втечі з виховного закладу та інших причин. Особливістю дитячої бездоглядності кінця ХХ – початку ХХІ століття є наявність у 95 відсотків дітей одного з батьків, а у половини з них – обох батьків. У ображеної, емоційно занедбаної дитини з'являється потяг до бродяжництва,



формується антигромадські погляди та звички, вона погано навчається, недисциплінована, стає на шлях злочинності.

**БЕЗПЕКА СОЦІАЛЬНА** – певний стан захищеності життєво важливих інтересів особи, соціальних і етнокультурних груп, суспільства й держави, який забезпечують відповідною сукупністю політичних, правових, економічних, ідеологічних та організаційних заходів, що уможливають збереження існуючого в суспільстві конституційного ладу, політичної і соціальної стабільності, запобігають їхньому послабленню. Під Б. с. розуміють забезпечення відповідних цілей і спрямованості розвитку суспільства, способів задоволення реальних потреб громадян, захисту їх особистісних інтересів на основі принципів гуманізму і гармонії у взаємодії всіх соціальних та інших структур суспільства. Ключові елементи Б. с: соціальна безпека – соціальна держава – соціальна політика – соціальна робота. Основними об'єктами Б. с. у будь-якому суспільстві є окремі громадяни, соціальні групи, які за певних умов неспроможні самостійно забезпечувати свою життєдіяльність. Б. с. можлива лише у стабільних, без кризових суспільствах, де створено сприятливі соціально-економічні умови для всебічного забезпечення життєдіяльності людини.

**БЕЗПЕЧНІСТЬ (БЕЗПЕКА) ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ.** Характеристика лікарського засобу, яка базується на порівняльній оцінці користі від його застосування та потенційної шкоди, яка може бути завдана пацієнту при застосуванні ним цього лікарського засобу (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Порядку проведення експертизи реєстраційних матеріалів на лікарські засоби, що подаються на державну реєстрацію (перереєстрацію), а також експертизи матеріалів про внесення змін до реєстраційних матеріалів протягом дії реєстраційного посвідчення» від 26.08.2005 № 426 (у ред. від 25.09.2008 № 543)).

**БЕЗПОРАДНІСТЬ** – властивість особистості, що потребує допомоги та характеризується безпомічністю і неспроможністю щось зробити для себе.

**БЕЗПРИТУЛЬНІ ДІТИ** – діти, покинуті батьками, які залишили сім'ю, дитячі заклади, де вони виховувались, і не мають певного місця проживання. Це особи до 18 років, які протягом

певного часу живуть у середовищі вулиці. Б. д. не мають постійного місця проживання, бродяжать, мають свої угруповання, специфічне спілкування. Здебільшого вони не підтримують контактів з дорослими, не навчаються, уникають спілкування із працівниками соціальних служб.

**БІЛКИ** – біополімери, які відіграють значну роль в життєдіяльності організмів і беруть активну участь в процесах обміну речовин і перетворення енергії.

**БІЛЬ.** Складова частина страждань безнадійно хворого пацієнта, вплив від якої на життя останнього може бути різним – від дискомфорту до відчуття руйнівного спустошливого ураження (Всесвітня медична асоціація, Положення про стратегію догляду за пацієнтами з тяжким хронічним болем при безнадійних захворюваннях (1990)).

**БІОЕТИКА.** Комплексна наука, покликана досліджувати й розв'язувати морально-етичні, правові, соціально-економічні та філософські проблеми в галузі охорони здоров'я, зокрема, надання медичної допомоги в процесі забезпечення прав суб'єктів медичних правовідносин.

**БІОЛОГІЧНИЙ ГОДИННИК** – властивість живих організмів орієнтуватися в часі.

**БІОЛОГІЧНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ АКТИВНОСТІ** – медикаментозні і немедикаментозні види терапії. До найбільш поширених психофармакологічних засобів корекції суїцидальної активності належать транквілізатори, антидепресанти, нейролептики. До немедикаментозних — латеральна терапія (спрямовані зміни взаємовідношень між півкулями головного мозку).

**БІОСОЦІАЛЬНЕ** – вияви життєдіяльності індивіда, що є наслідком взаємодії біологічного і соціального (напр., сексуальна поведінка).

**БІОСФЕРНИЙ ЗАПОВІДНИК** – велика ділянка суходолу чи моря, територія, на якій відбувається постійне спостереження й контроль за антропогенними змінами за допомогою приладів.

**БІХЕВІОРАЛЬНА ТЕРАПІЯ** – група методів психотерапії, спрямованих на корекцію поведінки особистості: навчання ефективним способам поведінки, зміна поведінкових стереотипів у психотравмуючих ситуаціях.

## **БІХЕВІОРИСТСЬКА МОДЕЛЬ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ**

– модель соціальної роботи, прихильники якої вважають, що поведінка людини детермінована впливами зовнішнього середовища, і тому спрямовують свої зусилля на подолання небажаних або підсилення бажаних форм поведінки за допомогою підкріплення і соціального навчання.

**БЛАГОДІЙНИЦТВО** – добровільні безкорисливі пожертвування фізичних та юридичних осіб для надання набувачам матеріальної, фінансової, організаційної, та ін. благодійної допомоги. Специфічними формами Б. є меценатство і спонсорство (Закон України “Про благодійництво та благодійні організації» від 16.09.1997). Б. здійснюється за такими основними напрямками: 1) сприяння практичній реалізації загальнодержавних, регіональних, місцевих та міжнародних програм, що спрямовані на поліпшення соціально-економічного становища; 2) поліпшення матеріального становища набувачів благодійної допомоги, сприяння соціальній реабілітації малозабезпечених, безробітних, інвалідів, інших осіб, які потребують піклування, а також надання допомоги особам, які через фізичні або інші вади обмежені в реалізації своїх прав і законних інтересів; 3) надання допомоги громадянам, які постраждали внаслідок стихійного лиха, екологічних, техногенних та інших катастроф, соціальних конфліктів, нещасних випадків, а також жертвам репресій, біженцям; 4) сприяння розвитку науки й освіти, реалізації науково-освітніх програм, надання допомоги вчителям, ученим, студентам, учням; 5) сприяння розвитку культури, в т. ч. реалізації програм національно-культурного розвитку, доступу всіх верств населення, зокрема малозабезпечених, до культурних цінностей та художньої творчості; 6) надання допомоги талановитій творчій молоді; 7) сприяння розвитку охорони здоров’я, масової фізичної культури, спорту і туризму, пропагування здорового способу життя, участь у наданні медичної допомоги населенню та здійсненні соціального догляду за хворими, інвалідами, самотніми, людьми похилого віку та іншими особами, які через свої фізичні, матеріальні чи інші особливості потребують соціальної підтримки та піклування; 8) сприяння захисту материнства та дитинства, надання допомоги багатодітним і малозабезпеченим сім’ям.

**БЛАГОПОЛУЧЧЯ** – забезпеченість населення необхідними матеріальними і духовними благами. Виражається системою показників, що характеризують рівень життя.

**БРОДЯЖНИЦТВО** – переміщення впродовж тривалого часу з одного населеного пункту до іншого або в межах одного населеного пункту людини (особи), яка не має постійного місця проживання чи залишила його. Значна частина бродяг, шукаючи засобів існування, скоює крадіжки, пограбування та інші злочини. Б. характерне для країн з низьким, нестабільним соціально-економічним рівнем розвитку, соціального забезпечення громадян. Б. та жебрацтво у багатьох країнах караються в адміністративному та кримінальному порядку.

**БРОКЕР СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ** – роль соціального працівника, виконання якої передбачає налагодження контактів між окремими клієнтами або групами, які потребують допомоги і не володіють інформацією, де її шукати, з соціальними службами.

**БУДИНКИ-ІНТЕРНАТИ ДЛЯ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ** – мед.– соц. установи, призначені для довгочасного проживання в них дітей, які мають функц. обмеження. До таких будинків приймають дітей до 18 років, які мають відхилення від норми у фіз. та розумовому розвитку; тих, хто потребує догляду і мед. обслуговування та соц.– трудової адаптації. Перелік мед. показань і протипоказань прийняття до Б.– і. д. затверджує Міністерство охорони здоров'я України.

**БУДИНОК ДИТЯЧИЙ** – виховний заклад для дітей-сиріт, дітей, які залишилися без опіки батьків. Такі будинки було відкрито у 20– і рр. ХХ ст. у зв'язку з ліквідацією дитячої безпритульності. Реорганізовані в 50-60 – і у школи-інтернати для дітей-сиріт і дітей з неповних сімей, які потребують відповідної допомоги держави через хворобу батьків, позбавлення батьківських прав. Існують три основні типи Б. д.: 1) дошкільні – для дітей 3–7 років; 2) шкільні – для дітей 7-18 років; 3) змішаного типу – для дітей дошкільного і шкільного віку. Виховна робота в Б. д. організовується на загальних психолого-педагогічних засадах, але вимагає від вихователя максимальної віддачі, яка компенсує відсутність сімейних умов виховання. Дітей Б. д. залучають до різних видів діяльності: пізнавальної, трудової, творчої, спортивної, ігрової. Зазвичай при кожному Б. д. діє

опікунська рада, до якої входять представники місцевих органів народної освіти, громадських організацій тощо.

**БУДИНОК ДИТЯЧИЙ СІМЕЙНОГО ТИПУ** – сім'я, яка створюється за бажанням подружжя або окремої особи, що не перебуває у шлюбі (далі – батьки-вихователі), які беруть на виховання та спільне проживання не менш як 5 дітей-сиріт і дітей, що залишилися без батьківського піклування. Кількість дітей у Д. б. с. т. (рідних і прийомних) не повинна перевищувати 10 осіб.

**БУДИНОК НА ПІВДОРОЗІ** – медико-соціальний заклад тимчасового проживання, де людина проходить соціальну реабілітацію після посиленого медичного лікування.

## **В**

**ВАЖКОВИХОВУВАНІСТЬ** – основна передумова відхилень у поведінці дітей. Поняття, що пояснює труднощі, з якими стикаються педагоги при організації і здійсненні виховного процесу. Термін "В." вживають для позначення максимально наближеного до норми рівня відхилень у поведінці дитини (на відміну від правопорушень чи патології діяльності).

**ВЕДЕННЯ ВИПАДКУ (РОБОТА З ВИПАДКАМИ)** – метод соціальної роботи, який полягає у забезпеченні представникам вразливих груп населення (людям похилого віку із функціональними обмеженнями, проблемами психічного здоров'я тощо) необхідної індивідуальної підтримки для продовження життя у громаді.

**ВЕРБАЛЬНІ (СЛОВЕСНІ) ЗАСОБИ СПІЛКУВАННЯ** – засоби мови; те, що виражається у словах.

**ВИБУХ ДЕМОГРАФІЧНИЙ** – різке збільшення чисельності населення на Землі, пов'язане з певними соціально-економічними і загальноекономічними умовами життя.

**ВИБУХ ПОПУЛЯЦІЙНИЙ** – різке багаторазове і відносно раптове збільшення чисельності особин будь-якого виду, пов'язане із зміною звичайних механізмів його регулювання.

**ВИД ДІЯЛЬНОСТІ (ЛЮДИНИ)** – характеристика діяльності залежно від способів і форм її здійснення. Вид діяльності визначається станом взаємодії фахівця із узагальненим об'єктом діяльності протягом усього циклу існування об'єкту.

**ВИД ПОКАЗНИКА:**

*Адитивний.* Показник, розрахований з використанням арифметичної дії додавання. Йому притаманна властивість адитивності – сума таких показників має економічне тлумачення.

*Неадитивний.* Показник, розрахований з використанням також інших арифметичних дій, крім додавання (відносні, середні). Йому, звичайно, не притаманна властивість адитивності.

### **ВИД СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ:**

*за ступенем охоплення одиниць (суцільне, несущільне):*

**Суцільне статистичне спостереження** – спостереження щодо всіх без винятку одиниць статистичної сукупності, яка вивчається.

**Несущільне статистичне спостереження** – спостереження за окремими одиницями статистичної сукупності, яка вивчається. До таких статистичних спостережень належать *вибіркове, основного масиву, монографічне, анкетне.*

*Вибіркове* – статистичне спостереження, під час якого реєструються не всі елементи статистичної сукупності, а лише певна їх частина, відібрана у випадковому порядку.

*Основного масиву* – статистичне спостереження переважної частини або найбільш значущих одиниць статистичної сукупності, що відіграють визначальну роль у характеристиці об'єкта статистичного спостереження.

*Монографічне* – статистичне спостереження окремих типових одиниць статистичної сукупності з метою їх досконалого вивчення.

*Анкетне* – статистичне спостереження певної частини одиниць статистичної сукупності на засадах добровільності подання відповідей та можливості неповного повернення від респондентів заповнених статистичних формулярів.

*за часом реєстрації даних (поточне, періодичне, одноразове)*

**Поточне статистичне спостереження** – систематична реєстрація фактів щодо перебігу явища у міру його виникнення або стосовно безперервного процесу.

**Періодичне статистичне спостереження** – спостереження, що проводиться регулярно здебільшого через певні (як правило, рівні) проміжки часу, наприклад перепис населення.

**Одноразове статистичне спостереження**– спостереження, яке проводиться один раз чи час від часу (коли виникає потреба), без дотримання регулярної періодичності.

**ВИЗНАЧЕННЯ (ДЕФІНІЦІЇ) СТАТИСТИЧНОГО ПОКАЗНИКА.** Визначення статистичного показника, що відображає певні ознаки явища або процесу, які він характеризує. Розрізняють *концептуальне, уточнююче та розширене визначення (дефініції) статистичного показника.*

**Концептуальне визначення (дефініція) статистичного показника** відноситься до суті, цілі або функції поняття і переважно застосовується для встановлення та підтримання “зв’язку” з користувачами, тобто виражає ступінь відповідності поняття потребам користувачів. К. д. с. п. також є відправною точкою для формулювання уточнюючих та розширених дефініцій статистичного показника.

**Уточнююче визначення (дефініція) статистичного показника** усуває можливість багатоваріантного тлумачення поняття. Крім того, У. д. с. п. повинна містити у собі інформацію щодо одиниці статистичної сукупності, з даних про яку вона починає формуватись, а також про періодичність отримання інформації про цю одиницю.

**Розширене визначення (дефініція) статистичного показника** передбачає, наскільки це є можливим, наближення складових (елементів) поняття до визначень, найбільш прийнятних для респондентів.

**ВИМОГА** – потреба, запити, які хто-, що-небудь має або ставить до когось, чогось; офіційний документ із проханням видати що-небудь або направити кого-небудь у чиєсь розпорядження.

**ВИМОГИ БЕЗПЕКИ ДЛЯ ЗДОРОВ’Я І ЖИТТЯ ЛЮДИНИ.** Розроблені на основі медичної науки критерії, показники, гранично допустимі межі, санітарно-епідеміологічні нормативи, правила, норми, регламенти тощо (медичні вимоги щодо безпеки для здоров’я і життя людини), розроблення, обґрунтування, контроль і нагляд за якими відноситься виключно до медичної професійної компетенції (Верховна Рада України, Закон «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02. 1994 № 4004-ХІІ).

**ВИСНОВОК ЕКСПЕРТА.** Докладний опис проведених експертом досліджень, зроблені у результаті них висновки та обґрунтовані відповіді на питання, задані судом (Верховна Рада України, Цивільний процесуальний кодекс від 18.03.2004 N 1618-IV).

**ВІЛ-СТАТУС.** Наявність чи відсутність інфікування ВІЛ за результатами лабораторного обстеження (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ – інфекцію» від 19.08.2005 № 415).

**ВІРУСИ** – неклітинні форми життя, здатні проникати в певні живі клітини і розмножуватися всередині них. Відомо понад 500 форм, що уражають тварин і людину, та понад 300 форм, що уражають вищі рослини.

**ВІТАМІНИ** – біологічно активні органічні речовини, необхідні в невеликих кількостях для нормальної життєдіяльності організму людини і тварин. Беруть участь в енергетичному обміні, біосинтезі і перетворенні амінокислот.

**ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ** соціальне – вживання алкоголю в групі у зв'язку з певною соціальною подією або церемонією. У кількісному відношенні нерідко пропонується національною культурою. В. а. с. не обов'язково є синонімом помірною вживання алкоголю.

**ВЗАЄМОСУПЕРВІЗІЯ (ІНТРАВІЗІЯ)** – обговорення групою консультантів складних випадків, обмін досвідом і психічне розвантаження.

**ВИБІР МОРАЛЬНИЙ** – акт моральної діяльності, що виражається в усвідомленому переважанні певної лінії поведінки або конкретного варіанта вчинку, коли людина самостійно повинна прийняти моральне рішення на користь одного з них, нерідко всупереч іншим. Суб'єктами В. М. є: індивід, який приймає рішення про вчинок; колектив, який формує норми взаємовідносин своїх членів; клас, що намагається змінити або зберегти існуючу соціально-політичну систему; суспільство в цілому. Найвиразніше В. м. виявляється у конфліктній ситуації – за зіткнення інтересів особистості і суспільства (особиста схильність і зобов'язання), власних і чужих інтересів, або за суперечливості різних моральних вимог. Конфліктні ситуації та



необхідність В. м. виникають при зіткненні різних цінностей і норм, обумовлених соціальними суперечностями, неузгодженістю зобов'язань, не виваженими діями окремих осіб або випадковими обставинами.

**ВИГОРАННЯ СИНДРОМ** – стан вираженої втоми та емоційного виснаження, що характеризується втратою здатності надання психологічної підтримки іншим, байдужим і негативним ставленням до колег та клієнтів, зниженням продуктивності, знеціненням поточних результатів та минулих досягнень, послабленням відчуття самоактуалізації внаслідок хронічного стресу, фрустрації та внутрішньо-особистісних конфліктів під час виконання професійних обов'язків.

**ВИПАДОК У СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ** – ситуація особи чи родини, які звернулися до соціальної служби і мають право на отримання допомоги від неї.

**ВИПРАВНА КОЛОНИЯ ДЛЯ НЕПОВНОЛІТНІХ (ВК)** – спец. установа Департаменту виконання покарань Міністерства внутрішніх справ, де відбувають визначений рішенням суду термін покарання неповнолітні віком від 14 до 18 років. Зміст діяльності ВК полягає у забезпеченні режиму відбуття покарання, перевиховання, набуття рівня освіти. Умови ефективного виправлення забезпечуються пенітенціарною педагогікою. На початок 2002 р. система таких установ складається з 10 ВК для хлопців і однієї – для дівчат.

**ВИПРАВНА СИСТЕМА** – система закладів, які виконують покарання у вигляді позбавлення волі. За кримінальним та виправно-трудовим законодавством України В. с. охоплює: виправно-трудова колонії для засуджених до позбавлення волі, які досягли повноліття; в'язниці; виховно-трудова колонії для неповнолітніх.

**ВООЗ.** Всесвітня організація охорони здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію» від 19.08.2005 № 415).

**ВПЛИВ АНРОПОГЕННИЙ** – вплив господарської діяльності людини на навколишнє середовище та його ресурси: викликає руйнування екосистем, зникнення ряду видів рослин і тварин.

**ВРЯДУВАННЯ** (англ. *governance*) – розроблення і реалізація публічної політики на засадах партнерської взаємодії державної влади та місцевого самоврядування, які створюють сприятливі політико-правові та фінансові передумови, з приватним сектором, що генерує робочі місця і забезпечує доходи, та громадянським суспільством, яке мобілізує внутрішні ресурси для досягнення пріоритетних цілей суспільного розвитку.

## Г

**ГАЛУЗІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ** – напрями практичної діяльності, в яких реалізується її зміст. Розрізняють основні Г. с. р. як науки і як професійної діяльності. Г. с. р. як науки – теорія, психологія та менеджмент соціальної роботи, тобто управління нею. Г. с. р. як професійна діяльність – робота з сім'ями, молоддю, маргінальними групами, соціальна підтримка інвалідів і дітей, що залишились без піклування батьків, тощо.

**ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ** – група напрямів підготовки, споріднених за ознакою спільності узагальнених структур діяльності.

**ГАНГСТЕРИЗМ** – форма антисоціальної поведінки, організована злочинна діяльність, проявами якої є насилля, вбивства, залякування, вимагання і підкупи посадових осіб з метою збагачення членів банди. Г. карається за законом.

**ГАРАНТІЇ СОЦІАЛЬНІ** – сукупність матер. і юрид. засобів, які забезпечують реалізацію конституційних соц.-екон. і соц.-політ. прав членів суспільства. Г.с. забезпечують умови життєдіяльності членів суспільства, соц. груп., реалізацію їхніх інтересів, різноманітних зв'язків і відносин, функціонування і розвиток сусп. системи в цілому. До осн. Г. с. належать: право на вибір професії, форм екон. діяльності, отримання заг. і проф. освіти, право людини на реалізацію свого трудового потенціалу, здібностей і адекватну винагороду відповідно до кількості і якості праці тощо.

**ГЕНЕТИКА** – наука про закони спадковості і мінливості організмів та методи керування ними, і пов'язана з еволюційним вченням, молекулярною біологією, селекцією.

**ГЕНЕТИЧНІ НАСЛІДКИ** – пошкодження механізму спадковості, що виявляються у нащадків людей, що одержали опромінення; дози, які викликають генетичні наслідки, значно менше доз, що викликають соматичні пошкодження. Існують дві

системи вимірювання доз: стара (до 1980 р.) й нова (міжнародна із використанням системи СИ).

**ГЕНЕТИЧНІ НАСЛІДКИ ОПРОМІНЕННЯ** – викликані опроміненням генні променеві ушкодження в організмі людини, які призводять до зміни в організмі його нащадків.

**ГЕНОФОНД** – спадкова інформація, яка міститься в сукупності генів будь-якої групи організмів.

**ГЕШТАЛЬТ** – цілісний образ людини, конфігурація її відносин зі світом, її світосприйняття.

**ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ** – група методів психотерапії, спрямованих на особистісне зростання: зміну структури потреб особистості, зняття невротичних механізмів взаємодії з оточенням, інтеграцію частин

**ГІГІЄНА** – розділ профілактичної медицини, який вивчає вплив навколишнього середовища на здоров'я людини і розробляє заходи, спрямовані на попередження хвороб і створення здорових умов життя.

**ГЛОБАЛЬНЕ ЗАБРУДНЕННЯ** – забруднення, дія якого проявляється далеко за межами місця викидів забруднювачів.

**ГОСТРА ПРОМЕНЕВА ХВОРОБА** – захворювання, що виникає внаслідок дії радіоактивного опромінення на організм людини. Розрізняють чотири ступені захворювання: I- легкий при опроміненні до 200 рентген; II – середній -300 рентген; III – тяжкий – 600 рентген; IV – дуже тяжкий – понад 700 рентген.

**ГОСТРЕ ОПРОМІНЕННЯ** – радіоактивне опромінювання, яке отримують однократно або за порівняно короткий проміжок часу, протягом якого не встигає змінитися існуючий стан екосистеми.

**ГРАНИЧНО ДОПУСТИМА ДОЗА (ГДД)** – найбільше значення індивідуальної еквівалентної дози за рік, яке при рівномірній дії протягом 50 років не викличе у стані здоров'я персоналу (категорії А) несприятливих змін, що виявляються сучасними методами. ГДД є основною дозовою границею для осіб категорії А.

**ГРАНИЦЯ ДОЗИ (ГД)** – гранична еквівалентна доза за рік для обмеженої частини населення (категорія Б). ГД контролюють за середньою для критичної групи органів дозою зовнішнього опромінення і рівню радіоактивних викидів і радіоактивного

забруднення об'єктів зовнішнього середовища. ГД є основною дозовою границею для осіб категорії Б.

**ГРУПА ЗА ІНТЕРЕСАМИ** – 1) коло людей, об'єднаних спільними ціннісно-орієнтаційними спрямуваннями; 2) об'єднання індивідів з метою реалізації своїх інтересів; 3) група, яка прагне забезпечити інтереси певної соціальної категорії шляхом тиску на відповідні інститути.

**ГРУПА РИЗИКУ** – категорія людей, чие соціальне становище за певними критеріями не є стабільним, які не можуть самостійно подолати власні труднощі, що може спричинити втрату соціальної опори в житті або навіть життя.

**ГРУПА САМОДОПОМОГИ** (взаємодопомоги) – група, учасники якої, поділяючи певні особисті інтереси, маючи подібний досвід, об'єднуються для співпраці з метою реалізації власних потреб чи потреб громади через обмін інформацією, взаємопідтримку, іноді – представництво.

**ГРУПА СОЦІАЛЬНОГО РИЗИКУ** – різновид соціально номінальної групи, яка об'єднує людей, які завдяки соціальному положенню і способу життя піддаються небезпечним негативним діям, в результаті чого загрожують нормальній життєдіяльності суспільства. Традиційно у Г. с. р. є наркомани, повії, гомосексуалісти, різні неформальні групи антисоціального спрямування тощо. Об'єктивною причиною існування Г. с. р. є антагоністичний характер економічних, правових, політичних, моральних структур суспільства, умови та перспективи соціального розвитку.

**ГРУПОВА СОЦІАЛЬНА РОБОТА** – форма соціальної роботи, під час якої відбувається допоміжна діяльність через групові форми взаємодії, її метою є надання допомоги клієнтові завдяки передаванню групового досвіду для розвитку його фізичних і духовних сил, формуванню соціальної поведінки.

## Д

**ДИСКРИМІНАЦІЯ.** Будь-який розподіл, виняток або перевага, яка зводить нанівець або порушує рівне володіння правами (Генеральна асамблея ООН, Принципи захисту осіб з психічними захворюваннями і покращення психіатричної допомоги (1992)).

**ДИСПАНСЕРИ.** Лікувально-профілактичні заклади, які надають населенню медичну допомогу з певних груп захворювань та забезпечують диспансеризацію населення. Д. можуть мати у своєму складі стаціонар. Д. з чисельністю лікарів амбулаторного приймання менше 5 створюватись та функціонувати не можуть (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» від 28.10.2002 № 385).

### **ДИТИНА**

– особа віком до 18 років (повноліття), якщо згідно з законом, застосовуваним до неї, вона не набуває прав повнолітньої раніше (Верховна Рада України, Закон «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 № 2402-III);

– правовий статус дитини має особа до досягнення нею повноліття (Верховна Рада України, Сімейний кодекс від 10.01.2002 № 2947-III).

**ДИТИНА З ІНВАЛІДНІСТЮ** – особа до досягнення нею повноліття (віком до 18 років) зі стійким обмеженням життєдіяльності, якій у порядку, визначеному законодавством, встановлено інвалідність (Верховна Рада України, Закон «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» у редакції від 01.12. 2021 № 2961-IV).

### **ДІАГНОЗ**

– стислий лікарський висновок про сутність захворювання і функціональний стан хворого, виражений в термінах сучасної медичної науки (позначення захворювання за прийнятою класифікацією та визначення індивідуальних особливостей організму хворого) (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності» від 09.04.2008 № 189);

– медичний висновок про патологічний стан здоров'я, про наявне захворювання (травму) чи про причини смерті, що виражені в термінах, які передбачені прийнятими класифікаціями номенклатури хвороб за Міжнародною класифікацією хвороб одинадцятого перегляду (МКХ-XI).

Розпізнання хвороби – складний багаторівневий процес, що включає всебічне обстеження пацієнта, аналіз виявлених відхилень у функціонуванні живого організму й ознак (симптомів) хвороби. Д. формулюється за певними правилами і має чітку структуру.

**ДІАПАЗОН ЗНАЧЕНЬ СТАТИСТИЧНОГО ПОКАЗНИКА.** Межі (різниця між найбільшим і найменшим кількісним значеннями), в яких знаходиться або може знаходитись, змінюватись величина статистичного показника.

**ДЕВІАНТ** – особа, яка не додержується існуючих у суспільстві норм поведінки. Традиційне визначення особистості, поведінка якої відхиляється від усталених норм, соціальних або сексуальних стандартів.

**ДЕВІАНТНА ПОВЕДІНКА** – дії, вчинки індивідів, окремих груп, що суперечать соціальним нормам або усталеним нормам і стандартам поведінки. Д. п. має для порушника наслідком його соціальну ізоляцію, необхідність лікування, виправлення або покарання. Відхилення поведінки особи від норми нерідко спричинені конфліктом цінностей, інтересів, розбіжністю потреб, деформацією способів їх задоволення, помилками у вихованні, життєвими невдачами і прорахунками. Існує два види Д. п.: 1) поведінка, що набуває суспільно неприйнятних, небезпечних (напр., злочинність) форм, внаслідок чого суспільство змушене застосовувати до порушника певні санкції. Соціальні наслідки такого типу Д. п. – підриг суспільного порядку, посилення ентропійних процесів, нівелювання й розпад особистості, зниження якості та результатів роботи і рівня стандартів, наростання соціальної апатії тощо. Спричиняють цей вид Д. п. передусім деформовані потреби й цінності, завищені претензії і потреби особи, що спонукають її або соціальну групу діяти всупереч вимогам суспільства. 2) Д. п., пов'язана з відставанням соціальних норм, критеріїв, стандартів суспільства, які необхідно змінювати, оскільки вони певним чином гальмують процес його розвитку. Кількість проявів Д. п. зростає в період соціальних зрушень, революційних, інших перетворень, коли руйнуються стереотипи, застарілі норми поведінки. У таких випадках далеко не кожна форма соціального відхилення може бути оцінена однозначно негативно. Нерідко вона містить вказівку на

необхідність зміни норм, що не діють, відновлення колишніх цінностей, тобто несе прогресивний зміст, зародок майбутніх позитивних змін. Це свідчить про складність критеріїв оцінювання Д. п. З позиції концепції соціалізації особами з Д. п. стають люди, формування, соціалізація, життєве становлення яких відбувається у середовищі, де чинники, що сприяють такій поведінці (насильство, аморальність тощо), вважаються нормою або суспільство ставиться до них терпимо. Напр., важко вимагати законослухняності від особи, що виросла у кварталі, де злочин є нормальним і основним засобом існування.

**ДЕГРАДАЦІЯ** – 1) занепад, рух від вищого до нижчого, зниження або втрата позитивних якостей; б) втрата особою або групою свого соціального статусу і здатності поновлення себе в колишній якості; в) втрата індивідом або групою значимих соціальних якостей. Д. може бути соціально обумовлена, пов'язана з антиморальною, антисоціальною поведінкою людини або спричинена її хворобою (біологічною, психічною).

**ДЕГУМАНІЗАЦІЯ** – 1) процес спотворення гуманних установок у соціально-політичній сфері, що означає знецінення реального життя людини, приниження прав, можливостей, інтересів особи; 2) звуження умов, можливостей, які забезпечують розвиток і вдосконалення особи: ослаблення правових і політичних гарантій нормальної життєдіяльності і свобод людини, громадянина.

**ДЕЗАДАПТАЦІЯ** – результат низького рівня соціальної адаптації до соціального середовища. Виявляється в різних формах девіантної поведінки (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія, суїцид) та неадекватних психологічних станів особистості (депресія, гіперактивність)

**ДЕЗАДАПТАЦІЯ КУЛЬТУРАЛЬНА** – уповільненість або неадекватність у пристосуванні до вимог нового оточення чи культури, криза ідентичності і соціальна маргінальність.

**ДЕЗІНТЕГРАЦІЯ СОЦІАЛЬНА** – процес розпаду внутрішньої структури соціальної групи або соціальної системи.

**ДЕЗІНФЕКЦІЯ** – знезараження, знищення бактерій, які є збудниками інфекційних хвороб, фізичними, хімічними і біологічними засобами.

**ДЕКЛАРАЦІЯ ПРАВ ДИТИНИ** – документ, ухвалений Генеральною Асамблеєю ООН 20 листопада 1959 р. Д. п. д. ставить за мету забезпечити щасливе дитинство і користування на їх власне благо і благо суспільства правами і свободами; закликає світове товариство, держ. й недерж. установи, приватних осіб до того, щоб вони визнали ці права і намагалися додержувати їх завдяки законодавчим та іншим заходам, які поступово приймаються, відповідно до принципів викладених у Д. п. д.

**ДЕМОГРАФІЯ** – наука, яка вивчає чисельність народонаселення, його географічне розподілення, склад, процеси відтворення населення (народжуваність, тривалість життя, смертність), а також залежність складу і руху населення від соціально-економічних і культурних факторів.

**ДЕПРИВАЦІЯ** – психічний стан, викликаний примусовим позбавленням дитини важливих для неї потреб. Д. обов'язково призводить до емоційного дискомфорту і є основою нервових розладів, наркотичної залежності, асоціальних вчинків тощо. Незадоволення індивіда (усвідомлене або неусвідомлене) рівнем забезпечення базових потреб (напр., сну, позитивних емоцій, батьківського піклування, родинного затишку (психологія)).

**ДЕПРЕСІЯ** – хворобливий стан пригніченості, безвиході, відчаю, пов'язаний з реакцією організму на певну життєву ситуацію. Іноді виникає внаслідок різких змін навколишнього середовища та різкого підвищення його забруднення.

**ДЕРЖАВНИЙ САНІТАРНИЙ НАГЛЯД** – контроль за дотриманням встановлених державою санітарно – гігієнічних та протиепідемічних норм і правил. Здійснюється санітарно-епідеміологічною службою. Серед завдань цієї служби: контроль якості харчових продуктів у процесі їх виробництва та реалізації, дотримання нормативів гранично допустимих концентрацій в навколишньому середовищі, попередження і ліквідація інфекційних захворювань.

**ДЕСОЦІАЛІЗАЦІЯ** – 1) втрата індивідом певних соціальних цінностей і норм, необхідних для нормальної життєдіяльності (процес, протилежний соціалізації). Д. означає втрату особою персональних якостей, необхідних для нормальної життєдіяльності в суспільстві. Внаслідок критичних соціально-психологічних та економічних змін в житті людини, за яких її



попередній досвід непридатний для ефективного виживання в умовах групового тиску (напр., в ув'язненні), особа напрацьовує нові якості, несумісні з вимогами, що домінують у суспільстві; 2) порушення нормального процесу соціалізації індивіда, що характеризується його відчуженням від певної групи. Соціальні працівники, які працюють з категорією десоціалізованих осіб, мають забезпечити всі необхідні умови для їх ресоціалізації.

**ДЕФОРМАЦІЯ ОСОБИСТОСТІ** – негативні зміни особистості, що призводять до певного порушення її адаптації у середовищі. Д. о. виявляється у формах психопатизації, невротизації, соціальної та психічної деградації. До Д. о. призводять нервово-психічні захворювання, несприятливі умови життя, що блокують потребу людини в особистісному розвитку та самоствердженні. Д. о. утруднює процеси виховання й перевиховання. Профілактика Д. о. – нормальний мікроклімат у сім'ї, підвищення рівня розвитку соціального середовища, досконалість педагогічних, психологічних, соціально-педагогічних методів впливу на формування особистості.

**ДЖЕРЕЛО ЗАБРУДНЕННЯ** – 1) місце викиду забруднюючої речовини; 2) господарський або природний об'єкт, який виробляє забруднюючу речовину; 3) регіон, звідки надходить забруднююча речовина; 4) позарегіональний фон забруднення, накопиченого в середовищі.

**ДИСТАНЦІЯ МІЖ КОНСУЛЬТАНТОМ ТА КЛІЄНТОМ** – психол. відстань між консультантом і клієнтом, зумовлена фіз. чинниками та соц. ролями, які впливають на ефективність консультування і запобігають виникненню синдрому професійного «вигорання». Аби зберегти дистанцію не рекомендують розчинятися в проблемах клієнта, втрачати ідентичність, заводити дружні, інтимні стосунки, використовувати клієнта у власних цілях; не варто розповідати про своє життя, власні труднощі тощо, в той же час слід виявляти максимум уваги до клієнта, поваги, зацікавленості, терпіння, гуманності.

**ДИТИНА БЕЗДОМНА** – дитина, яка не має постійного житла, що робить неможливим ведення нею осілого способу життя і повноцінного соціального функціонування. У таке становище попадають, як правило, діти з неблагополучних сімей при наявності батьків-алкоголіків, наркоманів, душевнохворих тощо.

Нерідко діти тікають з дому через жорстоке або байдуже ставлення до них у сім'ї.

**ДИТИНСТВО** – віковий період інтенсивного фізичного та психічного розвитку індивіда, в якому відбувається підготовка його до дорослого життя. Д. – не лише віковий етап розвитку індивіда, а й особливе соціальне явище, суть якого визначається специфікою суспільної системи, в яку Д. інтегровано. Однією з головних соціокультурних характеристик суспільства є те, як воно сприймає і виховує дітей. Роль дитячої особистості не вичерпується її біологічним дозріванням, а передбачає формування готовності до участі в суспільному, трудовому житті дорослих, яка, у свою чергу, забезпечується цілеспрямованою системою навчання та виховання і є результатом засвоєння індивідом соціального досвіду людства, здобутків його матеріальної та духовної культури.

**ДИТЯЧА БЕЗДОГЛЯДНІСТЬ** – послаблення чи відсутність нагляду за поведінкою, заняттями дітей з боку батьків та осіб, які їх замінюють. Через невиконання батьками своїх обов'язків, недостатність догляду за дитиною, незабезпечення її усім необхідним для нормального розвитку у ображеної, емоційної занедбаної дитини з'являються прагнення до бродяжництва, антигромадські погляди та звички, неуспішність у навчанні, недисциплінованість, злочинність. Бездоглядність виникає внаслідок патологічних сімейних стосунків, жорстокості, фізичних покарань, сексуальних домагань та ін.

**ДИТЯЧА БЕЗПРИТУЛЬНІСТЬ** – соціальне явище, яке характеризується відсутністю у дитини сукупності сприятливих умов для фізичного, психічного, духовного, інтелектуального та соціального розвитку. Серед умов, що безпосередньо призводять до безпритульності виділяють: 1) відсутність належного виховання та нагляду, здорової моральної атмосфери, належного ставлення до дитини (дитяча бездоглядність), 2) відсутність належних матеріальних умов життя родини.

**ДИТЯЧА ЕКСПЛУАТАЦІЯ** – жорстоке ставлення до дитини або необґрунтоване використання дітей у комерційних, промислових та інших цілях. До Д. е. належить: сексуальна експлуатація дітей для особистого задоволення або отримання грошового прибутку; нічна робота; прийом на роботу дітей, які за

віком повинні здобувати початкову освіту; робота в небезпечних і шкідливих для здоров'я умовах; робота, пов'язана з розповсюдженням та виробництвом заборонених ліків; торгівля дітьми; робота, пов'язана з принизливим і жорстоким поводженням. Довгостроковою програмою ООН передбачено знищення всіх форм Д. е.

**ДИТЯЧА ЗЛОЧИННІСТЬ** – суспільно небезпечні дії неповнолітніх, відповідальність за які передбачена карним законодавством (карна відповідальність підлітків починається з 16 річного віку, за розбій та ін. тяжкі злочини – з 14 років). Головними причинами Д. з. є недоліки у функціонуванні суспільства й особливо держави, рівень матеріального і культурного забезпечення кожної сім'ї, поганий приклад дорослих і особливо батьків (аморальна поведінка, пияцтво, користолюбство, несумлінне ставлення до громадського обов'язку, ненормальні стосунки між членами сім'ї тощо).

**ДОБРОВІЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ НАРКОМАНІЇ.** Лікування наркоманії, яке здійснюється за згодою хворого або його законного представника (Верховна Рада України, Закон «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15.02. 1995 № 62 / 95).

**ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА.** Добросовісне, точне і свідоме використання кращих результатів клінічних досліджень для вибору лікування конкретного хворого (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини (частина перша)» від 19.02. 2009 № 102 / 18).

**ДОЗА ВИПРОМІНЮВАННЯ** – кількість енергії іонізуючого випромінювання, поглинутої одиницею маси речовини. Є характеристикою радіаційної безпеки.

**ДОЗИМЕТР** – прилад для вимірювання дози іонізуючого випромінювання.

**ДОСТУПНІСТЬ ГЕОГРАФІЧНА МЕДИКО-САНІТАРНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ.** Справедливий

розподіл відповідних послуг всередині тієї чи іншої держави або в кожному населеному пункті (ВООЗ, Європейське регіональне бюро, Політика і стратегія забезпечення справедливості в питаннях охорони здоров'я (1992)).

## Е

**ЕВОЛЮЦІЯ** – незавершений поступовий історичний розвиток живої природи. В результаті еволюції виникають, змінюються та вимирають види, проходять перетворення в екосистемах.

**ЕГАЛІТАРНА ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА (ПОЛІТИКА ГЕНДЕРНОЇ РІВНОСТІ)** – політика, основою якої є принцип створення рівних умов для самореалізації особистості у всіх соціальних сферах незалежно від її статі.

**ЕГОЦЕНТРИЗМ** – зосередженість індивіда тільки на власних інтересах і переживаннях, згідно з якими індивідуальне «Я» вважається центром світу; крайній вияв індивідуалізму та егоїзму.

**ЕГОЦЕНТРИЗМ СУЇЦИДЕНТА** – заглибленість суб'єкта у свої суперечливі переживання, звуження мотиваційної, когнітивної й афективної сфер рамками психотравмуючої ситуації. Зумовлений інфантильністю особистості.

**ЕГОЦЕНТРИЧНИЙ СУЇЦИД** – суїцид, спричинений слабкою інтегрованістю суб'єкта в соціум, його егоїзмом, крайнім індивідуалізмом, егоцентризмом.

**ЕЙДЖИЗМ** – дискримінація за віком.

**ЕЙФОРІЯ** – підвищений настрій (відчуття радості, безтурботності). Спостерігається при вживанні наркотичних, токсичних речовин. Емоційні зміни – емоційні стани, пов'язані з різкими фізичними і психічними змінами в організмі.

**ЕКВІФІНАЛЬНІСТЬ** – можливість досягнення результату різними способами.

**ЕКЗИСТЕНЦІЙНА МОДЕЛЬ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ** – модель, яка передбачає допомогу у розкритті й усуненні страхів, у встановленні контролю над власним життям, подоланні екзистенційних тривог шляхом налагодження близьких стосунків, пошуку сенсу життя та ін.

**ЕКЛЕКТИКА** – безсистемне поєднання (суміш) різноманітних поглядів, ідей, принципів, теорій, позбавлене дійсного обґрунтування.

**ЕКОЛОГІЗАЦІЯ ВИРОБНИЦТВА** – шляхи вдосконалення існуючих і нових технологічних процесів з метою повнішого забезпечення принципів екологічної рівноваги.

**ЕКОЛОГІЧНА ДЕМОГРАФІЯ** – розділ демографії, який вивчає вплив чисельності населення в будь-якій місцевості на стан навколишнього природного середовища.

**ЕКОЛОГІЧНА ЕКСПЕРТИЗА** – оцінка екологічної ефективності запропонованих варіантів, рішень будь-якого виду діяльності на відповідність існуючим екологічним нормативам. Здійснюється на принципах обов'язковості її проведення і наукової обґрунтованості.

**ЕКОЛОГІЧНА ЗБАЛАНСОВАНІСТЬ** (англ. *environmental sustainability*) – підтримання таких видів діяльності, які дають можливість не погіршувати або навіть поліпшувати якість довкілля в довгостроковій перспективі. Екологічна збалансованість стосується потенційної довговічності систем, що підтримують життєдіяльність людства, таких як планетарна кліматична система, системи аграрного та промислового виробництва, лісового і рибного господарства, людські спільноти загалом, а також різні системи, від яких вони залежать.

**ЕКОЛОГІЧНА КАТАСТРОФА** – аварія на підприємствах чи інших об'єктах, що спричинює гостро негативні, несприятливі зміни середовища та призводить до масової загибелі живих організмів і матеріальних збитків.

**ЕКОЛОГІЧНА КРИЗА** – погіршення екологічної ситуації антропогенним впливом, що загрожує існуванню людини і розвитку країни чи її регіонів.

**ЕКОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ** – модель, зміст якої полягає у використанні активних методів адаптації і соціалізації клієнта задля досягнення ним особистісних змін, рівень яких відповідав би вимогам навколишнього середовища, а також у впливі на соціальне і фізичне середовище для того, щоб воно якомога більше відповідало правам, потребам і життєвим цілям особистості.

**ЕКОЛОГІЧНА НІША** – загальна сума всіх вимог організму до умов існування, функціональна роль у співтоваристві та його толерантність відносно факторів середовища.

**ЕКОЛОГІЧНА ПОЛІТИКА** – комплекс заходів, спрямованих на збереження чи поліпшення екологічної ситуації.

**ЕКОЛОГІЧНА РІВНОВАГА** – баланс умов природного середовища, що забезпечує тривале або необмежене в часі існування даної екосистеми.

**ЕКОЛОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ** – система регулярних довготривалих спостережень в просторі і часі, яка дає інформацію про стан навколишнього середовища.

**ЕКОЛОГІЧНІ ПРОБЛЕМИ** – проблеми, що виникли у зв'язку з втручанням людини в природні процеси і призводять до порушення рівноваги природних комплексів.

**ЕКОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ** – фактори середовища, які впливають на живий організм. Екологічні фактори поділяють на абіотичні – (явища неживої природи: світло, вологість, вітер, повітря, температура, тиск тощо); біотичні – (сукупність факторів органічного світу, рослинний, тваринний світ, вплив людини); антропогенні – (форми діяльності людського суспільства, які призводять до зміни у природі, середовищі життя інших видів чи безпосередньо позначаються на житті самої людини).

**ЕКОЛОГІЯ** – наука про взаємовідносини людини, тварин, рослин і мікроорганізмів між собою і навколишнім середовищем. Вперше цей термін запропонував німецький біолог Е. Геккель у 1866 р. У зв'язку з посиленням негативного впливу діяльності людини на біосферу істотно зросло практичне значення екології, відбулася екологізація багатьох природничих наук, досягла необхідного рівня екологічна освіта.

**ЕКОЛОГІЯ СОЦІАЛЬНА** – галузь соціології, яка вивчає закономірності і форми взаємодії суспільства з середовищем існування, багатоманітність зв'язків соціальних змін із змінами у життєзабезпечуючих матеріальних передумовах соціальних процесів. Як окрема наукова дисципліна Е. с. почала формуватись у США на початку ХХ ст. (праці Р. Паркса, Е. Бреджеса, Р. Маккензі та ін.).

**ЕКОЛОГІЯ ЛЮДИНИ** – наука, яка вивчає закономірності взаємовідносин людини з навколишнім середовищем, питання

розвитку народонаселення, вдосконалення фізичних і психічних можливостей людини.

**ЕКОПОЛІС** – міське поселення, яке сплановане і функціонує в гармонії з навколишнім середовищем.

**ЕКОСИСТЕМА** – просторово визначена сукупність біотичних та абіотичних компонентів довкілля, які пов'язані між собою потоками речовини, енергії та інформації.

**ЕКОСИСТЕМНІ ПОСЛУГИ** – всі ті вигоди, які люди отримують від екосистем; послуги екосистем із забезпечення населення природними ресурсами, здоровим середовищем існування, іншими екологічно та економічно значущими «продуктами». Серед численних екосистемних послуг виділяють: постачальні (їжа, вода, ліс, сировина), регулятивні (вплив на клімат, контроль за повеннями та стихійними лихами, якість водних ресурсів тощо), культурні (рекреаційні ресурси, естетичні та духовні цінності природи) і підтримуючі послуги (грунтоутворення, фотосинтез, кругообіг азоту та ін.).

**ЕКСПЕРТИЗА СУДОВО-НАРКОЛОГІЧНА.** Різновид судово-психіатричної експертизи. З'ясовує питання, що стосуються лише алкоголізму і наркоманії.

**ЕКСПЕРТИЗА СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА.** Вид судової експертизи, що призначається органами досудового слідства та суду і проводиться за їх відповідним рішенням з метою відповіді на питання, що виникають під час провадження адміністративних, кримінальних та цивільних справ з приводу психічного стану особи. Предметом є визначення психічного стану осіб, яким призначено експертизу, у конкретні проміжки часу і відносно певних обставин, що становлять інтерес для органів слідства та суду.

*Об'єктами експертизи є:*

- підозрювані, стосовно яких в органів дізнання та слідства виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності;
- обвинувачені та підсудні, стосовно яких в органах слідства та суду виникли сумніви щодо їх осудності або можливості за психічним станом брати участь у слідчих діях чи судовому засіданні;

- свідки і потерпілі, стосовно яких в органах слідства та суду виникли сумніви щодо їх психічної повноцінності;
- потерпілі, стосовно яких вирішується питання про взаємозв'язок змін у їхньому психічному стані зі скоєними щодо них протиправними діями безпорадний стан та заподіяння шкоди здоров'ю);
- позивачі, відповідачі та інші особи, стосовно яких вирішується питання про їхню дієздатність; позивачі, стосовно яких вирішується питання про їх психічний стан у певні проміжки часу, про обґрунтованість встановленого раніше психіатричного діагнозу та прийнятих щодо них медичних заходів;
- матеріали кримінальної або цивільної справи, медична документація, аудіовізуальні матеріали та інша інформація про психічний стан особи, відповідно якої проводиться експертиза (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Порядку проведення судово-психіатричної експертизи» від 08.10.2001 № 397).

**ЕКСПЕРТИЗА СУДОВО-ПСИХОЛОГІЧНА.** Вид судової експертизи, яка здійснюється для вирішення питань, що виникають у судово-слідчій практиці та вимагають застосування спеціальних знань з психології.

**ЕКСТРЕМАЛЬНА ПОВЕДІНКА** – форма активності, детермінована зовнішніми та внутрішніми ситуативними чинниками, яка супроводжується психоемоційною напруженістю і призводить до мінливих чи тривалих негативних психічних станів та регулятивних механізмів поведінки.

**ЕКСТРЕМАЛЬНІ СИТУАЦІЇ** – несприятливий, складний стан умов людської життєдіяльності, що набув для окремої особи або групи осіб особливої значимості; це об'єктивно складні умови діяльності, що сприймаються й оцінюються як напружені чи небезпечні.

**ЕКСТРЕННА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА** – система короткострокових заходів, спрямованих на регуляцію актуального психологічного, психофізіологічного стану та негативних емоційних переживань людини, що постраждала внаслідок кризової чи надзвичайної події.



**ЕПІДЕМІЯ** – масове поширення будь-якої інфекційної хвороби людей на певній території.

**ЕФЕКТИ ДЕТЕРМІНІСТИЧНІ (НЕСТОХАСТИЧНІ)** – ефекти радіаційного впливу, що виявляються тільки у випадку перевищення допустимого рівня, а тяжкість наслідків яких залежить від величини отриманої дози. Викликають гостру променевою хворобу, променеві опіки тощо.

**ЕФЕКТИ СТОХАСТИЧНІ** – безпорогові ефекти радіаційного впливу, імовірність виникнення яких існує за будь-яких малих доз іонізуючого випромінювання та зростає із збільшенням дози. Відносна тяжкість виявлень опромінення від дози не залежить. До стохастичних ефектів належать злоякісні новоутворення (соматичні ефекти) та генетичні зміни, що передаються нащадкам (спадкові ефекти).

#### Є

**ЄГЕР** – фахівець-мисливець, який контролює додержання правил полювання і доглядає за тваринами у заповідниках і лісництвах.

**ЄМНІСТЬ ЛАНДШАФТУ ЕКОЛОГІЧНА** – здатність ландшафту забезпечити нормальну життєдіяльність певної кількості організмів або витримати стале антропогенне навантаження без негативних наслідків.

#### Ж

**ЖЕРТВА ЕКОЛОГІЧНА** – особина, яка гине чи деградує під впливом несприятливих екологічних факторів.

**ЖИТТЄВА АКТИВНІСТЬ** – система відносин людини до себе і світу, усвідомлення нею призначення свого життя, прагнення до розвитку і самореалізації, прийняття відповідальності за своє фізичне, психічне, соціальне й духовне здоров'я.

**ЖИТТЄВА ПОЗИЦІЯ** – спрямованість життєдіяльності особистості, її точка зору про своє місце й роль у суспільному житті. В моральному плані є системою поведінки особистості, що визначається її переконанням, ідейністю, совістю.

**ЖИТТЄВІ ДИСПОЗИЦІЇ** – неусвідомлена сукупність потягів, інстинктів, найважливішими серед яких є «інстинкт життя» (Ерос – природжене прагнення людини до само

здійснення) та «інстинкт смерті» (Танатос – природжене прагнення людини до смерті).

**ЖИТТЄВІ ПЛАНИ** – спосіб усвідомлення свого ставлення до подій власного життя, підвищення своєї ролі у регулюванні індивідуальної життєдіяльності (під час прийняття життєво важливих рішень).

**ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ** (англ. *resilience*) – здатність системи та суспільства адаптуватися до потенційних природних і природно-техногенних небезпек, чинити їм опір або змінюватись для того, щоб досягти прийняттого рівня функціонування та підтримувати цей рівень і свою структуру. Життєстійкість соціально-екологічних систем залежить від: 1) величини впливу, який система може нейтралізувати і при цьому залишитися в тому самому стані; 2) ступеня здатності системи до самоорганізації; 3) ступеня здатності системи до створення потенціалу для навчання та адаптації до реальних умов.

**ЖИТТЯ СОЦІАЛЬНЕ** – 1) компонент суспільного життя; 2) сукупність різних форм спільної діяльності людей, спрямованої на забезпечення умов та засобів їх існування, реалізацію потреб, інтересів, цінностей тощо. Ж. с. характеризується багатьма формами колективної життєдіяльності індивідів. Особливий аспект Ж. с. – соціокультурний, що пов'язаний з проблемою соціального існування людини.

**ЖОРСТОКЕ СТАВЛЕННЯ ДО ДІТЕЙ** – усі форми фізичного чи психічного насильства, вчинення побоїв або образ, неухажне, недбале або жорстоке ставлення, експлуатація, включаючи сексуальне посягання на дитину.

**ЖОРСТОКІСТЬ** – морально-психологічна риса, що означає відсутність співчуття, милосердя, жалості до людей, безмежна суворість, грубість, безсердечність. Дитяча жорстокість відрізняється від жорстокості дорослих, бо дитина діє імпульсивно, не уявляє наслідків своїх дій. Причина появи жорстокості – помилки в системі сімейного виховання, фізичні покарання, надто суворе ставлення до дітей, надмірна вимогливість, бездоглядність, конфлікт між батьками, насильство у сім'ї, вседозволеність. Нестача чи відсутність у стосунках з дітьми чуйності, турботливості, душевності, доброти, любові, людяності, милосердя.

### 3

**ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ СОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ** – систематичні дії, реалізація яких вселяє впевненість у тому, що послуга відповідатиме встановленим вимогам до якості.

**ЗАВДАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ПОЛІТИКИ** – завдання, які передбачають поліпшення умов праці та життя всіх верств населення, надання особливого захисту й допомоги бідним і малозахисним групам населення.

**ЗАКЛАДИ ПОЗАШКІЛЬНІ** – державні та соціальні заклади з позашкільної роботи з дітьми та підлітками. В Україні функціонують два типи З. п.: загальні і спеціалізовані.

**ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.** Юридична особа будь-якої форми власності та організаційно-правової форми або її відокремлений підрозділ, основним завданням яких є забезпечення медичного обслуговування населення на основі відповідної ліцензії та професійної діяльності медичних (фармацевтичних) працівників (Верховна Рада України, Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801-ХІІ).

**ЗАКОМПЛЕКСОВАНІСТЬ ЛЮДИНИ** – наявність у людини психологічних недоліків, т. зв. комплексів, які важко усунути і які перешкоджають їй повністю виявити свої здібності, нормально спілкуватися з людьми, досягти успіху.

**ЗАКОН** – це документ, нормативний акт, прийнятий вищим представницьким органом державної влади, парламентом (в Україні – Верховна Рада) або шляхом безпосереднього волевиявлення населення (референдум), який регулює найважливіші відносини і має найвищу юридичну силу щодо актів вищих державних органів і громадських організацій. Основним законом України є Конституція України. Закон України "Про органи і служби у справах неповнолітніх та соціальні установи для неповнолітніх" від 24 січня 1995 р., виходячи з Конституції України та Конвенції ООН про права дитини, і визначає правові основи діяльності органів і служб у справах неповнолітніх та спеціальних установ для неповнолітніх, на які покладається здійснення соціального захисту і профілактики правопорушень серед осіб, які не досягли вісімнадцятирічного віку.

**ЗАКОННІ ПРЕДСТАВНИКИ.** Батьки, опікуни, піклувальники особи або представники тих установ і організацій, під опікою чи опікуванням яких вона перебуває (Верховна Рада України, Кримінально-процесуальний кодекс від 28.12. 1960).

**ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО ДЕРЖАВНУ ДОПОМОГУ СІМ'ЯМ З ДІТЬМИ»** – закон, згідно з яким надається державна допомога сім'ям з дітьми. Відповідно до ст. 3 сім'ям з дітьми призначаються такі види допомоги:

- 1) допомога у зв'язку з вагітністю та пологами;
- 2) одноразова допомога при народженні дитини;
- 3) допомога для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку;

- 4) допомога на дітей, які перебувають під опікою чи піклуванням. Право на отримання допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами, при народженні дитини і для догляду за дитиною до досягнення нею трирічного віку мають особи, не застраховані в системі загальнообов'язкового державного соціального страхування.

**ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО СОЦІАЛЬНУ РОБОТУ З ДІТЬМИ ТА МОЛОДДЮ»** – закон, який визначає організаційні і правові засади соціальної роботи з дітьми та молоддю (прийнятий 21.06.2001р.). У ньому дається визначення основних понять соціальної роботи: соціальна робота з дітьми і молоддю, соціальний супровід, соціальна профілактика, соціальна реабілітація, соціальне інспектування, центри соціальних служб для молоді, фахівець із соціальної роботи, волонтерський рух, соціальний менеджмент. Визначено також суб'єкти та об'єкти соціальної роботи з дітьми і молоддю, основні принципи, сфери та рівні її проведення.

**ЗАКОН УКРАЇНИ «ПРО СПРИЯННЯ СОЦІАЛЬНОМУ СТАНОВЛЕННЮ ТА РОЗВИТКУ МОЛОДІ В УКРАЇНІ»** – основний нормативний акт (прийнятий Верховною Радою України 05.02. 1993 р.), в якому визначено головні засади створення організаційних, соціально-економічних, політико-правових умов соціального становлення та розвитку молодих громадян України в інтересах особи, суспільства і держави. Відповідно до міжнародних зобов'язань, Конституції України у Законі вказано основні напрями реалізації державної молодіжної політики в

Україні щодо соціального становлення та розвитку молоді. Вперше дано визначення термінів “молодь», “молоді громадяни» (громадяни України віком від 15 до 28 років), “неповнолітні» (громадяни України віком до 18 років), “перше робоче місце», “молода сім’я» (подружжя, в якому вік чоловіка та дружини не перевищує 28 років, або неповна сім’я, в якій маги (батько) віком до 28 років), “соціальні служби для молоді» (спеціальні заклади, які надають соціальні послуги та соціальну допомогу молоді). Закон складається з п’яти розділів, шістнадцяти статей. Закріплює основні принципи соціального становлення та розвитку молоді, серед яких найважливішими є: безпосередня участь молоді у формуванні та реалізації політики і програм, що стосуються суспільства взагалі й молоді зокрема; доступність для кожного молодого громадянина соціальних послуг і рівність правових гарантій; відповідальність держави за створення умов для саморозвитку і самореалізації молоді; єдність зусиль держави, всіх верств суспільства, політичних і громадських організацій, установ та громадян у справі соціального становлення і розвитку молоді; відповідальність кожного молодого громадянина перед суспільством і державою за дотримання.

**ЗАХОРОНЕННЯ ВІДХОДІВ** – розміщення відходів, які не підлягають подальшому використанню, в спеціально відведених місцях з метою запобігання потрапляння забруднюючих речовин в навколишнє середовище.

**ЗАЦІКАВЛЕНІ СТОРОНИ** (англ. *stakeholders*) – групи осіб або особи, які мають інтерес, залучені або перебувають під впливом політики чи плану уряду, громади або підприємства. Цей термін поширюється на державні, громадські, формальні та неформальні організації.

**ЗБАЛАНСОВАНЕ ВИКОРИСТАННЯ** (англ. *sustainable use*) – використання природних ресурсів у такий спосіб і такими темпами, які не призводять у довгостроковій перспективі до вичерпання природних ресурсів, тим самим зберігаючи здатність природно-ресурсного потенціалу країни задовольняти потреби теперішнього та майбутніх поколінь.

**ЗБАЛАНСОВАНЕ ЕКОНОМІЧНЕ ЗРОСТАННЯ** (англ. *sustainable growth*) – економічне зростання, основане на ефективному використанні ресурсів, створенні

конкурентоспроможної низьковуглецевої економіки, виявленні екологічно чистих джерел зростання економіки, розвитку екоорієнтованих галузей, використанні екологічно чистих технологій, охороні довкілля, збереженні біорізноманіття, поліпшенні бізнес-середовища, зокрема для малих і середніх підприємств.

**ЗБАЛАНСОВАНЕ СПОЖИВАННЯ ТА ВИРОБНИЦТВО** (англ. *sustainable consumption and production*) – використання системного підходу для мінімізації негативного впливу на довкілля, зумовленого системою споживання та виробництва у суспільстві.

**ЗВІТНА (ОБЛІКОВА) ОДИНИЦЯ (РЕСПОНДЕНТ СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ).** Одиниця, від якої отримують інформацію про одиницю спостереження у ході статистичного спостереження. Одиниця статистичного спостереження та звітна (облікова) одиниця можуть співпадати.

**ЗДАТНІСТЬ** – психічний та фізичний стан індивіда, спроможний виконувати певний вид продуктивної діяльності.

**ЗДАТНІСТЬ ДО НАВЧАННЯ.** Можливість сприймати, засвоювати та накопичувати знання, формувати навички й уміння (побутові, культурні, професійні та інші) у цілеспрямованому процесі навчання. Можливість професійного навчання – здатність до оволодіння теоретичними знаннями і практичними навичками та умінням конкретної професії (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 № 561).

**ЗДАТНІСТЬ ДО ОРІЄНТАЦІЇ.** Можливість самостійно орієнтуватися у просторі та часі, мати уяву про навколишні предмети. Основними системами орієнтації є зір та слух (за умови нормального стану психічної діяльності та мови) (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 № 561).

**ЗДАТНІСТЬ ДО ПЕРЕСУВАННЯ.** Можливість ефективно пересуватися у своєму оточенні (ходити, бігати, долати перепони, користуватися особистим та громадським транспортом) (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 № 561).

## **ЗДАТНІСТЬ ДО САМООБСЛУГОВУВАННЯ.**

Можливість ефективно виконувати соціально-побутові функції і задовольняти потреби без допомоги інших осіб (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 № 561).

**ЗДАТНІСТЬ ДО СПІЛКУВАННЯ (КОМУНІКАТИВНА ЗДАТНІСТЬ).** Можливість установлювати контакти з іншими людьми та підтримувати суспільні взаємозв'язки (порушення спілкування, пов'язані з розладом психічної діяльності, тут не розглядаються) (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 № 561).

**ЗДАТНІСТЬ ДО ТРУДОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.** Сукупність фізичних та духовних можливостей людини, яка визначається станом здоров'я, що дозволяє їй займатися різного виду трудовою діяльністю. Професійна працездатність – здатність людини якісно виконувати роботу, що передбачена конкретною професією, яка дозволяє реалізувати трудову зайнятість у певній сфері виробництва відповідно до вимог змісту і обсягу виробничого навантаження, встановленого режиму роботи та умов виробничого середовища (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 № 561).

## **ЗДАТНІСТЬ КОНТРОЛЮВАТИ СВОЮ ПОВЕДІНКУ.**

Можливість поводитись відповідно до морально-етичних і правових норм суспільного середовища (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 № 561).

**ЗДІБНІСТЬ** – особливості індивіда, що є суб'єктивними умовами успішного здійснення певного виду продуктивної діяльності.

Здібності пов'язані із загальною орієнтованістю особи, з її нахилом до тієї чи іншої діяльності.

**ЗДОРОВИЙ СПОСІБ ЖИТТЯ.** Не репродуктивне відтворення абстрактних норм і приписів, накопичених гігієною, медициною, людинознавством, це особистісно співвіднесений спосіб активного повноцінного успішного життя, це можливість

пошуків і експериментів, пов'язаних з розвитком власних можливостей і розкриттям власного потенціалу.

**ЗДОРОВ'Я.** Стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад (Верховна Рада України, Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19.11.1992 № 2801- XII).

**«ЗЕЛЕНА» ЕКОНОМІКА** – економіка, яка підвищує добробут людей і забезпечує соціальну справедливість і при цьому істотно знижує ризики для довкілля і запобігає його збіднінню.

**ЗЕЛЕНА КНИГА** – зведення відомостей про рідкісні, зникаючі і типові рослинні угруповання, які потребують особливої охорони. В 1997р. в Україні вперше у світі видана «Зелена книга України».

**ЗЕЛЕНИЙ ПАТРУЛЬ** – громадська форма охорони рослинного світу. Зелений патруль організовується при школах, навчальних закладах, організаціях товариства охорони природи, і бере активну участь в озелененні територій, боротьбі з ерозією ґрунтів і т. ін.

**«ЗЕЛЕНІ»** – представники політичних течій, що виступають за збереження навколишнього природного середовища (за чистоту атмосфери, води, проти загрози ядерної війни і т. ін.).

**ЗНАННЯ** – 1) результат процесу діяльності пізнання, перевірене суспільною практикою і логічно впорядковане відображення її у свідомості людини; 2) категорія, яка віддзеркалює зв'язок між пізнавальною і практичною діяльністю людини. Знання виявляються в системі понять, суджень, уявлень та образів, орієнтовних основ дій тощо, яка має певний обсяг і якість. Знання можливо ідентифікувати тільки за умови їх прояву у вигляді вмінь виконувати відповідні розумові або фізичні дії.

**ЗНАННЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНІ** – знання щодо соціальних і професійних норм діяльності особи, основа її освіти та професійної підготовки.

Фундаментальні знання формують здатність особи опанувати нові знання, орієнтуватися у проблемах, що виникають, виконувати задачі діяльності, що прогнозуються. Фундаментальні знання є інваріантні у відношеннях: напрями підготовки до певної галузі освіти, або спеціальності до напряму підготовки, або спеціалізації спеціальності до спеціальності.



**ЗОНА АКТИВНОГО ЗАБРУДНЕННЯ** – територія, в межах якої в результаті розсіювання шкідливих речовин відбувається забруднення навколишнього середовища.

**ЗОНА ЕКОЛОГІЧНОГО РИЗИКУ** – ділянки на поверхні суходолу та акваторії Світового океану, де людська діяльність може створити небезпечну екологічну ситуацію. До них відносять зони підводного видобування нафти на морському шельфі, небезпечні для проходження танкерів ділянки моря, що можуть спричинити аварії суден з виливанням нафти і т. ін.

**ЗОНА ЕКОЛОГІЧНОГО ЛИХА** – території, де в результаті господарської або іншої діяльності відбулися глибокі незворотні зміни навколишнього природного середовища, які спричинили істотне погіршення здоров'я населення, порушення природної рівноваги, руйнування природних екологічних систем, деградацію флори і фауни.

**ЗОНА НАДЗВИЧАЙНОЇ ЕКОЛОГІЧНОЇ СИТУАЦІЇ** – територія, де в результаті господарської і іншої діяльності відбуваються негативні зміни в навколишньому природному середовищі, які загрожують здоров'ю населення, стану природних екологічних систем.

**ЗОНА ПІДТОПЛЕННЯ** – територія, в межах якої підвищується рівень підземних вод до господарських неприпустимих позначок. Різко погіршуються умови існування живих організмів, створюються перешкоди для будівництва, транспорту і т. ін.

**ЗОНА САНІТАРНОЇ ОХОРОНИ** – район водозабору або іншого джерела водопостачання, де встановлюється особливий режим охорони вод від забруднення.

**ЗООТЕРАПІЯ** або **АНІМАЛОТЕРАПІЯ** (від лат. animal – тварина) є одною з видів терапії, яка включає в себе використання тварин, як засіб для лікування

## I

**ІГРОВА ТЕРАПІЯ** – вільна або керована гра, яка терапевтично впливає на клієнта.

**ІДЕАЛ СОЦІАЛЬНИЙ** – узагальнений образ бажаної мети людини, групи людей, держави, суспільства. Найчастіше І. с. є ідеологічно обґрунтованим, естетично забарвленим і нерідко відображений у коротких лозунгах чи кліше на зразок: «рівність,

братерство і щастя», «демократію – в маси», «суспільство рівних можливостей», «комунізм», «американська мрія» тощо. За певних умов І. с. здатний надихати людей на зміну соціальних систем, себе самих, малює їм ідеальну конструкцію соціальних умов і відносин.

**ІДЕНТИФІКАЦІЯ** – процес і результат ототожнення себе з іншою людиною, намагання уподібнитися до неї з метою зрозуміти, як би вона вчинила в подібній ситуації

**ІЗОЛЮВАННЯ ВІДХОДІВ** – зберігання відходів таким чином, щоб ефективно запобігти їх розповсюдженню в навколишньому середовищі.

**ІМІТАЦІЙНА ПОВЕДІНКА** – наслідування суб'єктом певних форм діяльності. Найбільш характерна для підлітків. Її суїцидальна небезпека може проявлятися у провокації суїцидальних дій.

**ІМУНІТЕТ** – несприйнятливність організму до захворювань, дії шкідників або хімічних речовин. Розрізняють природний і набутий імунітети. Прояв імунітету є однією із захисних властивостей організму, що допомагає йому зберігати функції життєдіяльності.

**ІНВАЛІД.** Особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами розумового чи фізичного розвитку, що призводить до обмеження нормальної життєдіяльності, викликає в особи потребу в соціальній допомозі і посиленому соціальному захисті, а також виконання з боку держави відповідних заходів для забезпечення її законодавчо визначених прав (Верховна Рада України, Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 № 2961-IV).

**ІНВАЛІДНІСТЬ.** Міра втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає або позбавляє конкретну особу здатності чи можливості здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними залежно від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів (Верховна Рада України, Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 № 2961-IV).

**ІНДЕКС ЗАБРУДНЕННЯ** – якісна і кількісна характеристика забруднювального фактора – речовини,

випромінювання, загазованості і т. ін. Включає поняття кількості забрудника в довкіллі, ступінь його впливу на певні об'єкти забруднення.

**ІНДЕКС СТАТИСТИЧНОГО ФОРМУЛЯРА.** Умовне позначення (сполучення чисел та / або літер), що використовується для систематизації (класифікації) й упорядкування форм державних статистичних спостережень.

**ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ НАВЧАННЯ** – організація процесу навчання, яка передбачає його модифікацію відповідно до потреб того, хто навчається.

**ІНДИВІДУАЛЬНА РОБОТА** – метод соціальної роботи, спрямований на надання допомоги індивідам і сім'ям у розв'язанні їх психологічних, міжособистісних, соціоекономічних проблем шляхом безпосередньої взаємодії з ними. Найпоширенішими стратегіями втручання є консультування, втручання в кризу, представництво інтересів, брокерство соціальних послуг.

**ІНДИВІДУАЛЬНА ТЕРАПІЯ** – надання соціально-психологічної допомоги індивідам, сім'ям у розв'язанні їх проблем шляхом взаємодії з ними.

**ІНДИКАТОР (ПОКАЗНИК)** – характеристика процесу, об'єкта чи системи, за допомогою якої можна кількісно та якісно оцінювати зміни, що відбуваються, у формі, зручній для порівняння та аналізу. Індикатори дають можливість вимірювати прогрес і реєструвати ступінь досягнення визначених цілей та завдань.

**ІНДИКАТОРИ СТАЛОГО РОЗВИТКУ** – групи системних (економічних, соціальних, екологічних) або інтегральних (соціально-економічних, соціально-економічно-екологічних) показників, які дають змогу робити висновки про стан або зміни процесів розвитку.

**ІНКЛЮЗИВНІСТЬ** (від лат. *include* – включаю, укладаю) – процес участі всіх людей в житті соціуму, коли всі зацікавлені сторони беруть активну участь у громадському житті. Інклюзивність передбачає залучення кожного в життя спільноти та відсутність будь-якої дискримінації.

**ІНКЛЮЗИВНЕ ЗРОСТАННЯ** (англ. *inclusive growth*) – економічне зростання, яке створює для всіх верств населення максимальні можливості для працевлаштування та участі в усіх

сферах життєдіяльності країни, а також забезпечує справедливий розподіл результатів праці.

**ІНКЛЮЗИВНЕ СУСПІЛЬСТВО** (англ. *inclusive society*) – суспільство, яке не фокусується на расових, статевих, класових, вікових і географічних відмінностях осіб та соціальних груп і забезпечує рівність можливостей та залучення усіх членів суспільства до створення соціальних інституцій, які регулюють соціальну взаємодію.

**ІНКЛЮЗИВНІ ІНСТИТУЦІЇ** (англ. *inclusive institutions*) – інституції, які дозволяють і заохочують брати участь великій масі людей в економічній діяльності, щоб найкращим чином використовувати їхні таланти та навички, а також дати можливість людям вибирати те, чого вони хочуть.

**ІННОВАЦІЇ** – новостворені (застосовані) і (або) вдосконалені конкурентоздатні технології, продукція або послуги, а також організаційно-технічні рішення виробничого, адміністративного, комерційного або іншого характеру, що істотно поліпшують структуру та якість виробництва й (або) соціальної сфери.

**ІННОВАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ** – діяльність, що спрямована на використання і комерціалізацію результатів наукових досліджень та розробок і зумовлює випуск на ринок нових конкурентоздатних товарів і послуг.

**ІНСТИНКТ** – складна вроджена реакція організму тварин або людини, яка проявляється тільки в певних ситуаціях і періодах життя. І.П. Павлов довів, що інстинкти – це складні безумовні рефлекси нервової системи.

**ІНСТРУКЦІЯ ЩОДО ЗАПОВНЕННЯ ФОРМИ ДЕРЖАВНОГО СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ (СТАТИСТИЧНОГО ФОРМУЛЯРА).** Нормативно-правовий акт (офіційний документ) з питань заповнення форми (бланка) статистичного спостереження, іншого статистичного формуляра.

**ІНТЕГРАЦІЯ** (від лат. *integrum* – ціле, *integratio* – відновлення) – стан об'єднаності окремих частин і функцій системи в ціле, а також процес, що веде до такого стану; об'єднання та координація дій різних частин цілісної системи.

**ІНТОКСИКАЦІЯ** – отруєння організму, що може статися внаслідок контакту людини із токсичними речовинами, які

потрапляють в організм через органи дихання, шкіру, травний канал. Токсичними для організму речовинами є органічні розчинники, ефіри, аміно- та нітро-сполуки, хлор, феноли та ін.

**ІНФРАСТРУКТУРА** – сукупність галузей суспільного господарства по обслуговуванню матеріального виробництва і невиробничої сфери. До виробничої сфери входить обслуговування шляхів, житлових масивів, транспорту. Невиробнича сфера – це освіта, наука, культура, охорона здоров'я, туризм.

## **К**

**КАЛЕНДАР СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ.** Послідовність робіт з підготовки і проведення статистичного спостереження з визначенням термінів їх виконання за кожним етапом.

**КАНЦЕРОГЕН** – речовина, яка здатна за певних умов спричинити утворення злоякісної пухлини або сприяти її розвитку. Канцерогенну дію можуть спричинити і такі фізичні чинники, як ультрафіолетове, радіаційне та інші види опромінення.

**КАРАНТИН** – комплекс загальнодержавних або місцевих заходів з попередження проникнення і розповсюдження інфекційних захворювань та небажаних видів організмів на певних територіях.

**КАТАКЛІЗМ** – катастрофа, раптовий переворот.

**КАУЗАЛЬНА АТРИБУЦІЯ** – приписування людині причин її поведінки внаслідок виникнення припущень, чому вона поводить себе так, а не інакше.

**КЛАСТЕРНІ САМОГУБСТВА** – самогубства, суїцидальні спроби, здійснені внаслідок частих повідомлень у засобах масової інформації про різні форми суїцидальної поведінки; варіант імітаційної поведінки.

**КЛІЄНТ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ** – індивід, група людей, сім'я, громада, які не можуть самотійно подолати свої проблеми, вийти з життєвої кризи, функціонувати самотійно і тому потребують допомоги фахових соціальних працівників, є адресатами соціальної роботи.

**КЛІНІКИ.** Лікувально-профілактичні заклади (лікарні, пологові будинки та інші), що входять до складу медичних науково-дослідних закладів або підпорядковані медичним

науково-дослідним закладам (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» від 28.10.2002 № 385

**КОГНІТИВНА МОДЕЛЬ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ** – модель практики соціальної роботи, яка виходить із того, що більшість людських емоцій і форм поведінки зумовлено тим, що люди думають, уявляють, у що вірять, тобто когнітивними процесами («мислення формує поведінку»).

**КОЕФІЦІЄНТ ПОСЛАБЛЕННЯ ДІЇ РАДІАЦІЇ** – величина, яка показує, у скільки разів та чи інша перешкода (захисний екран) послаблює дію радіації.

**КОМПЕТЕНТНІСТЬ** – необхідний обсяг і рівень знань та досвід з певного виду діяльності.

**КРЕДИТ (У ВИЩІЙ ОСВІТІ)** – обсяг навчального матеріалу, який з урахуванням терміну засвоєння студентами окремих навчальних елементів (відповідно до психофізіологічних норм засвоєння при використанні оптимальних форм, методів і засобів навчання та контролю) може бути засвоєний за 54 години навчального часу (сума годин аудиторної й самостійної роботи студента за тиждень).

У додатку 1 Конвенції Ради Європи і ЮНЕСКО про визнання кваліфікацій з вищої освіти у європейському регіоні, кредит – оцінена й кваліфікована мінімальна умовна одиниця виміру “вартості” якоїсь частини програми вищої освіти, виконаної студентом під час навчання.

**КРИТЕРІЇ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ЛЮДИНИ.** Здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності» від 05.09.2011 № 561).

**КРИТЕРІЇ ФОРМУВАННЯ СУКУПНОСТІ ОДИНИЦЬ СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ.** Ознаки, на підставі яких проводиться класифікація та відбір одиниць статистичного спостереження.

**КРИТИЧНА ГРУПА** – певна частина населення, яка за місцем проживання, за своїми статеві-віковими, соціально професійними та іншими ознаками зазнає чи може зазнавати найбільші рівні опромінення від певного джерела іонізуючого випромінювання.

## Л

**ЛАТЕНТНИЙ (ПРИХОВАНИЙ) ПЕРІОД** – можливість виявлення дії опромінення на екосистеми чи людину через певний час, іноді навіть через десятки років.

**ЛЕГКЕ ТІЛЕСНЕ УШКОДЖЕННЯ.** Ушкодження, що спричинило короточасний розлад здоров'я або чи незначну стійку втрату працездатності, або не спричинило зазначених наслідків (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» від 17.01.1995 № 6).

**ЛІКАРНЯ.** Лікувально-профілактичний заклад, призначений для надання стаціонарної медичної допомоги хворим. Л., що надає стаціонарну медичну допомогу хворим з лікарських спеціальностей одного профілю, називається однопрофільною, а з декількох лікарських спеціальностей – багатопрофільною. Однопрофільні Л. створюються для надання медичної допомоги населенню певної території (міста, району), спеціалізовані – для надання спеціалізованої медичної допомоги населенню регіону (республіки, області, міста в містах Києві, Севастополі). У своєму складі Л. може мати поліклініку чи амбулаторію. Л., на яку покладено функції органу управління охороною здоров'я району, називається центральною районною Л., міста – центральною міською Л. (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» від 28.10.2002 № 385).

**ЛІКАРНЯ «ХОСПІС».** Лікувально-профілактичний заклад для надання медичної допомоги невиліковним хворим, що функціонує за рахунок місцевого бюджету, додаткового фінансування підприємствами, спонсорами, добродійних пожертвувань організацій, фізичних та юридичних осіб (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про

затвердження переліків закладів охорони здоров'я, лікарських, провізорських посад та посад молодших спеціалістів з фармацевтичною освітою у закладах охорони здоров'я» від 28.10.2002 № 385).

**ЛОБЮВАННЯ У СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ** – діяльність соціальних груп, які відстоюють свої особливі політичні інтереси, намагаються впливати на органи законодавчої та виконавчої влади.

**ЛОГОТЕРАПІЯ** – спосіб аналізу ситуацій і метод консультування з метою допомогти людині знайти сенс і мету життя, подолати сумніви та відчай. При цьому особливе місце належить формуванню уявлень про майбутнє.

**ЛОКАЛІЗАЦІЯ РАДІОАКТИВНИХ ВІДХОДІВ** – комплекс заходів по збору радіоактивних відходів на місці їх утворення і захоронення в інженерних спорудах, які гарантують неможливість проникнення радіоактивних речовин в навколишнє середовище.

## М

**МАЛОЛІТНЯ ОСОБА.** Дитина до досягнення нею чотирнадцяти років (Верховна Рада України, Сімейний кодекс від 10.01.2002 № 2947; Верховна Рада України, Цивільний кодекс від 16.01.2003 № 435-ІУ).

**МАРГІНАЛИ** – індивіди, соціальні верстви і групи, які опинилися за межами характерних для суспільства основних структурних підрозділів або певних соціокультурних норм і політичних традицій.

**МАРГІНАЛЬНА ОСОБИСТІТЬ** – індивід, який, опинившись на межі двох чи кількох культур, подолав межі спільності, в якій виховувався, однак не зміг увійти або не був прийнятий у нову групу.

**МАСОВІ АКЦІЇ** – публічні заходи (пікети, маніфестації, мітинги, демонстрації, марші та ін.), учасники яких виявляють свій протест проти «несправедливих законів», невмотивованих, незаконних дій, консерватизму органів влади, байдужості, упередженості чиновників.

**МАТРІАРХАТ** – форма соціального устрою, за якого сімейна і політична влада належить жінкам.



**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕКСПЕРТИЗА.** Визначення на основі комплексного обстеження усіх систем організму конкретної особи міри втрати здоров'я, ступеня обмеження її життєдіяльності, викликаного стійким розладом функцій організму, групи інвалідності, причини і часу її настання, а також рекомендацій щодо можливих для особи за станом здоров'я видів трудової діяльності та умов праці, потреби у сторонньому догляді, відповідних видів санаторно-курортного лікування і соціального захисту для найповнішого відновлення усіх функцій життєдіяльності особи (Верховна Рада України, Закон «Про реабілітацію інвалідів в Україні» від 06.10.2005 № 2961-IV).

### **МЕДИЧНА ДОПОМОГА**

– діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами (Верховна Рада України, Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII);

– вид діяльності, який включає комплекс заходів, спрямованих на оздоровлення та лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності та здійснюється професійно підготовленими працівниками, які мають на це право відповідно до законодавства (Кабінет Міністрів України, Постанова «Про затвердження Програми подання громадянам гарантованої державою безоплатної медичної допомоги» від 11.07.2002 № 955).

**МЕДИЧНА ДОПОМОГА БЕЗОПЛАТНА.** Медична допомога надається всім громадянам незалежно від її обсягу та без попереднього, поточного або наступного їх розрахунку за надання такої допомоги (Конституційний Суд України, Рішення (справа про безоплатну медичну допомогу) від 29.05.2002 № 10-рп / 2002).

### **МЕДИЧНА ІНФОРМАЦІЯ.**

– достовірна і своєчасна інформація про стан здоров'я пацієнта, мету проведення запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, у тому числі наявність ризику для життя і здоров'я, надана у доступній формі (Верховна Рада України, Закон «Основи

законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ);

– свідчення про стан здоров'я людини, історію її хвороби, про мету запропонованих досліджень і лікувальних заходів, прогноз можливого розвитку захворювання, в тому числі про наявність ризику для життя і здоров'я, за своїм правовим режимом належить до конфіденційної, тобто інформації з обмеженим доступом. Лікар зобов'язаний, на вимогу пацієнта, членів його сім'ї або законних представників, надати їм таку інформацію повністю і в доступній формі. В особливих випадках, коли повна інформація може завдати шкоди здоров'ю пацієнта, лікар може її обмежити. У цьому разі він інформує членів сім'ї або законного представника пацієнта, враховуючи особисті інтереси хворого (Конституційний Суд України, Рішення (справа К. Г. Устименка) від 30.10.1997 № 5-зп);

– викладена у доступній формі, вичерпна інформацію про стан свого здоров'я, включаючи медичні факти щодо свого стану, дані про можливий ризик і переваги запропонованих і альтернативних методів лікування, дані щодо можливих наслідків у разі відмови від лікування, інформацію про діагноз, прогноз і план лікувальних заходів (ВООЗ, Декларація про політику в галузі забезпечення прав пацієнта в Європі (1994)).

**МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ** – повне чи часткове відновлення або компенсація порушеної чи втраченої функції, можливе уповільнення захворювання, підтримка фізичних сил особистості.

**МЕДИЧНА НЕДБАЛІСТЬ.** Нездатність лікаря забезпечити стандарти лікування відповідно до стану хворого або недостатня майстерність, недбалість у наданні допомоги пацієнту, які є безпосередньою причиною шкоди для пацієнта (Всесвітня медична асоціація, Положення про медичну недбалість (1992)).

**МЕДИЧНА ТАЄМНИЦЯ.** Уся інформація, отримана в процесі надання медичної допомоги, яка не підлягає розголошенню, крім випадків, передбачених законодавством, про яку медичним працівникам та іншим особам стало відомо у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків чи громадською діяльністю.

**МЕДИЧНЕ ВТРУЧАННЯ.** Застосування методів діагностики, профілактики або лікування, пов'язаних із впливом на організм людини, що допускається лише за умови, що воно не може завдати шкоди здоров'ю пацієнта (Верховна Рада України, Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ).

**МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ.** Діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб – підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію в установленому порядку, у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою (Верховна Рада України, Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ).

**МЕДИЧНЕ ПРАВО.** Комплексна галузь права. Сукупність правових норм, які регулюють суспільні відносини, що виникають у процесі надання медичної допомоги, з метою забезпечення прав людини у сфері охорони здоров'я.

**МЕДІАЦІЯ (ПОСЕРЕДНИЦТВО).** Чітко структурований процес професійного втручання, зорієнтований на виконання завдання для вирішення конфлікту з позиції непротистояння. Його призначення – залишити максимально можливий контроль за ухваленням рішень учасникам конфлікту і водночас надати повноваження керувати процесом розв'язання спірних питань третій стороні – посередникові.

**МЕНЕДЖМЕНТ У СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ** – управління, яке здійснюють в особливій сфері соц. діяльності – соц. роботі, спрямованій на надання допомоги, підтримки, захист усіх людей, насамперед т. зв. уразливих прошарків та груп. Об'єкти управління у М.с.р. – соц. працівники, співробітники, вся система взаємовідносин, що склалася між людьми у процесі соц. захисту населення. Суб'єктами М.с.р. виступають керівники соц. служб та сформовані ними органи управління, які наділені управлінськими функціями.

**МЕРЕЖА ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.** Сукупність закладів охорони здоров'я, що забезпечують потреби населення у медичному обслуговуванні на відповідній території (Верховна Рада України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ).

**МЕТОДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ.** Офіційні документи, що визначають способи практичного виконання будь-яких видів робіт (дій) у галузі статистики. До методичної документації належать методики, інструкції та роз'яснення.

**МЕТОДИКА** – офіційний документ, що містить детальний опис способу виконання робіт, здійснення конкретних організаційних та технологічних операцій, процедур тощо у ході проведення статистичного спостереження під час опрацювання, узагальнення, аналізу, поширення, збереження, захисту та використання його результатів.

**МЕТОДОЛОГІЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ.** Офіційні документи, які визначають наукові методи та правила статистичного вивчення масових соціально-економічних явищ і процесів, а також принципи організації статистичної діяльності (збирання, опрацювання, аналізу, поширення, збереження, захисту та використання статистичної інформації). До методологічної документації належать *концепції та методологічні положення (основи)*.

*Концепція* – офіційний документ, що містить єдиний визначальний задум, основну ідею і трактування або систему поглядів на те чи інше явище чи процес, та сукупність принципів дослідження, що стосується статистики як галузі знання в цілому або певного її питання.

*Методологічні положення (основи)* – офіційний документ, який висвітлює основний задум, наукове ствердження, головні положення, зведення правил та сукупність методів, що стосуються статистики як галузі знання в цілому або певного її питання.

**МІНІМАЛЬНА АБСОЛЮТНА СМЕРТЕЛЬНА ДОЗА (МАСД)** – величина, яка характеризує граничні можливості захисних механізмів організму людини протистояти пошкодженню, що завдає радіація. На сьогодні вона дорівнює 600 рад.

**МОНІТОРИНГ РАДІАЦІЙНО-ЕКОЛОГІЧНИЙ** – система визначення вмісту радіонуклідів у компонентах навколишнього природного середовища, доз опромінення населення та їхнє прогнозування з метою здобуття достовірної інформації про радіаційну ситуацію певного регіону чи країни. Потрібний для прийняття рішень щодо необхідності

оптимізаційного втручання та визначення його форми, масштабу та тривалості.

**МОРАЛЬНА ШКОДА.** Втрати немайнового характеру внаслідок моральних чи фізичних страждань або інших негативних явищ, заподіяних фізичній чи юридичній особі незаконними діями або бездіяльністю інших осіб (Пленум Верховного Суду України, Постанова «Про судову практику в справах про відшкодування моральної (немайнової) шкоди» від 31.03.1995 № 4).

## Н

**НАБУТА БЕЗПОРАДНІСТЬ** – психологічний стан людини, за якого вона, не маючи впливу на події і процеси свого життя, починає вірити, що жодна діяльність не матиме для неї корисних результатів, унаслідок чого втрачає здатність засвоювати корисні моделі поведінки. Втративши мотивацію, людина стає стурбованою, пригніченою тощо.

**НАВИЧКА** – уміння, дії, що виконуються внаслідок певної діяльності, які завдяки численним повторенням стають автоматичними і виконуються без свідомого контролю.

**НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА** (у закладі вищої освіти) – педагогічно адаптована система понять про явища, закономірності, закони, теорії, методи тощо будь-якої галузі діяльності (або сукупності різних галузей діяльності) із визначенням потрібного рівня сформованості у тих, хто навчається, певної сукупності умінь і навичок.

Навчальний елемент (дидактична одиниця) – мінімальна доза навчальної інформації, що зберігає властивості навчального об'єкта.

**НАВЧАЛЬНИЙ ОБ'ЄКТ** – навчальна інформація певного обсягу, що має самостійну логічну структуру та зміст і дає змогу оперувати цією інформацією у процесі розумової діяльності.

**НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН** – складова стандартів вищої освіти вищих навчальних закладів, яка розробляється на основі освітньо-професійної програми та структурно – логічної схеми підготовки і визначає графік навчального процесу, перелік, послідовність та час вивчення навчальних дисциплін (практик), види навчальних занять та терміни їх проведення, а також форми проведення підсумкового контролю.

**НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВДОМА.** Система надання медичної допомоги (надання медичних послуг) особам, які не можуть за станом здоров'я з'явитися на амбулаторний прийом, а також хворим, які потребують стаціонарного лікування, але не госпіталізованих з низки причин. Організація Н. м. д. може здійснюватись централізовано, коли створюється спеціалізований підрозділ.

**НАДЗВИЧАЙНА СИТУАЦІЯ (НС)** – порушення нормальних умов життя та діяльності людей на об'єкті або території, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом, епідемією, епізоотією, епіфітотією, великою пожежею, застосуванням засобів ураження, що призвели або можуть призвести до людських і матеріальних втрат.

**НАДХОДЖЕННЯ ІНГАЛЯЦІЙНЕ** – проникнення радіоактивних речовин через дихальну систему, систему травлення та шкіру людини.

**НАДХОДЖЕННЯ ПЕРОРАЛЬНЕ** – проникнення радіоактивних речовин у систему травлення через ротову порожнину людини.

**НАКОПИЧЕННЯ ДАНИХ.** Технологічна операція, що полягає у поєднанні й систематизації даних (відомостей).

**НАЛЕЖНЕ ВРЯДУВАННЯ (*Good Governance*)** – нова концепція управління, що визначає механізми, процеси та структури, за допомогою яких органи влади, громадяни та соціальні групи координують свої інтереси, використовують права та виконують обов'язки, а також виступають посередниками у вирішенні проблемних питань розвитку суспільства.

**НАПВЛЕТАЛЬНА ДОЗА** – отримана населенням доза, внаслідок чого протягом 30 діб гине 50 % людей, які зазнали однократного опромінення, що становить 300–500 рад.

### **НАРОДНА МЕДИЦИНА**

– методи оздоровлення, профілактики, діагностики і лікування, що ґрунтуються на досвіді багатьох поколінь людей, усталені в народних традиціях і не потребують державної реєстрації (Верховна Рада України, Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ);

– сума всіх знань і практичних методів, що застосовуються для діагностики, профілактики і ліквідації порушень фізичної і психічної рівноваги і спираються винятково на практичний досвід і спостереження, які передаються з покоління в покоління як в усній, так і в письмовій формах (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про надання спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної нетрадиційної медицини» від 10.08.2000 № 195).

**НАСИЛЬСТВО В СІМ'Ї** – будь-які умисні дії фізичного, сексуального, психологічного чи економічного спрямування одного члена сім'ї стосовно іншого, які порушують конституційні права і свободи людини та громадянина, завдають моральної шкоди, а також шкоди фізичному, психічному здоров'ю.

**НАСИЛЬСТВО ЕКОНОМІЧНЕ** – створення повної економічної залежності від когось, повний контроль за витратами грошей.

**НАСИЛЬСТВО ПСИХОЛОГІЧНЕ** – вплив на психіку людини шляхом залякування, погроз (зокрема, фізичною розправою) щоб зламати волю до опору, відстоювання своїх прав та інтересів. Примушення людини робити те, що суперечить її моральним принципам, висміювання, приниження гідності, дратування, кривдження, залякування.

**НАСИЛЬСТВО ФІЗИЧНЕ** – безпосередній вплив на організм людини, завдання фізичної шкоди (тілесні ушкодження, різноманітні мордування).

**НАСЛІДУВАННЯ** – копіювання певних зразків діяльності у поведінці.

**НАЦІОНАЛЬНА САМОІДЕНТИФІКАЦІЯ** – складова процесу формування соціальної визначеності та самовизначеності особистості, пов'язана з формуванням суспільних відносин особистості у структурі етносу, становленням відповідних мотивацій, цінностей, життєвих орієнтирів, ідеалів та норм, почуттів, світогляду, самосвідомості.

**НЕБЕЗПЕЧНА ПОВЕДІНКА** – цілком визначена низка вчинків, результатом яких є втрата здоров'я.

**НЕБЛАГОПОЛУЧНА СІМ'Я** – сім'я, яка через об'єктивні або суб'єктивні причини втратила свої виховні можливості,

внаслідок чого в ній склалися несприятливі умови для виховання дітей.

**НЕВЕРБАЛЬНІ ЗАСОБИ СПІЛКУВАННЯ** – елементи спілкування, які мають не вимовну, не словесну, а семіотичну (знакову) природу і разом із мовними засобами служать передаванню інформації. До них належать кінесика (міміка, постава, жести, хода), проксемика (просторове розміщення співбесідників), графеміка (почерк), такесика (потиски рук, дотики), екстралінгвістика (паузи, кашель, зітхання, сміх, плач) та ін.

**НЕВИЧЕРПНІ ПРИРОДНІ РЕСУРСИ** – природні ресурси, недостача в яких не відчувається в наш час і не передбачається в майбутньому. До них належать водні ресурси, енергія вітру, ресурси сонячної енергії, теплова енергія надр Землі.

**НЕВІДНОВНІ ПРИРОДНІ РЕСУРСИ** – природні ресурси, які не самовідновлюються. До них належать нафта, газ, вугілля, осадові породи. Використання невідновних природних ресурсів призводить до їх виснаження і забруднення навколишнього середовища

**НЕЗАКОННА ЛІКУВАЛЬНА ДІЯЛЬНІСТЬ.** Заняття лікувальною діяльністю без спеціального дозволу, здійснюване особою, яка не має належної медичної освіти (Верховна Рада України, Кримінальний кодекс від 05.04.2001 № 2341-III).

**НЕКРОЗ** – повне або часткове відмирання тканин у живому організмі. Некроз листків рослин найчастіше відбувається під впливом забруднюючих речовин- оксидів сірки, азоту, сполук фтору, озону.

**НЕСПРИЯТЛИВІ І НЕБЕЗПЕЧНІ ПРИРОДНІ ЯВИЩА** – явища в навколишньому середовищі, які являють небезпеку для людини і її господарської діяльності. Розрізняють наступні несприятливі і небезпечні природні явища: космічні – магнітні бурі, падіння метеоритів, сонячна активність та інші; геологічні – землетруси, виверження вулканів, цунамі; геоморфологічні – зсуви, обвали, селі, лавини та інші; кліматичні – смерчі, тайфуни, ерозія ґрунтів, вітровали та інші.

**НЕТРАДИЦІЙНА МЕДИЦИНА.** Знання та практичні методи народної медицини, які мають певного автора (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про надання



спеціального дозволу на медичну діяльність у галузі народної нетрадиційної медицини» від 10.08.2000 № 195).

**НЕПОВНОЛІТНЯ ОСОБА.** Дитина віком від чотирнадцяти до вісімнадцяти років, наділена неповною цивільною дієздатністю (Верховна Рада України, Сімейний кодекс від 10.01.2002 № 2947; Верховна Рада України, Цивільний кодекс від 16.01.2003 № 435-IV).

**НЕПРАЦЕЗДАТНІСТЬ (УТРАТА ПРАЦЕЗДАТНОСТІ).** Стан здоров'я (функцій організму) людини, обумовлений захворюванням, травмою тощо, який унеможливорює виконання роботи визначеного обсягу, професії без шкоди для здоров'я (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності» від 09.04.2008 № 189).

**НІКОТИН** – речовина, яка міститься в листках тютюну і деяких інших рослин. Сильна отрута. В невеликих кількостях діє як збудник нервової системи, у великих – викликає її параліч. Підвищена частота захворювань раком легень у курців зумовлена вмістом у тютюновому димі смол та кадмію.

**НІТРАТИ** – солі і ефіри азотної кислоти  $\text{HNO}_3$ . Нітрати органічного походження кристалічні речовини – солі, неорганічного – рідини. Застосовуються у вигляді добрив і у виробництві вибухових речовин. Надмірне застосування мінеральних добрив для вирощування сільгосппродукції призводить до підвищеного вмісту нітратів в харчових продуктах. Це в свою чергу призводить до захворювань людини і тварин, що полягає в окисленні гемоглобіну крові, і викликає пригнічення дихання і головний біль.

**НІТРИТИ** – солі і ефіри кислоти  $\text{HNO}_2$ . Мають окисні і відновні властивості. В разі потрапляння в організм у підвищених концентраціях мають більшу отруйну дію, ніж нітрати. Крім того, вони можуть мати канцерогенну дію.

**НОРМА** – сукупність формальних і неформальних вимог, що регулюють певні дії та поведінку суб'єктів системи вищої освіти та учасників освітянського процесу.

**НОРМАТИВ** – розрахункова величина витрат освітянських ресурсів, що характеризує оптимальний стан освітянського процесу.

**НОРМАТИВНИЙ ТЕРМІН НАВЧАННЯ** – термін навчання за денною (очною) формою, необхідний для засвоєння особою нормативної та вибіркової частин змісту навчання і встановлений стандартом вищої освіти.

## О

**ОБВИНУВАЧУВАНИЙ** – особа, щодо якої на підставі достатності доказів про скоєння нею злочину в установленому законом порядку винесена постанова про притягнення до участі в справі як О. З моменту визнання особи О. до неї можуть бути застосовані заходи процесуального примусу.

**ОБ'ЄДНАННЯ ГРОМАДЯН** – добровільне громадське формування, утворене на основі єдності інтересів громадян з метою спільної реалізації прав і свобод. О. г. є політ. партії, громадські організації, профспілки, реліг., кооперативні організації. О. г., що мають за мету одержання прибутків, комерційні фонди, органи громадської самодіяльності, ін. О. г., порядок створення і діяльність яких визначає Закон України «Про об'єднання громадян».

**ОБ'ЄКТ ДІЯЛЬНОСТІ** – процеси, або(та) явища, або(та) матеріальні об'єкти, на які спрямована діяльність суб'єкта діяльності (наприклад, двигун внутрішнього згоряння, організаційно – економічна система, технологія галузі тощо).

**ОБ'ЄКТ СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ.** Сукупність одиниць спостереження, що визначають собою явище (у статистиці – сукупність статистична) і підлягають статистичному спостереженню.

**ОБМЕЖЕНА ЦИВІЛЬНА ДІЄЗДАТНІСТЬ.** За рішенням суду фізична особа може бути обмежена у цивільній дієздатності, якщо вона страждає на психічний розлад, який істотно впливає на її здатність усвідомлювати значення своїх дій та / або керувати ними, а також якщо вона зловживає спиртними напоями, наркотичними засобами, токсичними речовинами тощо і цим ставить себе чи свою сім'ю, а також інших осіб, яких вона за законом зобов'язана утримувати, у скрутне матеріальне становище. Над фізичною особою, цивільна дієздатність якої обмежена, встановлюється піклування. Фізична особа, цивільна дієздатність якої обмежена, може самостійно вчиняти лише дрібні побутові правочини. Правочини щодо розпорядження майном та

інші правочини, що виходять за межі дрібних побутових, вчиняються особою, цивільна дієдатність якої обмежена, за згодою піклувальника. Одержання заробітку, пенсії, стипендії, інших доходів особи, цивільна дієдатність якої обмежена, та розпоряджання ними здійснюються піклувальником. Піклувальник може письмово дозволити фізичній особі, цивільна дієдатність якої обмежена, самостійно одержувати заробіток, пенсію, стипендію, інші доходи та розпоряджатися ними.

Особа, цивільна дієдатність якої обмежена, самостійно несе відповідальність за порушення нею договору, укладеного за згодою піклувальника, та за шкоду, що завдана нею іншій особі (Верховна Рада України, Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV).

**ОДИНИЦЯ ВИМІРЮВАННЯ СТАТИСТИЧНОГО ПОКАЗНИКА.** Величина, з якою порівнюються, а також в якій відображаються інші однорідні з нею величини, наприклад, маси – кілограм, довжини – метр тощо. Розрізняють одиниці вимірювання натуральні, умовно-натуральні та вартісні (грошові).

**ОДИНИЦЯ СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ.** Первинний елемент об'єкта статистичного спостереження, який є носієм ознак, що підлягають реєстрації у ході статистичного спостереження.

**ОЗНАКИ ОДИНИЦІ СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ.** Властивості, які відображають сутність, характер та особливості одиниці статистичного спостереження. За формою вираження ознаки можуть бути *кількісними й атрибутивними*.

Кількісні ознаки характеризують величину, що має числове вираження, можуть бути *дискретними* та *безперервними*.

*Дискретні ознаки* приймають тільки скінченну кількість значень. Як правило, їх отримують у результаті підрахунку (кількість суб'єктів діяльності, чисельність акціонерів, кількість членів домогосподарства);

*Безперервні ознаки* приймають будь-які значення у визначених межах (сума виплачених дивідендів, тривалість перерви у роботі тощо).

Атрибутивні (якісні) ознаки не підлягають числовому вираженню і характеризують якісні властивості одиниці статистичного спостереження, наприклад ім'я, назва, тип тощо.

**ОПРОМІНЕННЯ** – вплив на живу і неживу природу будь-яких видів випромінювань. Під дією опромінення можуть змінюватися властивості неживих об'єктів.

**ОПТИМАЛЬНІ УМОВИ ПРАЦІ.** Такі умови, при яких зберігається не лише здоров'я працюючих, а й створюються передумови для підтримання високого рівня працездатності. Оптимальні гігієнічні нормативи виробничих факторів встановлені для мікроклімату і факторів трудового процесу. Для інших факторів за оптимальні умовно приймаються такі умови праці, за яких несприятливі фактори виробничого середовища не перевищують рівнів, прийнятих за безпечні для населення (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Гігієнічної класифікації праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу» від 27.12.2001 № 528).

**ОРГАНИ, ЯКІ ЗДІЙСНЮЮТЬ СТАТИСТИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ.** Органи, які відповідно до законодавства здійснюють збирання, опрацювання, аналіз, поширення, збереження, захист і використання статистичної інформації щодо масових явищ і процесів, які відбуваються в економічній, соціальній та інших сферах життя України та її регіонів.

**ОРГАНІЗАЦІЇ МОЛОДІЖНІ ГРОМАДСЬКІ** – об'єднання громадян віком від 14 до 18 років, метою яких є здійснення діяльності, спрямованої на задоволення та захист своїх законних соц., екон., творчих, духовних та ін. спільних інтересів. О. м. г. утворюються і діють на засадах добровільності, рівноправності їх членів, самоврядування, законності та гласності, зокрема, зобов'язані доводити до відома громадськості відомості про свою діяльність у формах, що не суперечать законодавству; інформація, що міститься у статутах, про склад керівних органів, про джерела матер. та ін. надходжень, а також інформація, пов'язана з діяльністю організацій, не є конфіденційною або іншою інформацією, яка охороняється законом. Засновниками О. м. г. можуть бути громадяни України, а також іноземці та особи без

громадянства, що перебувають в Україні на законних підставах, які досягли 15– річного віку. Членами О. м. г. можуть бути громадяни України, а також іноземці та особи без громадянства, які перебувають в Україні на законних підставах. Членами молодіжних громадських організацій можуть бути особи віком від 14 до 28 років, членами дитячих громадських організацій – особи віком від 6 до 18 років. Вступ неповнолітніх віком до 10 років до дитячих громадських організацій здійснюється за письмовою згодою батьків, усиновителів, опікунів або піклувальників. Особи старшого віку можуть бути членами О. м. г. за умови, якщо їхня кількість у цих організаціях не перевищує третину заг. кількості членів; у складі виборних органів О. м. г. кількість осіб старшого віку не може перевищувати третину членів виборних органів. Обмеження щодо кількості осіб, вік яких перевищує відповідно 28 та 18 років, у складі виборних органів не поширюється на спілки молодіжних та дитячих громадських організацій.

### **ОРГАНІЗАЦІЙНА ФОРМА СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ:**

*Статистична звітність.* Форма статистичного спостереження, яка передбачає регулярне заповнення та подання респондентами до органів державної статистики спеціально затверджених документів (форм).

*Спеціально організоване статистичне спостереження* – форма статистичного спостереження, яка охоплює сфери суспільного життя, що не відображені у статистичній звітності. До них належать *переписи, обліки, спеціальні обстеження, опитування.*

**Перепис** – суцільне або вибіркоче статистичне спостереження за масовими явищами та процесами з метою визначення їх розміру та складу станом на певну дату.

**Облік** – суцільне статистичне спостереження за масовими явищами та процесами, яке ґрунтуються на даних огляду, опитування та документальних записів.

**Спеціальне обстеження** – несцільне статистичне спостереження за певними масовими явищами та процесами відповідно до тематики, яка виходить за межі статистичної звітності.

**Опитування** – це, як правило, несуцільне статистичне спостереження висловлених респондентами думок, мотивів, оцінок, що реєструються з їх слів або безпосередньо респондентами при заповненні анкети.

*Реєстр.* Форма статистичного спостереження, яка полягає у формуванні й оновленні списку або переліку одиниць статистичної сукупності із зазначенням певних ознак. Реєстр складається один раз та в подальшому ведеться шляхом постійної актуалізації його інформації.

**ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПИТАННЯ ПЛАНУ СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ.** Перелік пунктів плану статистичного спостереження, які відповідають на питання: хто проводить статистичне спостереження (органи та персонал), де проводиться статистичне спостереження (місце проведення статистичного спостереження), коли проводиться статистичне спостереження (календар статистичного спостереження), які є джерела отримання даних, носії даних та способи їх отримання, а також містить опис фінансового та кадрового забезпечення проведення статистичного спостереження.

**ОРІЄНТОВНА ОСНОВА ДІЇ** – система уявлень людини про мету, план та засоби виконання дії.

**ОСВІТА «РІВНИЙ-РІВНОМУ»** – процес виховного впливу через однолітків. Освіта «р–р» спрямована на формування соціально відповідальної поведінки як фактора запобігання вживанню наркотиків, ВІЛ / СНІДу тощо.

**ОСВІТНЯ ДІЯЛЬНІСТЬ** – діяльність, пов’язана з наданням послуг для здобуття вищої освіти, з видачею відповідного документа.

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ДАНИХ СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ.** Визначення вимірів, які використовуються для оцінювання якості даних статистичного спостереження:

- відповідність / релевантність,
- точність / надійність,
- своєчасність та пунктуальність,
- доступність та зрозумілість / ясність,
- послідовність / узгодженість та зіставність / порівнянність

*Відповідність / Релевантність (Relevance)* показує ступінь задоволення поточних та потенційних потреб користувачів у статистичних даних. Вона свідчить про те, чи всі необхідні статистичні дані розроблені і якою мірою поняття, що використовуються (визначення, класифікації та ін.), відображають потреби користувачів.

*Точність / Надійність (Accuracy)* показує ступінь наближеності розрахунку або оцінок до точного або дійсного значення.

*Своєчасність та пунктуальність (Timeliness and punctuality).* Своєчасність характеризує інтервал часу між моментом (періодом), у який відбувалося явище або процес, що описують статистичні дані, та датою готовності (подання) цих даних. Пунктуальність характеризує інтервал часу між датою публікації даних і датою, на яку планували їх випуск і яку було заздалегідь анонсовано.

*Доступність (Accessibility) та зрозумілість / ясність (clarity).* Доступність статистичних продуктів показує, наскільки легко користувачі можуть отримати дані. Вона визначається фізичними умовами, за якими користувачі можуть отримати статистичні дані: способи та місця отримання даних, процедури замовлення, час, необхідний для виконання замовлень, політика ціноутворення, існуючі маркетингові умови (авторське право та ін.), формати, в яких дані можуть бути надані користувачам (паперові носії, електронні носії, CD-ROM, Інтернет та ін.), наявність макро- та мікроданих тощо. Зрозумілість / Ясність статистичних продуктів показує, наскільки легко користувачі можуть зрозуміти дані. Вона характеризує інформаційне середовище даних: наявність та якість метаданих, що надаються зі статистичними даними (текстова інформація, пояснення, документація та ін.), ілюстрації (діаграми, мапи, схеми та ін.), наявність пояснень щодо якості даних (включаючи обмеження у використанні) та відомості про те, наскільки виробник готовий надати додаткову допомогу (супровід даних).

*Послідовність / Узгодженість (Coherence) та зіставність / порівнянність (comparability).* Послідовність / Узгодженість двох або більше статистичних продуктів показує наскільки у статистичних процесах, у рамках

яких вони вироблялися, використовували однакові концепції, класифікації, визначення і сукупності, що вивчаються, а також гармонізовані методи. Послідовні статистичні продукти дозволяється об'єднувати і використовувати спільно. Приклади спільного використання – коли статистичні продукти стосуються одного й того ж населення, базового періоду і регіону, але охоплюють різні об'єкти даних (скажімо, дані щодо зайнятості й дані щодо виробництва) або, коли вони охоплюють однакові об'єкти даних (скажімо, дані щодо зайнятості), але для різних базових періодів, регіонів, або інших сфер діяльності. Зіставність / Порівнянність є окремим випадком послідовності та згадується в останньому прикладі, коли статистичні продукти відносяться до тих самих об'єктів даних, а мета їх об'єднання – зробити порівняння у часі або за регіонами, або за іншими сферами діяльності.

### **ОЦІНКА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.**

Визначення відповідності наданої медичної допомоги встановленим на даний час стандартам, очікуванням і потребам окремих пацієнтів і груп населення (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якістю медичної допомоги» від 20.07.2011 № 427).

## **П**

**ПАБЛІК РІЛЕЙШНЗ** – системи дій із встановлення взаємовигідних відносин між організацією і громадськістю, від позиції якої залежить успіх організації.

**ПАМ'ЯТКИ ПРИРОДИ** – цінні в науковому відношенні об'єкти природи (джерело, водоспад та інші), що охороняються державою.

**ПАНДЕМІЯ** – епідемія, що охоплює більшу частину населення країни, групи країн, континенту або світу: наприклад грипу, СНІДу.

**ПАРТНЕРСТВО СОЦІАЛЬНЕ** – форма регулювання соц.-трудових відносин між соц. суб'єктами шляхом розроблення й реалізації спільних соц.-трудових договорів, програм чи угод на визначені терміни. П. с. може бути двостороннім – між підприємцем та профспілками. П. с. здійснюють на рівні окремого підприємства, регіону чи галузі у формі укладення договорів. Предметом укладання



договорів є тарифні угоди, що обумовлюють взаємні обов'язки сторін у виробничій, трудовій та соц. сферах. Наріжним каменем ідеології П. с. є положення про необхідність забезпечення кожної людини певною сукупністю соц. прав, осн. з яких є: право на працю, оплату праці, участь у розробці процедур розподілу прибутків та їх отримання, рівень і якість життя; участь у володінні власністю підприємства до контрольного пакета акцій включно; участь в управлінні підприємством (членство в радах управляючих, різноманітних комісіях, виборчих радах тощо).

**ПАЦІЄНТ.** Фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та / або якій надається така допомога (Верховна Рада України, Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ).

**ПЕРВИННА ДОКУМЕНТАЦІЯ.** Вихідні документи, дані і записи (наприклад, історії хвороби, амбулаторні карти, лабораторні записи, службові записки, щоденники учасників досліджень або опитувальники, протоколи трансплантації, роздруківки показань приладів, верифіковані та засвідчені копії або розшифровки фонограм, фотографічні негативи, мікроплівки або магнітні носії, рентгенівські знімки, адміністративні документи, записи тощо). (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Порядку проведення клінічних випробувань тканинних і клітинних трансплантантів та експертизи матеріалів клінічних випробувань й унесення змін до Порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 13.02.2006 № 66» від 10.10.2007 № 630).

**ПЕРВИННА ПОСАДА** – посада, що не потребує від випускників навчального закладу попереднього досвіду професійної практичної діяльності.

**ПЕРЕПИСНИЙ (ОПИТУВАЛЬНИЙ) ЛИСТ.** Форма (бланк) державного статистичного спостереження, за якою респонденти подають інформацію органам державної статистики під час проведення спеціально організованих державних статистичних спостережень, таких як переписи та опитування. Переписний (опитувальний) лист може заповнюватись респондентом або фахівцем з інтерв'ювання зі слів респондента.

**ПЕРІОД НАПІВВИВЕДЕННЯ** – час, протягом якого активність радіонуклідів в організмі людини або певній його частині зменшується удвічі в результаті дії екологічних процесів та шляхом радіоактивного розпаду радіонукліда.

**ПЕРІОД НАПІВРОЗПАДУ** – характеристика процесу радіоактивного розпаду, що відповідає часу, протягом якого кількість ядер певного радіонукліду унаслідок спонтанних ядерних перетворень зменшується удвічі.

**ПІДГОТОВКА ДАНИХ** Сукупність технологічних операцій обробки даних з використанням пристроїв комп'ютерної техніки, що включає введення, кодування, контроль і редагування даних.

**ПІДСВІДОМИЙ АВТОМАТИЗМ ПОВЕДІНКИ** – особливість організації екстремальної поведінки, що характеризується втратою свідомого контролю, звуженням сприймання, домінуванням рефлексії, імпульсивності та наслідування.

**ПІДТРИМКА КЛІЄНТА ВЕРБАЛЬНА** – засіб мовного стимулювання клієнта до активного співробітництва з консультантом під час проведення психол. консультації; використання консультантом різноманітних висловлювань для зняття психол. напруги у клієнта, особливо на стадії проведення сповіді.

**ПІДТРИМКА КЛІЄНТА МОРАЛЬНА** – обов'язок консультанта створювати терапевтичний клімат взаємної довіри, прийняття та відповідальності в процесі консультування. В. Асеев відзначав, що важливим завданням консультанта є навчання людей досягати таких рівнів функціональної мобілізації, вольової напруги, які матимуть попит у житті; навчити клієнта психологічній адаптації до широкого діапазону змін у рівнях задоволення потреб, які відображають очікувані коливання умов його життєдіяльності. Силу особистості визначають так званою філософією оптимізму, тобто вірою в майбутнє, але не вірою інертною, а такою, яка ґрунтується на усвідомленні своєї здатності відстояти майбутнє, якби не склались обставини. Таким чином, консультант забезпечує духовну підтримку, життєву спрямованість, зміст життя, життєву філософію, яка передбачає співвіднесення форм активності, ініціативи, відповідальності, обов'язку.

**ПІДХОДИ В СОЦІАЛЬНІЙ РОБОТІ ОСНОВНІ** – серед них виділяють: 1) діагностичний підхід, спрямований на встановлення точного діагнозу і наступне лікування; 2) функціональний підхід, основою якого є бажання перемін у клієнта, його здібності до сприйняття допомоги; 3) соціально-психологічний підхід, який будується на тому, що соціальний працівник повинен приймати клієнта таким, яким він є, виявляючи до нього повагу; в центрі уваги повинні бути потреби клієнта; розуміння клієнта повинно бути наук. обґрунтованим і об'єктивним; соціальний працівник повинен поважати право клієнта на прийняття власного рішення; 4) індивідуальна психотерапія, центр. моментом якої є здатність у кожному конкретному випадку здійснити оцінку, поставити соціальний діагноз і взяти його за основу при виборі методу допомоги.

**ПОВЕДІНКА ПРАВОВА** – це сукупність соціально значущих, виражених зовні у вигляді дій або бездіяльності вчинків, що мають свідомо вольовий характер, регламентуються нормами права і обумовлюють правові наслідки. Основною ознакою є соціальна значимість, яка проявляється в соціальній корисності або в соціальній шкідливості.

**ПОВНА ЗАЙНЯТІСТЬ** – стан економіки, за якого кількість вакансій відповідає чисельності безробітних або перевищує його. 100-відсоткова зайнятість неможлива, оскільки є природний рівень безробіття, який у будь-якій країні становить 4–7 %.

**ПОГЛИНУТА ДОЗА** – енергія будь-якого виду іонізуючого випромінювання, поглинута 1 г живої або неживої речовини. За одиницю поглинутої дози прийнято 1 рад, в системі СІ – 1 грей. Потужність поглинутої дози – це енергія, поглинута речовиною за одиницю часу. Поглинута доза служить характеристикою радіаційної небезпеки.

**ПОКАЗНИК ЯКОСТІ ВИЩОЇ ОСВІТИ** – кількісна характеристика якості особистості випускника вищого навчального закладу, що розглядається стосовно певних умов його навчання та сфери майбутньої соціальної діяльності.

**ПОЛОГОВИЙ БУДИНОК.** Самостійний лікувально-профілактичний заклад, який забезпечує надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної стаціонарної допомоги (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про організацію

надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні» від 29.12. 2003 № 620).

**ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)** – це непсихотична, відстрокована реакція на вплив травмуючих ситуативних чинників життєдіяльності, що призводить до стійких негативних соматичних і психічних змін в особистості і потребує невідкладної системної колекційної допомоги.

**ПРАВО НА ІНФОРМАЦІЮ ПРО СТАН СВОГО ЗДОРОВ'Я.** Повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я. Батьки (усиновлювачі), опікун, піклувальник мають право на інформацію про стан здоров'я дитини або підопічного (Верховна Рада України, Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV).

**ПРИМУСОВЕ ЛІКУВАННЯ.** Кримінально-правовий захід державного примусу, який застосовується судом, незалежно від призначеного покарання, до осіб, які вчинили злочини та мають хворобу, що становить небезпеку для здоров'я інших осіб (Верховна Рада України, Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III).

**ПРИМУСОВЕ ЛІКУВАННЯ НАРКОМАНІЇ.** Лікування на підставі судового рішення хворого на наркоманію, який ухиляється від добровільного лікування або продовжує вживати наркотичні засоби без призначення лікаря і порушує права інших осіб (Верховна Рада Україна, Закон «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15.02. 1995 № 62 / 95-ВР).

**ПРИМУСОВІ ЗАХОДИ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ.** Надання амбулаторної психіатричної допомоги, поміщення особи, яка вчинила суспільно небезпечне діяння, що підпадає під ознаки діяння, передбаченого Особливою частиною цього Кодексу, в спеціальний лікувальний заклад з метою її обов'язкового лікування, а також запобігання вчиненню нею суспільно небезпечних діянь.

Примусові заходи медичного характеру можуть бути застосовані судом до осіб:

- які вчинили у стані неосудності суспільно небезпечні діяння;
- які вчинили у стані обмеженої осудності злочини;
- які вчинили злочин у стані осудності, але захворіли на психічну хворобу до постановлення вироку або під час відбування покарання.

Залежно від характеру та тяжкості захворювання, тяжкості вчиненого діяння, з урахуванням ступеня небезпечності психічно хворого для себе або інших осіб, суд може застосувати такі примусові заходи медичного характеру:

- надання амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку;
- госпіталізація до психіатричного закладу із звичайним наглядом;
- госпіталізація до психіатричного закладу з посиленням наглядом;
- госпіталізація до психіатричного закладу із суворим наглядом

(Верховна Рада України, Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 № 2341-III).

### **ПРИНЦИП ПРЕЗУМПЦІЇ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я.**

Кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлена на підставах і в порядку, передбаченому чинним законодавством (Верховна Рада України, Закон «Про психіатричну допомогу» від 22.02.2000 № 1489-III).

**ПРИРОДНЕ ЗАБРУДНЕННЯ** – забруднення навколишнього середовища, викликане чинниками, не пов'язаними з антропогенною діяльністю людини. Це виверження вулканів, зсуви, пожежі тощо.

**ПРИРОДНЕ СЕРЕДОВИЩЕ** – сукупність природних та змінених людиною абіотичних і біотичних чинників, які впливають на діяльність будь-якого суб'єкта.

**ПРИРОДОТЕРАПІЯ** – позитивний вплив природної інформації на учня з метою формування активної операційно-діяльнійшої життєвої позиції та збереження його особистого здоров'я.

**ПРОБЛЕМА** – ситуація під час діяльності, яка містить суперечності наукового, організаційного або іншого характеру і є перешкодою, що виникає при досягненні суб'єктом цілеспрямованого результату своєї діяльності.

**ПРОГНОЗУВАННЯ СОЦІАЛЬНЕ** – у широкому розумінні – розробка прогнозів у суспільних науках (на відміну від науково-технічного у природничих і технічних науках). Прогнозування соціальне охоплює прогнози: соціально-медичні (охорони здоров'я, в тому числі фізичної культури і спорту); соціально-географічні (перспективи подальшого освоєння земної поверхні, в тому числі газетної справи, радіо і телебачення, кіно і театру, музеїв, клубів і бібліотек, пам'ятників культури і спортивно-туристичних клубів тощо); морально-етичні; державно-правові чи юридичні (розвиток держави, права, прав. відносин); внутрішньої політики своєї й ін. країн; зовнішньополітичні (розвиток політики своєї й ін. країн, міжнародні відносин у цілому); військово-технічні, військово-економічні, військово-політичні, воєнно-стратегічні, військово-тактичні, військово-організаційні прогнози).

**ПРОГРАМА ВТРУЧАННЯ** – структурне втручання задля поліпшення добробуту людей, груп, організацій або громад.

**ПРОГРАМА СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ.** Офіційний документ, що містить перелік запитань, на які потрібно отримати відповіді під час статистичного спостереження. Програма статистичного спостереження встановлює перелік ознак, що підлягають реєстрації по кожній одиниці статистичного спостереження.

**ПРОЛОНГОВАНЕ ОПРОМІНЕННЯ** – радіоактивне опромінення екосистеми чи людини, коли дозу отримують за час, який значно перевищує тривалість гострого опромінення. Під час пролонгованого опромінення стан екосистеми та людини може істотно змінюватися.

**ПРОМЕНЕВА ХВОРОБА** – хвороба, яка настає в результаті дії на організм людини іонізуючого випромінювання при поглинутих дозах, не менших 100бер.

**ПРОФЕСІЙНА ПІДГОТОВКА** – здобуття кваліфікації за відповідним напрямом підготовки або спеціальністю.

**ПРОФЕСІЙНИЙ РИЗИК.** Величина ймовірності порушення (ушкодження) здоров'я з урахуванням тяжкості

наслідків у результаті несприятливого впливу факторів виробничого середовища і трудового процесу. Оцінка професійного ризику проводиться з урахуванням величини експозиції останніх, показників стану здоров'я і втрати працездатності працівників (Міністерство охорони здоров'я, Наказ «Про затвердження Гігієнічної класифікації праці за показниками шкідливості та небезпечності факторів виробничого середовища, важкості та напруженості трудового процесу» від 27.12. 2001 № 528).

**ПРОФЕСІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ.** Захворювання, які виникли внаслідок професійної діяльності працюючого та зумовлені виключно або переважно впливом шкідливих речовин, певних видів робіт та інших факторів, пов'язаних з роботою (Міністерство охорони здоров'я України, Академія медичних наук України, Міністерство праці та соціальної політики України, Наказ «Про затвердження Інструкції про застосування переліку професійних захворювань» від 29.12. 2000 № 68 / 5259).

**ПРОФЕСІЯ** – набір робіт, які характеризуються заданим рівнем збігу основних завдань та обов'язків, що виконуються чи мають бути виконані працівником.

Професія вимагає від працівника потрібного кола знань та вмінь.

**ПРОФІЛАКТИКА** – система заходів, спрямованих на запобігання виникненню й поширенню хвороб, на охорону здоров'я. Існує П. первинна (запобігання захворюванню), вторинна (запобігання повторного захворювання), третинна (запобігання прогресуванню хвороби, запобігання інвалідності). Виділяють три стратегії П.:

1) первинну (стосовно здорового способу життя, заг. мед.-психол.-соц. аспектів);

2) короткотривалу;

3) спеціалізовану (відповідно до форм і проблем). Виділяють наступні підходи до профілактики:

1) інформаційний, суть якого полягає у інформуванні людей про нормативні вимоги, які висувають держава та суспільство;

2) соціально-профілактичний, який полягає у зосередженні на усуненні або пом'якшенні першопричин, конкретних соціальних подразників, які згубно діють на свідомість, а відповідно, і на поведінку людини;

3) медико-біологічний, який полягає у запобіганні можливих відхилень від соціальних норм цілеспрямованими засобами лікувально-профілактичного характеру стосовно тих людей, які страждають на різні аномалії, тобто мають патологію на біол., психол. рівнях. Різні підходи та методики можуть ґрунтуватися на певних моделях. ВООЗ рекомендує 5 моделей:

1) модель моральних принципів підкреслює, що, напр., використання психоактивних речовин або неконтрольована сексуальна активність є аморальними і неетичними;

2) модель залякування ґрунтується на твердженні, що населення можна змусити не робити аморальні, небезпечні вчинки, якщо інформаційні кампанії підкреслюватимуть небезпеку такої поведінки;

3) модель фактичних знань (когнітивна) докладає зусиль для покращання способів передачі та отримання інформації про здоровий спосіб життя та небезпеку деяких захворювань;

4) модель афективного навчання полягає у застосуванні афективних підходів – навчальних методик, які значною мірою фокусуються на корекції деяких особистісних дефіцитів, ніж на проблемі власне захворювання, вживання наркотиків тощо;

5) модель покращання здоров'я можна використовувати як непрямий підхід до заохочення розвитку позитивних звичок.

**ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА.** Комплекс спеціальних заходів, спрямованих на обстеження стану психічного здоров'я осіб на підставах і в порядку, передбачених законами, профілактику, діагностику психічних розладів, лікування, нагляд, догляд і медико-соціальну реабілітацію осіб, які страждають на психічні розлади (Верховна Рада України, Закон «Про психіатричну допомогу» від 22. 02. 2000 № 1489- III).

**ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ** – це комплекс медико-психологічних заходів, направлених на відновлення, корекцію та компенсацію порушень психічних функцій, станів, особистого й соціального статусу осіб, які постраждали у надзвичайних ситуаціях.

**ПТСР (F 43.1)** – розлад, що виникає як відставлена і / або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або затяжну) загрозливого або катастрофічного характеру, що може викликати загальний дистрес майже у будь-якої людини.

## **Р**



**РАД** – позасистемна одиниця поглинутої дози, при якій кількість поглинутої енергії речовини в 1кг дорівнює 0,01 Дж. У Міжнародній системі одиниць (СІ) поглинута доза вимірюється в греях.  $1 \text{ рад} = 0,01 \text{ Дж} / \text{кг} = 0,01 \text{ Гр}$ .

**РАДІАЦІЙНА БЕЗПЕКА** – стан техногенних радіаційноядерних об'єктів та навколишнього природного середовища, що забезпечує неперевищення основних дозових лімітів, будь-яке не виправдане опромінення та зменшення радіаційних доз персоналу і населення.

**РАДІАЦІЙНА ГЕНЕТИКА** – самостійний науковий напрям або розділ радіаційної екології, який вивчає механізми виникнення генетичних, спадкових змін й мутацій унаслідок опромінення клітин, процеси їхнього збереження, перетворення тощо.

**РАДІАЦІЙНИЙ ЗАХИСТ** – сукупність радіаційно-гігієнічних, проектно-конструкторських, технічних та організаційних заходів, спрямованих на забезпечення радіаційної безпеки.

**РАДІАЦІЙНИЙ РИЗИК** – імовірність того, що у людини внаслідок опромінення виникне певний стохастичний ефект. Визначається числом випадків опромінення на певну кількість населення.

**РАДІОАКТИВНЕ ЗАБРУДНЕННЯ** – потрапляння в навколишнє середовище радіоактивних елементів (радіонуклідів), що призводить до підвищеного радіаційного фону. Може відбуватися в результаті аварії на АЕС, застосуванні ядерної зброї. Вимірюється в кюрі або беккерелях.

**РАДІАЦІЙНА ГЕНЕТИКА** – наука про закономірності та механізми виникнення спадкових змін під впливом радіаційного випромінювання.

**РАДІАЦІЙНА ЕКОЛОГІЯ (РАДІОЕКОЛОГІЯ)** – науковий напрям в екології, що досліджує різноманітні аспекти дії іонізуючого випромінювання на екосистеми.

**РАДІАЦІЙНИЙ БАЛАНС** – різниця між сумарною радіацією і відбитою та випромінюванням підстилаючої поверхні.

**РАДІАЦІЙНИЙ ФОН** – інтенсивне радіаційне випромінювання і вміст радіонуклідів природного й штучного походження. Середнє значення радіаційного фону на земній кулі  $17 - 20 \text{ Бк} / \text{м}^3$ . Він зростає із збільшенням висоти над рівнем моря.

**РАДІАЦІЙНО-ЕКОЛОГІЧНИЙ КОНТРОЛЬ** – контроль за дотриманням норм радіаційної безпеки та іншими джерелами іонізуючого випромінювання, а також здобуття інформації про рівні опромінення людей і про радіаційну обстановку в установах та природному середовищі.

**РАДІАЦІЯ** – самовільний розпад ядер радіоактивних елементів, який супроводжується виділенням альфа-, бета-частинок та гама – променів. Радіація властива всім природним хімічним елементам з атомним номером більше 82, а також штучним радіоізотопам.

**РАДІОАКТИВНІ ВІДХОДИ** – радіоактивні елементи, що утворилися в результаті використання радіонуклідів в процесі їх експлуатації на атомних електростанціях, у промисловості, медицині, дослідницьких реакторах. Вони повинні доставлятися в кінцеві сховища (могильники). Особлива небезпека виникає у випадках, коли радіоактивні речовини проникають у ґрунтові води.

**РАДІОБІОЛОГІЯ (РАДІАЦІЙНА БІОЛОГІЯ)** – самостійний науковий напрям або розділ радіаційної екології, який вивчає дію іонізуючого випромінювання на біоценози різних рівнів, у тому числі на тваринні і рослинні угруповання та людину.

**РАДІОІЗОТОПИ** – ізотопи хімічних елементів, які володіють радіоактивністю.

**РАДІОМЕТРИ** – прилади для вимірювання інтенсивності електромагнітного випромінювання, радіоактивності, інтенсивності радіоактивного забруднення поверхні.

**РАДІОНУКЛІД** – радіоактивний атом з певним масовим числом та атомним номером ( $^{90}\text{Sr}$ ,  $^{131}\text{I}$ ,  $^{137}\text{Cs}$  та ін.). Радіонукліди одного й того ж хімічного елемента вважаються його радіоактивними ізотопами.

**РАДІОТОКСИЧНІСТЬ** – властивість радіоактивних речовин призводити до патологічних змін в організмі.

**РЕАБІЛІТАЦІЯ** – 1) відновлення особистісного і сусп. становища хворого за допомогою комплексу мед., соц.-екон., психол., пед., юрид. засобів, спрямованих на запобігання втрати працездатності, інвалідизації, обмеження звичайної діяльності та соц. недостатності. Осн. мета Р. – своєчасне й ефективне повернення хворих та інвалідів у суспільство, до трудової

діяльності, відновлення їхньої індив. та соц. цінності. Мед. заходи (лікування) спрямовані на відновлення здоров'я, їх проводять на всіх етапах Р. Психол. Р. нерозривно пов'язана з мед. і сприяє психол. підготовці хворого до необхідної адаптації, реадaptaції або перекваліфікації при неповному відновленні його профес. навичок. Психол. підготовкою займаються лікар та лікар-психотерапевт. Пед. Р. найчастіше застосовують щодо дітей і підлітків з уродженими і придбаними функціон. обмеженнями (дефектами). Рішення про необхідність Р. дитини виносить спец. комісія. Профес. Р., спрямовану на підготовку інваліда до трудової діяльності, розпочинають одночасно з мед., психол. та ін. заходами. Якість профес. Р. залежить від матер.-техн. оснащення центрів Р., промислових підприємств, шкіл тощо.; 2) комплекс заходів по відновленню порушених функцій у людини, а також у природних систем. Наприклад, відновлення забруднених людиною ландшафтних компонентів – ґрунту, рослинного покриву, тваринного світу.

**РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ ЛІКВІДАЦІЇ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ І ПОСТРАЖДАЛОГО НАСЕЛЕННЯ** – система медичних, психологічних й професійних заходів, направлених на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до втрати працездатності, на ефективне і скоріше повернення учасників ліквідації надзвичайних ситуацій до професійної діяльності, а постраждалого населення – до нормальних життєвих процесів [Большая психологическая энциклопедия. М.: Эксмо, 2007. 544 с.].

**РЕЛАКСАЦІЯ** – загальний психічний стан розслабленості, який виникає після зняття напруженості, зумовленої надсильними переживаннями чи фізичним перевантаженням.

**РІВЕНЬ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ** – характеристика професійної діяльності за ознаками певної сукупності професійних завдань та обов'язків (робіт), що виконує працівник. У сфері праці розрізняють такі рівні професійної діяльності:

– стереотипний (рівень використання) – уміння використовувати налагоджену систему (об'єкт діяльності) під час виконання конкретних завдань діяльності, та знання призначення об'єкта і його основних (характерних) властивостей;

– операторський – уміння готувати (налагоджувати) систему і керувати нею під час виконання конкретних завдань діяльності та знання принципу (основних особливостей) побудови й принципу дії системи на структурно – функціональному рівні;

– експлуатаційний – уміння під час виконання конкретних завдань діяльності тестувати та аналізувати роботу системи з метою виявлення та усунення пошкоджень і знання методів аналізу функціонування системи та методів пошуку й усунення пошкоджень;

– технологічний – уміння під час виконання конкретних завдань діяльності здійснювати розробку систем, що відповідають заданим характеристикам (властивостям), і знання методів синтезу та технологій розробки систем і способів їх моделювання;

дослідницький – уміння проводити дослідження систем з метою перевірки їх відповідності заданим властивостям, уміння вибирати з множини систему, що дозволяє найбільш ефективно вирішувати завдання діяльності, знання методики дослідження систем та методів оцінки ефективності їх застосування.

**РІВЕНЬ ЯКОСТІ ВИЩОЇ ОСВІТИ** – відносна характеристика якості вищої освіти, що ґрунтується на порівнянні значень показників якості, отриманих на підставі діагностичних іспитів випускників вищого навчального закладу, із критеріально-орієнтованим еталоном, що репрезентується стандартом вищої освіти.

**РОЗЛАД ЗДОРОВ'Я.** Безпосередньо пов'язаний з ушкодженням послідовно розвинутий хворобливий процес (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» від 17.01.1995 № 6).

**РОЗЛАД ЗДОРОВ'Я КОРОТКОЧАСНИЙ.** Розлад здоров'я тривалістю понад шість днів, але не більш ніж три тижні (21 день) (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» від 17.01.1995 № 6).

**РОЗЛАД ЗДОРОВ'Я ТРИВАЛИЙ.** Розлад здоров'я строком понад 3 тижні (більш ніж 21 день) (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Правил судово-

медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» від 17.01.1995 № 6).

**РОЗ'ЯСНЕННЯ (ВКАЗІВКИ, РЕКОМЕНДАЦІЇ)** – офіційний документ, що містить детальні пояснення стосовно окремих питань або аспектів організації та проведення статистичного спостереження. При цьому вказівки мають статус керівної настанови, а рекомендації – поради, пропозиції або побажання.

## С

**САМОНАВІЮВАННЯ (АУТОСУГЕСТІЯ)** – особливий вид психічного впливу людини на саму себе (на відміну від гетеросугестії, що полягає у психічному впливі однієї людини на іншу чи групу людей). За змістом і наслідками С. може бути позит. і негат. Позит. С. спрямоване на самовиховання, мобілізацію фіз. та інтелектуальних можливостей особистості. Прикладом цілеспрямованого С. є автогенне тренування. Негат. С. зумовлює небажані стани і якості, паралізує активність тощо.

**САМООЦІНКА** – судження людини про міру наявності в неї тих чи інших якостей, властивостей у співвідношенні їх з певним еталоном, зразком, вияв оціночного ставлення людини до себе. Самооцінка може бути завищеною, заниженою і об'єктивною.

**САНАЦІЯ** – оздоровлення, в екології – заходи з модернізації забруднених підприємств і очищення забруднених територій.

**САНІТАРНИЙ ЗАХИСТ** – сукупність заходів по збереженню санітарно-гігієнічного благополуччя населення на певній території. Полягає в організації зон санітарної охорони водних джерел, санітарної очистки, контролі за дотриманням санітарно-гігієнічних норм.

**САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СЛУЖБА** – система державних установ, які здійснюють санітарно-епідеміологічний нагляд, розробляють і виконують санітарно-профілактичні та протиепідеміологічні заходи.

**САНІТАРНО-ЗАХИСНА ЗОНА** – територія між житловим масивом і підприємством, вільна від забудов, що забезпечує нейтралізацію шкідливих викидів природним шляхом. В цій зоні концентрації шкідливих речовин не повинні перевищувати 0,3 ГДК.

**САНКЦІ СОЦІАЛЬНІ** – реакція групи або спільноти на поведінку індивіда в соц. значимих ситуаціях. С. с. можуть бути негат. і позит., формальними і неформальними. З т. з. змісту і спрямованості тиску, здійснюваного С. с, їх поділяють на прав., етичні, реліг., екон., сатиричні та ін. Всі види С. с. взаємопов’язані і доповнюють одна одну, і в такий спосіб вони мають більше шансів забезпечити високий ступінь конформізму вчинків.

**САПРОБІОТИ** – бактерії, водорості, безхребетні, які живуть у водоймах, забруднених органічними речовинами. Сапробіоти сприяють самоочищенню води, розкладаючи органічні речовини на неорганічні.

**СЕРТИФІКАЦІЯ ФАХІВЦЯ** – процедура визначення відповідності професійно важливих властивостей фахівця, його компетенції тощо вимогам, що надані у нормативних документах, у яких відображені вимоги до його кваліфікації.

**СИРІТСТВО** – соц. явище, зумовлене наявністю у суспільстві дітей, батьки яких померли, а також дітей, які залишилися без піклування батьків внаслідок позбавлення їх батьківських прав, визнання у встановленому порядку батьків недієздатними, безвісти пропалими тощо. Обов’язки з виявлення дітей, які потребують захисту, покладені на органи опіки і піклування місцевих органів влади.

**СИСТЕМА ВИЩОЇ ОСВІТИ** – це сукупність взаємопов’язаних послідовних стандартів вищої освіти вищих навчальних закладів усіх форм власності, інших юридичних осіб, що надають освітні послуги в галузі вищої освіти, органів, які здійснюють управління в галузі вищої освіти.

**СИСТЕМА ПРАВ ЛЮДИНИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я.** Закріплена і гарантована Конституцією і законами України, визначена міжнародними актами взаємопов’язана і взаємозалежна сукупність можливостей на використання усіх заходів, які спрямовані на збереження та розвиток або відновлення стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя та відшкодування заподіяної здоров’ю шкоди.

**СИСТЕМА СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ (ВХІДНІ ТА ВИХІДНІ).** Сукупність взаємопов’язаних статистичних показників, які всебічно і науково обґрунтовано відображають

явища та процеси суспільно-економічного життя за певних умов місця і часу.

**СІМ'Я СОЦІАЛЬНОГО РИЗИКУ** – соціально незахищена сім'я, яка потребує соціальної допомоги і підтримки. Така сім'я не може повноцінно виконувати свої функції внаслідок складних соціальних умов. Як правило, це сім'ї малозабезпечені, багатодітні, з дітьми-інвалідами, неповні сім'ї.

**СІМЕЙНА ТЕРАПІЯ** – підхід, заснований на переконанні, що пояснення і розв'язання проблем людини залежать від розуміння її взаємовідносин зі значущими іншими у її минулому і сьогоденні.

**СКЛАД СТАТИСТИЧНОГО ПОКАЗНИКА.**  
Статистичний показник має *кількісне значення, основу (зміст) та атрибут(и)*.

**Кількісне значення статистичного показника** відповідає його величині (розміру, обсягу, рівню)

**Основа статистичного показника** відображає сутність, характерні риси й особливості явища або процесу без зазначення умов часу і місця статистичного спостереження, а також кількісного значення.

**Атрибути статистичного показника** – це множина якісних характеристик, притаманних основі статистичного показника, яка у сукупності з останньою забезпечує його унікальність. Наприклад, територіальні, часові та класифікаційні характеристики.

**СОМАТИКО-СТОХАСТИЧНІ НАСЛІДКИ** – носять ймовірний характер і виявляються при масовому опромінюванні людей (скорочення тривалості життя, ракові пухлини різних органів, лейкоз тощо).

**СОМАТИЧНІ НАСЛІДКИ** – пошкодження організму людини внаслідок опромінення (гостра променева хвороба, хронічна променева хвороба, локальні променеві пошкодження).

**СОНЦЕ** – центральне тіло сонячної системи, розпечена плазмова куля діаметром 1392 тис. км. Температура поверхні близько 6000°C, маса близько  $2 \cdot 10^{30}$  кг. Сонце складається на 90 % з водню і 10 % – гелію. Джерело сонячної енергії – ядерні перетворення водню в гелій, де температура перевищує 10 млн. °C.

**СОНЯЧНА РАДІАЦІЯ** – випромінювання Сонця, головне джерело енергії для всіх процесів на Землі.

**СОЦІАЛЬНА СИСТЕМА** – цілісне, впорядковане соціальне утворення, єдність взаємопов'язаних інститутів, груп, організацій, спільнот, котрі, взаємодіючи, забезпечують матеріальні та нематеріальні потреби та інтереси людей.

**СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ.** Консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особи, збереження, підтримка та охорона її здоров'я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, працетерапія (Верховна Рада України, Закону «Про соціальні послуги» від 19.06.2003 № 966-IV).

**СПЕЦІАЛЬНІСТЬ** – категорія, що характеризує:

– у сфері праці – особливості спрямованості й специфіку роботи в межах професії (зміст завдань професійної діяльності, що відповідають кваліфікації);

– у сфері освіти – спрямованість і зміст навчання при підготовці фахівця (визначається через узагальнений об'єкт діяльності або виробничу функцію та предмет діяльності фахівця і відображає вид його діяльності й сферу застосування праці).

Спеціальність у сфері освіти є адекватним відображенням наявної у сфері праці спеціальності (кваліфікації).

**СПАДКОВІСТЬ** – здатність організмів передавати потомству свої ознаки й властивості.

**СТАЛІЙ РОЗВИТОК** (англ. *sustainable development*) – розвиток, який дає змогу задовольнити потреби теперішніх поколінь і залишає можливість майбутнім поколінням задовольнити їхні потреби. Це збалансований розвиток країни і регіонів, при якому економічне зростання, матеріальне виробництво і споживання, а також інші види діяльності суспільства відбуваються в межах, які визначаються здатністю екосистем відновлюватися, поглинати забруднення та підтримувати життєдіяльність теперішнього і майбутніх поколінь.

**СТАНДАРТИ ВИЩОЇ ОСВІТИ** (система стандартів вищої освіти) – сукупність норм, що визначають зміст вищої освіти, навчання, засоби діагностики якості вищої освіти та нормативний термін навчання.



Стандарти вищої освіти є основою оцінки освітнього ступеня громадян незалежно від форм здобуття вищої освіти. Відповідність освітніх послуг стандартам вищої освіти визначає якість освітньої та наукової діяльності вищих навчальних закладів.

Систему стандартів вищої освіти складають державний стандарт вищої освіти, галузеві стандарти вищої освіти та стандарти вищої освіти вищих навчальних закладів.

**СТАН ЗДОРОВ'Я.** Сукупність антропометричних, клінічних, фізіологічних, біохімічних показників, за якими визначається наявність або відсутність у людини хвороб чи фізичних вад, яким закон надає правового значення.

**СТАН СПОКОЮ** – фізіологічний стан рослини, в який вони переходять з настанням несприятливих умов. Характеризується припиненням росту, відмиранням і опаданням листків, наземних органів.

**СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ (МЕДИЧНИЙ СТАНДАРТ).** Сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики (Верховна Рада України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ).

#### **СТАТИСТИЧНІ ПУБЛІКАЦІЇ:**

*Експрес-випуски.* Оперативна статистична інформація з окремих актуальних питань за результатами проведення державних статистичних спостережень. Ця інформація готується як офіційне повідомлення. У разі необхідності може містити стислі методологічні пояснення. Експрес-випуск готується та видається не пізніше тижневого строку після завершення опрацювання даних статистичного спостереження на державному рівні.

*Статистичні бюлетені.* Видання, викладені у вигляді табличного матеріалу, що вміщують оперативну періодичну статистичну інформацію, яка характеризує соціально-економічний розвиток країни (регіону), можуть уключати короткострокову динаміку основних показників (1-2 роки), методологічні пояснення та графічний матеріал. Бюлетені поділяються на *комплексні та галузеві*.

*Комплексний бюлетень*— це статистичний бюлетень, який готується з використанням інформації за різними галузями статистики. В окремих випадках комплексний бюлетень може вміщувати доповіді з окремих питань соціально-економічного становища.

*Галузевий бюлетень* – це статистичний бюлетень, який готується з використанням інформації за окремою галуззю статистики.

Бюлетені готуються та видаються не пізніше п'яти тижневого строку після завершення опрацювання даних статистичного спостереження на державному рівні.

*Статистичні збірники.* Видання, які готуються за річними даними статистичних спостережень та найбільш повно характеризують соціально-економічні явища. Основні показники статистичних збірників наводяться у динаміці за попередні роки, мають річну або більшу (три, п'ять років) періодичність. Збірники, подані у вигляді табличного матеріалу, можуть вміщувати методологічні пояснення, аналітичний та графічний матеріал. Вони поділяються на *комплексні, галузеві та тематичні.*

*Комплексний статистичний збірник* – це збірник, який містить значний обсяг статистичних даних за ряд років, що всебічно характеризують економічні та соціальні аспекти розвитку країни (регіону), підготовлений з використанням інформації за різними галузями статистики, із залученням адміністративних даних, матеріалів спеціальних досліджень тощо. Готується та видається не пізніше п'ятимісячного строку після завершення опрацювання даних статистичного спостереження на державному рівні.

*Галузеві та тематичні збірники* вміщують статистичну інформацію, яка найбільш повно характеризує конкретну галузь чи напрям розвитку економіки або ж всебічно висвітлює обрану тему за ряд років. Готуються та видаються не пізніше тримісячного строку після завершення опрацювання даних статистичного спостереження на державному рівні.

*Доповіді.* Інформаційно-аналітичні матеріали, які вміщують оперативну та / або періодичну статистичну інформацію, подаються у вигляді тексту і можуть бути доповненими таблицями та діаграмами. Доповіді всебічно характеризують соціально-

економічне становище країни (регіону) або розвиток конкретного виду економічної діяльності та готуються і видаються не пізніше тритижневого строку після закінчення розробки звітності на державному рівні.

**СТАТИСТИЧНИЙ ІНСТРУМЕНТАРІЙ.** Набір статистичних формулярів, а також інструкцій щодо їх заповнення.

**СТАТИСТИЧНИЙ ПОКАЗНИК.** Узагальнююча кількісно-якісна характеристика явища чи процесу – статистична величина, яка розраховується, на відміну від ознак, які реєструються. Якісна сторона статистичного показника відображає сутність явища чи процесу в конкретних умовах місця та часу, а кількісна – його розмір, абсолютну, відносну або середню величину. Статистичні показники завжди вказують на те, до якого місця і часу належать явища та процеси, у яких одиницях виміру вони виражені.

**СТАТИСТИЧНИЙ ФОРМУЛЯР.** Форма (бланк) державного статистичного спостереження у вигляді облікового документа, за яким респонденти подають органам державної статистики інформацію під час проведення державного статистичного спостереження.

**СТЕРИЛІЗАЦІЯ** – знищення мікроорганізмів за допомогою високої температури, хімічних речовин та радіаційним методом.

**СТИХІЙНІ ЯВИЩА** – негативні природні процеси (землетруси, повені, вулкани, смерчі, град, зсуви, селеві потоки), які притаманні певним районам земної кулі.

**СТРЕС** – 1) сукупність неспецифічних реакцій організму у відповідь на дію несприятливих факторів психічних і фізичних травм, холоду, голоду, забрудників; 2) нервово-психічне перенапруження, викликане несподіваним чи надсильним подразником, адекватна реакція на який раніше не була сформована, але повинна бути знайдена в ситуації, що склалася; емоційний стан, що спонукає до вирішення екстремальної ситуації за рахунок загальної мобілізації всіх ресурсів організму до пристосування в наявних умовах.

**СУДОВА ЕКСПЕРТИЗА.** Дослідження експертом на основі спеціальних знань матеріальних об'єктів, явищ і процесів, які містять інформацію про обставини справи, що перебуває у провадженні органів дізнання, досудового та судового слідства

(Верховна Рада України, Закон «Про судову експертизу» від 25.02.1994 № 4038-ХІІ).

**СУДОВІ ЕКСПЕРТИ ДЕРЖАВНИХ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ УСТАНОВ.** Фахівці, які мають відповідну вищу освіту, освітньо-кваліфікаційний рівень не нижче спеціаліста, пройшли відповідну підготовку та отримали кваліфікацію судового експерта з певної спеціальності (Верховна Рада України, Закон «Про судову експертизу» від 25.02.1994 № 4038-ХІІ).

## Т

**ТАБЕЛЬ МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНОГО ОСНАЩЕННЯ.** Документ, що визначає мінімальний перелік обладнання, устаткування та засобів, необхідних для оснащення конкретного типу закладу охорони здоров'я, його підрозділу, а також для забезпечення діяльності фізичних осіб – підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики за певною спеціальністю (спеціальностями) (Верховна Рада України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ).

**ТАБЛИЦЯ.** Формалізоване представлення даних у вигляді матриці двомірного простору.

**ТАКСОН** – група окремих об'єктів, що пов'язані спільністю властивостей і ознак, певних таксономічних категорій – виду, підвиду, роду, сімейства тощо.

**ТЕПЛОВЕ ЗАБРУДНЕННЯ** – вид фізичного забруднення середовища, що характеризується підвищенням його температури вище природного рівня. Основні джерела теплового забруднення – викиди в атмосферу відпрацьованих нагрітих газів, скид у водойми нагрітих стічних вод.

**ТЕПЛОВИЙ БАЛАНС** – співвідношення між надходженням та витратами тепла в ґрунті, атмосфері, воді.

**ТЕХНОЛОГІЧНИЙ ПРОЦЕС ОБРОБЛЕННЯ ДАНИХ.** Сукупність операцій з оброблення даних статистичного спостереження, що здійснюються у певній логічній послідовності.

**ТЕХНОЛОГІЯ НАВЧАННЯ** – сукупність форм, методів, прийомів та засобів передавання соціального та (або) професійного досвіду в процесі навчання.

**ТЕХНОЛОГІЯ ОСВІТИ** – процес та результат створення (проектування) адекватної потребам і можливостям особи та суспільства системи соціалізації, особистісного та професійного розвитку людини в закладі освіти, що складається зі спеціальним чином сконструйованих відповідно до заданої мети методологічних, дидактичних, психологічних, інтелектуальних, інформаційних та практичних дій, операцій, прийомів, кроків, які гарантують досягнення цілей, що визначені учасниками освітнянського процесу, та свободу усвідомленого вибору.

**ТИМЧАСОВА НЕПРАЦЕЗДАТНІСТЬ.** Непрацездатність особи внаслідок захворювання, травми або з інших причин, що не залежить від факту втрати працездатності (пологи, карантин, догляд за хворим тощо), яка має тимчасовий зворотний характер під впливом лікування та реабілітаційних заходів, триває до відновлення працездатності або встановлення групи інвалідності, а в разі інших причин – до закінчення причин відсторонення від роботи (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Положення про експертизу тимчасової непрацездатності» від 09.04.2008 № 189).

**ТИП ДІЯЛЬНОСТІ** – характеристика професійної діяльності залежно від способів і форм її здійснення. Визначається станом взаємодії фахівця із об'єктом діяльності – системою, що характеризується однаковою узагальненою метою (продуктом) діяльності.

**ТИПОВЕ ЗАВДАННЯ ДІЯЛЬНОСТІ** – узагальнене завдання діяльності, що є характерним для більшості виробничих або соціальних ситуацій і не містить конкретних даних, а отже, не має конкретного вирішення (можуть бути визначені тільки шляхи вирішення).

#### **ТИПОЛОГІЯ СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ:**

*За способом обчислення (первинні, похідні)*

**Первинні статистичні показники** визначаються шляхом зведення та групування даних і подаються у формі абсолютних величин.

**Похідні статистичні показники** обчислюються на базі первинних або вторинних показників і мають форму середніх чи відносних величин.

*За ознакою часу (інтервальні, моментні)*

**Інтервальні статистичні показники** характеризують явище або процес за певний час (день, місяць, рік), наприклад, уведення в дію житла, перевезення вантажів тощо.

**Моментні статистичні показники** характеризують явище або процес на певний момент часу, наприклад, протяжність нафтопроводів на кінець року, залишки обігових коштів на початок місяця.

*За ступенем охоплення одиниць статистичної сукупності (індивідуальні, групові, загальні)*

**Індивідуальні статистичні показники** характеризують окрему одиницю статистичної сукупності.

**Групові статистичні показники** формуються в результаті групування і зведення індивідуальних статистичних показників.

**Загальні статистичні показники** характеризують групу одиниць статистичної сукупності, яка становить собою частину чи статистичну сукупність у цілому.

*За визначенням у просторі (загальнотерито-ріальні, локальні)*

**Загальнотериторіальні статистичні показники** характеризують явище або процес, що вивчаються, в цілому по території.

**Локальні статистичні показники** характеризують явище або процес, що вивчаються, на певній частині території.

**ТИП ТАБЛИЦІ.** Таблиці можуть бути 3-х типів: з фіксованим числом граф та рядків; змінним числом граф; змінним числом рядків.

**ТІЛЕСНЕ УШКОДЖЕННЯ.** Порушення анатомічної цілості тканин, органів та їх функцій, що виникає як наслідок дії одного чи кількох зовнішніх ушкоджуючих факторів – фізичних, хімічних, біологічних, психічних (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби в Україні» від 17.01.1995 № 6)

**ТІЛЕСНЕ УШКОДЖЕННЯ СЕРЕДНЬОЇ ТЯЖКОСТІ.** Ушкодження, яке не є небезпечним для життя і здоров'я і не потягло за собою наслідків тяжкого тілесного ушкодження, але таке, що спричинило тривалий розлад здоров'я або значну стійку втрату працездатності менш ніж на одну третину (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Правил

судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» від 17.01.1995 № 6).

**Т-ГРУПА** – група, діяльність якої спрямована на вдосконалення навичок міжособистісного спілкування як одного з важливих чинників поліпшення соціального самопочуття, розвитку особистості, реалізації її потенціалу (у таких групах усі навчаються в усіх, кожне питання обговорюється «тут і тепер»).

**ТЕЛЕФОН ДОВІРИ** – соціальна служба невідкладної психологічної допомоги, що надається по телефону; форма психопрофілактичної роботи, соц.-терапевтичної допомоги, адресованої особам, що перебувають у криз. станах. Перша така лінія – “лінія довіри» виникла 1953 р. у Лондоні. Згодом подібні станції створили в багатьох західноєвропейських країнах, а потім у США, Польщі, Чехословаччині, Росії. Зараз Міжнар. федерація станцій телефонної допомоги нараховує сотні таких пунктів у всьому світі. Ці служби забезпечують особам у криз. ситуації негайний телефонний зв’язок зі співчуваючим анонімним слухачем, котрий володіє особливою технікою роботи з абонентом по телефону. Як правило, це психологи, психіатри, психотерапевти. У деяких криз, центрах до такої роботи залучають волонтерів-непрофесіоналів. Для персоналу, що працює на Т. д., необхідними є такі установки та якості: активність у підтримці віри в сенс життя; вміння авторитетною дією зняти в абонента стан розладу; конструктивність – здатність залучити до вирішення ситуації інших спеціалістів; життєва визначеність; знання та досвід; особливі голосові інтонації; розуміння, співчуття.

**ТОКСИНИ** – отруйні речовини, що продукуються і виділяються деякими мікроорганізмами, рослинами і тваринами. Токсини пригнічують фізіологічні функції організму і можуть призвести до загибелі тварин, рослин і людини.

**ТРУДОВЕ КАЛІЦТВО (НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК НА ВИРОБНИЦТВІ).** Ушкодження здоров’я працівника внаслідок нещасного випадку, що стався під час виконання трудових обов’язків, що підтверджується Актом про нещасний випадок, пов’язаний з виробництвом, форма якого встановлена додатком 3 до Порядку розслідування та ведення обліку нещасних випадків, професійних захворювань і аварій на виробництві, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 25 серпня 2004 року N

1112 (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Інструкції про встановлення причинного зв'язку смерті з професійним захворюванням (отруєнням) або трудовим каліцтвом» від 15.11.2005 № 606).

**ТЯЖКЕ ТІЛЕСНЕ УШКОДЖЕННЯ.** Тілесне ушкодження, небезпечне для життя в момент заподіяння, чи таке, що спричинило втрату будь-якого органу або його функцій, душевну хворобу або інший розлад здоров'я, поєднаний зі стійкою втратою працездатності не менш ніж на одну третину, або переривання вагітності чи непоправне знівечення обличчя (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Правил судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень» від 17.01.1995 № 6).

## У

**УЗАГАЛЬНЕНИЙ ОБ'ЄКТ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦЯ З ВИЩОЮ ОСВІТОЮ** – загальна назва природних чи штучних систем, на зміну властивостей яких спрямована діяльність суб'єкта. Певні етапи циклу існування систем (об'єктів діяльності) визначають типи діяльності фахівців.

**УМІННЯ** – здатність людини виконувати певні дії на основі відповідних знань. Уміння поділяються за видами:

– предметно-практичні – уміння виконувати дії щодо переміщення об'єктів у просторі, зміни їх форми тощо. Головну роль у регулюванні предметно-практичних дій виконують перцептивні образи, що відображають просторові, фізичні та інші властивості предметів і забезпечують керування робочими рухами відповідно до властивостей об'єкта та завдань діяльності;

– предметно-розумові – уміння щодо виконання операцій із розумовими образами предметів. Ці дії вимагають наявності розвиненої системи уявлень і здатності до розумових дій (наприклад, аналізу, класифікації, узагальнення, порівняння тощо);

– знаково-практичні – уміння щодо виконання операцій зі знаками та знаковими системами. Прикладами цих дій є письмо, прокладання курсу по карті, одержання інформації від пристроїв тощо;



– знаково-розумові – уміння щодо розумового виконання операцій зі знаками та знаковими системами. Наприклад, дії, що є необхідними для виконання логічних та розрахункових операцій. Ці дії дозволяють вирішувати широке коло завдань в узагальненому вигляді.

**УМІННЯ У ГАЛУЗІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ** – основні навички у соціальній роботі включають можливість: 1) слухати інших з розумінням і цілеспрямовано; 2) отримувати інформацію і збирати необхідні факти для підготування соціальної історії, оцінювання і звіту; 3) створювати і підтримувати професійні стосунки для допомоги; 4) спостерігати та інтерпретувати вербальну і невербальну поведінку і використовувати знання теорії особистості і діагностичні методи; 5) залучати клієнтів (включаючи індивідів, сім'ї, групи і громади) у намагання розв'язати їхні власні проблеми і завоювати довіру; 6) обговорювати хвилюючі емоційні теми з підтримкою і без погрожування; 7) пропонувати інноваційні рішення проблем для задоволення потреб клієнта; 8) визначати необхідність припинення психотерапевтичних зв'язків; 9) проводити дослідження чи впроваджувати у практику результати дослідження і професійної літератури; 10) виступати посередником і вести переговори з конфліктуєчими сторонами; 11) надавати інтерорганізаційні послуги; 12) визначати і передавати соціальні потреби у фінансові чи юридичні установи, висвітлювати їх на громадському рівні.

**УПРАВЛІННЯ СОЦІАЛЬНОЮ РОБОТОЮ** – особливий вид управлінської праці, що забезпечує виконання відповідних соціальних завдань засобами адекватної організаційної структури соціальних служб (закладів соціальної роботи).

**УСВІДОМЛЕНА ЗГОДА ОСОБИ.** Згода, вільно висловлена особою, здатною зрозуміти інформацію, що надається доступним способом, про характер її психічного розладу та прогноз його можливого розвитку, мету, порядок та тривалість надання психіатричної допомоги, методи діагностики, лікування та лікарські засоби, що можуть застосовуватися в процесі надання психіатричної допомоги, їх побічні ефекти та альтернативні методи лікування (Верховна Рада України, Закон «Про психіатричну допомогу» від 22. 02. 2000 № 1489-III).

**Ф**

**ФАКТОР РИЗИКУ** – один з факторів, що сприяють виникненню захворювання (наприклад, паління – Ф. р. щодо інфаркту міокарда чи раку).

**ФАСИЛІТАТОР** – роль соціального працівника, яка полягає у наданні допомоги індивідам, групам виразити потреби, ідентифікувати (з'ясувати) проблеми, розробити і застосувати стратегії їх подолання, внаслідок чого клієнт набуває здатності справлятися з проблемами більш ефективно.

**ФАХОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ** – процес, завдяки якому соціальний працівник діє відповідно до встановлених стандартів професійної поведінки та практики. Його механізмами є кодекси поведінки і стандарти практики; освітні та кваліфікаційні вимоги до соціальних працівників; вимоги до навчальних закладів; реєстрація (ліцензування) фахівців; дисциплінарні заходи стосовно тих, хто порушує професійні стандарти.

**ФЕМІНІЗАЦІЯ ЗАЙНЯТОСТІ** – розширення зайнятості жінок у високооплачуваному секторі економіки; виникнення нових якісних видів зайнятості, які вважаються жіночими, оскільки жінки асоціюються з нижчою оплатою праці, гнучкими і неформальними видами трудової діяльності.

**ФЕМІНІЗМ** – соціальний рух, що закликає до ліквідації патріархату (концентрації влади чоловіків, їх привілейованого становища у суспільстві).

**ФЕМІНІСТИЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ** – орієнтація психологічно-соціального лікування, в якій професіонал (звичайно жінка) допомагає клієнту (звичайно жінці) індивідуально чи у групових сеансах подолати психологічні і соціальні проблеми.

**ФІЛОСОФСЬКІ ЦІННОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ** – своєрідна система, світоглядний концепт професійної субкультури, в якій реалізуються переконання і відносини, ідеали і прагнення, норми і практичні принципи взаємодії, етичні правила і професійні цінності.

**ФІЛЬТРУВАННЯ** – вилучення твердих часточок з рідин чи газів шляхом пропускання їх через пористі матеріали або сітки з отворами.

**ФІНАНСОВИЙ СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ** – грошова підтримка у формі соціальної страховки, соціальної допомоги і додаткових коштів, яка може бути безумовною або базуватися на перевірці доходу або потреб.

**ФОРМА ДЕРЖАВНОГО СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ.** Офіційний документ (бланк), що містить питання програми державного статистичного спостереження і місце для надання відповіді на них. Форми державних статистичних спостережень існують у вигляді форм звітності, анкет, переписних (опитувальних) листів, інших статистичних формулярів, необхідних для проведення державних статистичних спостережень.

**ФОРМА ЗВІТНОСТІ.** Форма (бланк) державного статистичного спостереження, за якою респонденти подають інформацію органам державної статистики під час збирання державної статистичної звітності у вигляді звіту затвердженого зразка та за підписом посадових осіб, які відповідають за достовірність поданої інформації.

**ФОРМАЛІЗОВАНІ ОПИСИ.** Подання інформації (даних) про явище чи процес у заздалегідь визначеній формі або у вигляді, придатному для її (їх) введення до інтегрованої системи опрацювання статистичних даних (ІСОСД).

**ФОРМАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА СТАТИСТИЧНОГО ПОКАЗНИКА.** За формальною характеристикою статистичні показники поділяються на *абсолютні, відносні та середні*, що відповідає формі вираження показника.

**Абсолютний статистичний показник** відображає фізичні властивості чи вартісні характеристики (обсяг, розмір, рівень) явищ та процесів і виражається у натуральних, умовно-натуральних та вартісних (грошових) одиницях виміру.

**Відносний статистичний показник** виражає кількісні співвідношення між явищами або процесами суспільного життя, тобто є результатом ділення однієї величини на іншу (виражається у коефіцієнтах, відсотках, проміле, дециміле тощо).

Види відносних статистичних показників за призначенням – відносні статистичні показники *порівняння, структури,*

*координації, планового завдання та виконання плану, динаміки, інтенсивності тощо.*

*Порівняння* – співвідношення однойменних статистичних показників економічного розвитку або життєвого рівня.

*Структури* – питома вага або відсоток, який становить частина сукупності в загальному обсязі сукупності за тією чи іншою ознакою. Виражається у коефіцієнтах чи відсотках.

*Кординації* – співвідношення окремих частин цілого між собою, яке показує, скільки одиниць однієї частини сукупності припадає на одиницю іншої, взятої за базу порівняння. Найчастіше виражається числом одиниць однієї частини на 100 або 1000 одиниць другої частини.

*Планового завдання* – співвідношення, яке показує на скільки відсотків у поточному періоді планом передбачається змінити (збільшити чи зменшити) рівень статистичного показника, що вивчається, порівняно з базисним. Виражається у коефіцієнтах чи відсотках.

*Виконання плану* – відношення фактично досягнутого рівня до планового завдання. Виражається у коефіцієнтах чи відсотках.

*Динаміки* – співвідношення, яке показує, у скільки разів чи на скільки відсотків змінюється рівень статистичного показника, що вивчається, у поточному (звітному) році порівняно з базисним. Виражається у коефіцієнтах чи відсотках.

*Інтенсивності* – відношення різнойменних, але пов'язаних між собою певною залежністю величин. Відносні показники інтенсивності розраховуються діленням абсолютної величини досліджуваного явища на абсолютну величину, яка характеризує обсяг середовища, що його породжує. Виражаються в іменованих одиницях вимірювання чисельника (обсяг певного явища) і знаменника (обсяг середовища, якому це явище властиве).

**Середній статистичний показник** характеризує типовий рівень ознаки, що варіює, в розрахунку на одиницю статистичної сукупності. Види середніх статистичних показників: *степеневі, структурні, хронологічний.*

До *степеневих* відносяться: середня арифметична, середня гармонічна, середня геометрична, середня квадратична, середня кубічна тощо. Всі степеневі можуть бути зваженими або простими (незваженими).

В якості *структурних* найчастіше використовується *мода* (найбільш поширене значення ознаки, що має найбільшу частоту в статистичному ряду розподілу) та *медіана* (значення ознаки, яке припадає на середину впорядкованого (ранжованого) ряду і поділяє його навпіл – на дві рівні за обсягом частини).

*Середня хронологічна* характеризує середню величину з показників, що змінюються в часі. Середня з двох величин, що характеризують явище на моменти початку і кінця його спостереження.

### **ФОРМУВАННЯ АРХІВУ ТА ЧАСОВИХ РЯДІВ ДАНИХ.**

Технологічна операція зі створення копій інформації з метою її збереження та / або накопичення даних, які змінюються у часі.

### **ФОРМУВАННЯ СТАТИСТИЧНИХ ЗВЕДЕНЬ.**

Технологічна операція, що полягає у *групуванні й агрегуванні* первинних статистичних даних.

*Групування* – технологічна операція із утворення груп одиниць статистичного спостереження, які є однорідними в якому-небудь суттєвому відношенні, а також мають однакові чи близькі значення ознаки групування.

*Агрегування* – технологічна операція з поєднання споріднених показників за певними статистичними ознаками (вимірами).

**ФОРМУВАННЯ СТАТИСТИЧНИХ ТАБЛИЦЬ.** Спосіб подання результатів статистичних зведень у вигляді матриць двомірного простору.

**ФРУСТРАЦІЯ** – емоційний стан, що виникає внаслідок реальної чи уявної перепони, яка перешкоджає досягненню особистісно значимої мети.

## **Х**

**ХАРТІЯ** – у середні віки документ, що засвідчував які-небудь права або привілеї.

**ХВОРИЙ НА НАРКОМАНІЮ** – особа, яка зловживає наркотичними засобами і страждає психічною та фіз. залежністю від них. Термін не стільки клінічний, скільки мед.-юрид. і соц. і використовується тільки до зловживань тими речовинами, які законом визнані наркотичними.

**ХЕСЕД** – благодійна соціальна служба єврейської громади, орієнтована на надання послуг людям похилого віку.

**ХІМІЧНА ЕКОЛОГІЯ** – розділ екології, що досліджує хімічні зв'язки у живій природі.

**ХОЛІСТИЧНИЙ ПІДХІД** – підхід, який передбачає ставлення до користувачів соціальних послуг не як до патологічних суб'єктів, а передусім як до особистостей. Відповідно оцінювання, складання і реалізація плану втручання мають враховувати різні особистісні потреби (фізіологічні, когнітивні, потреби у самоактуалізації та ін.).

**ХУЛІГАНСТВО** – умисні дії, що грубо порушують громадський порядок і виражають явну неповагу до суспільства. Хуліганство може проявлятися у різних проступках: безпричинному приставанні і образливому ставленні до громадян, умисному знищенні або пошкодженні майна, нанесенні тілесних ушкоджень. Розрізняють дрібне, злісне, особливо злісне хуліганство. За вчинення хуліганських дій передбачено кримінальну та адміністративну відповідальність

## Ц

**ЦЕНТР ДОЗВІЛЛЯ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ** – державно чи деколи приватно оплачені заклади, в яких особи похилого віку чи інші дорослі збираються для участі у відпочинкових, соціальних, освітніх та вдосконалюваних програмах.

**ЦЕНТРИ НЕЗАЛЕЖНОГО ЖИТТЯ** – заклади і програми, створені для надання соціальних і медичних послуг неповносправним.

**ЦЕНТРИ СОЦІАЛЬНИХ СЛУЖБ ДЛЯ МОЛОДІ** – спеціальні заклади, уповноважені державою брати участь у реалізації державної молодіжної політики шляхом здійснення соціальної роботи з дітьми та молоддю.

**ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ** – неспроможність керування м'язами і координацією, спричинена пошкодженням мозку, що сталося перед або під час народження. Ступінь важкості хвороби залежить від того, наскільки пошкоджений мозок.

**ЦИВІЛЬНА ДІЄЗДАТНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ.** Здатність фізичної особи своїми діями набувати для себе цивільних прав і самостійно їх здійснювати, а також здатність своїми діями створювати для себе цивільні обов'язки, самостійно їх виконувати та нести відповідальність у разі їх невиконання

(Верховна Рада України, Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV).

### **ЦИВІЛЬНА ДІЄЗДАТНІСТЬ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ.**

Здатність набувати цивільних прав та обов'язків і здійснювати їх через свої органи, які діють відповідно до установчих документів та закону (Верховна Рада України, Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV).

### **ЦИВІЛЬНА ПРАВОЗДАТНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ ОСОБИ.**

Здатність фізичної особи мати цивільні права та обов'язки (Верховна Рада України, Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV).

### **ЦИВІЛЬНА ПРАВОЗДАТНІСТЬ ЮРИДИЧНОЇ ОСОБИ.**

Здатність мати такі ж цивільні права і обов'язки, як і фізична особа, крім тих, які за своєю правовою природою можуть належати лише людині (Верховна Рада України, Цивільний кодекс України від 16.01.2003 № 435-IV).

**ЦИКЛ БІДНОСТІ** – стан бідності, що існує в межах однієї сім'ї з покоління в покоління.

**ЦИКЛ ЖИТТЄВИЙ** – послідовність вікових фаз індив. розвитку людини від народження до смерті. Поняття Ц. ж. відображає психофізіол. еволюцію організму індивіда впродовж біол. життєвого часу. Вікова періодизація Ц. ж. включає фази: вік немовляти, раннє дитинство, дитинство, юність, молодість, зрілість, старість, похилий вік. Генетичний перехід від однієї фази до іншої є дискретною, “критичною» точкою розвитку. Рівень соматичної і нервово-психол. зрілості організму в кожній фазі Ц. ж. визначає психофізіол. можливості освоєння індивідом соц. досвіду, є біол. основою соціалізації.

**ЦИКЛ ІСНУВАННЯ ОБ'ЄКТА ДІЯЛЬНОСТІ** – період, протягом якого існує об'єкт діяльності фахівця від “зародження” (проектування) до його ліквідації. Період існування об'єкта діяльності ділиться на окремі етапи:

- проектування, протягом якого вирішуються питання щодо конструкції або змісту;
- створення;
- експлуатація, протягом якої об'єкт використовується за призначенням;

– відновлення (ремонт, удосконалення тощо), яке пов'язане із відновленням властивостей, якостей, підвищенням продуктивності, інших ознак;

– утилізація та ліквідація.

Кожний етап існування об'єкта діяльності фахівця має свої ознаки, що визначаються спільністю (за продуктом) типових задач діяльності, пов'язаних безпосередньо з об'єктом, та відмінністю типових задач від задач іншого етапу.

**ЦИКЛ КРИВДИ** – постійне повторення моделей жорстокого поводження, що трапляється, коли особа, над якою знущалися, чинить так само з іншими.

**ЦИКЛ ПІДГОТОВКИ** – сукупність складових змісту освітньої або професійної підготовки (змістових модулів, блоків змістових модулів), що поєднані за ознаками приналежності їх змісту до спільного освітнього або професійного напрямку.

**ЦИКЛІЧНЕ БЕЗРОБІТТЯ** – втрата роботи через періодичні спади у циклі бізнесу. Звичайно цей тип безробіття залучає більше робітників на більший період часу, ніж інші види безробіття.

**ЦИНІЗМ** – моральна якість, що характеризує презирливе, нігілістичне, зневажливе ставлення до культури суспільства, до його духовних, і особливо моральних, цінностей, до загально прийнятних правил моральності.

**ЦІЛЕПОКЛАДАННЯ** – одна з основних властивостей людської свідомості, яка полягає у визначенні цілей діяльності, поведінки та способів і засобів їх досягнення.

**ЦІЛЕСПРЯМОВАНІСТЬ ДІЯЛЬНОСТІ** – спрямування енергії для оптимального функціонування, досягнення мети діяльності.

**ЦІЛІСНИЙ** – орієнтований на розуміння і лікування цілої особи або явища.

**ЦІЛІСНІСТЬ ГРУПИ** – ступінь спільного притягання чи взаємної вигоди, який особа відчуває (або яким завдячує) до соціального колективу, до якого вона належить (з яким себе ідентифікує).

**ЦІЛЬОВИЙ ПОКАЗНИК** – значення індикатора, яке заплановано досягти в результаті реалізації стратегії.



**ЦІННІСНІ ОРІЄНТАЦІЇ** – вибіркова, відносно стійка система спрямованості інтересів і потреб особистості, націлена на певний аспект соц. цінностей. Детермінантами Ц. о. особистості виступають матер. умови життєдіяльності, а також індив.-типові риси, нахили, здатності і здібності людини. Ц. о. істотно впливають на стиль мислення і життя індивіда, перебіг емоційних та мотиваційних процесів, а також формування інтересів особистості. Ц. о. формуються в процесі соц. розвитку індивіда, участі в трудовому житті, виконанні соц. ролей. При цьому значне місце посідають системи цінностей, що функціонують у сім'ї, інших соціальних групах, які є референтними для індивіда.

**ЦІННІСНО-СЕНСОВА СФЕРА** – складне цілісне утворення, представлене передусім ціннісними орієнтаціями, котрі формуються при засвоєнні соціального досвіду, виявляються у цілях, ідеалах, переконаннях, інтересах та слугують важливим чинником соціальної регуляції взаємин людей і

**ЦІННІСТЬ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ** – ідея та переконання, на які спираються соціальні працівники у процесі прийняття фахових рішень.

**ЦІННОСТІ СОЦІАЛЬНІ** – фундаментальні соц. блага, які забезпечують функціонування і розвиток суспільства (мир, соц. справедливість, життя людини, розвиток особистості, гідність людини, належні умови життя і духовного розвитку). У широкому розумінні – значущість явищ, предметів, речей реальної дійсності з т. з. їхньої відповідності або невідповідності потребам суспільства, соц. групи, індивіда. У більш вузькому значенні – моральні та естетичні вимоги, які вироблені культурою і є продуктом сусп. свідомості. У процесі своєї соціалізації індивід інтеріоризує (засвоює) вимоги та цінності, які є основою соц. норм.

## Ч

**ЧАГАРНИК** – багаторічна, відносно низькоросла рослина, яка не має центрального стовбура. Бічні пагони формуються біля поверхні ґрунту.

**ЧАС СТАТИСТИЧНОГО СПОСТЕРЕЖЕННЯ.** Об'єктивний час, до якого належать дані статистичного спостереження. Коли об'єктом статистичного спостереження є процес, то вибирають інтервал часу. Якщо об'єктом статистичного

спостереження є певний стан явища або процесу, то обирають критичний момент часу (стан).

**ЧЕРВОНА КНИГА УКРАЇНИ** – основний державний документ, у якому містяться узагальнені відомості про сучасний стан видів тварин і рослин України, що перебувають під загрозою знищення, та заходи щодо їх збереження та науково обґрунтованого відтворення.

**ЧЛЕНИ СІМ'Ї.** Особи, які перебувають у шлюбі; проживають однією сім'єю, але не перебувають у шлюбі між собою; їхні діти; особи, які перебувають під опікою чи піклуванням; є родичами прямої або непрямої лінії споріднення за умови спільного проживання (Верховна Рада України, Закон «Про попередження насильства в сім'ї» від 15.11.2001 № 2789-III).

**ЧОРНОБИЛЬСЬКА КАТАСТРОФА** – найбільша в історії людства техногенна катастрофа, яка сталася 26 квітня 1986 року на Чорнобильській АЕС. Внаслідок відключення системи охолодження відбулося перегрівання тепловидільних елементів з виділенням водню, який утворив з повітрям вибухову суміш. Стався потужний вибух, що зруйнував споруду реактора. Основну радіологічну обстановку в потерпілих районах визначили такі радіонукліди: йод-131, цезій-134,137, стронцій-90, плутоній-239,240.

### Ш

**ШАХРАЙСТВО** – у кримінальному праві злочин, який полягає у заволодінні чужим майном або правом на нього, а також в отриманні інших благ шляхом обдурювання або зловживання довірою.

**ШКІДЛИВІ ЗВИЧКИ** – небажані форми поведінки, що виникають внаслідок закріплення психофізіологічних механізмів – динамічних стереотипів; розрізняються за ступенем негативного впливу на загальний розвиток особистості, на її здоров'я.

### Ю

**ЮНЕЙДС / ООНСНІД /** – міжнародна програма в межах ООН з питань боротьби із захворюванням на СНІД.

**ЮНЕСКО** – міжурядова організація в межах ООН, що сприяє миру і безпеці шляхом розвитку співробітництва між країнами в галузі освіти, науки і культури, забезпечення поваги до

прав і свобод незалежно від статі, мови і релігії. Офіційний друкований орган – «Кур'єр ЮНЕСКО», заснований 1947 р., виходить 35 мовами.

**ЮНІСЕФ** – дитячий фонд ООН, створений 1946 р. як Міжнародна надзвичайна організація допомоги дітям в країнах Європи (сучасна назва – з 1953 р. і з цього періоду основну увагу приділяють поліпшенню становища дітей в країнах, що розвиваються). ЮНІСЕФ – провідна установа ООН із координації діяльності програм допомоги дітям. Джерело фінансування – щорічні добровільні внески урядів, пожертви організацій і приватних осіб. Штаб-квартира розташована в Нью-Йорку (США).

## **Я**

**ЯКІСТЬ ВИЩОЇ ОСВІТИ** – сукупність якостей особи з вищою освітою, що відображає її професійну компетентність, ціннісну орієнтацію, соціальну спрямованість і обумовлює здатність задовольняти як особисті духовні та матеріальні потреби, так і потреби суспільства.

Якість вищої освіти випускників закладу вищої освіти також відображає здатність:

- задовольняти відповідно до соціальних норм суспільні вимоги до виконання майбутніх соціально – професійних ролей;
- відповідати за свої соціально важливі рішення;
- задовольняти прагнення соціального статусу та престижу.

## **ЯКІСТЬ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ.**

Обслуговування, при якому ресурси організуються таким чином, щоб з максимальною ефективністю і безпечністю задовольняти медико-санітарні потреби тих, хто найбільш усього потребує допомоги, проводити профілактику і лікування без непотрібних витрат і відповідно до вимог найвищого рівня (Міністерство охорони здоров'я України, Наказ «Про затвердження Єдиного термінологічного словника (Глосарій) з питань управління якості медичної допомоги» від 20.07.2011 N 427).

**ЯКІСТЬ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ** – сукупність характеристик системи вищої освіти та її складових, яка визначає її здатність задовольняти встановлені і передбачені потреби окремої особи або (та) суспільства.

**ЯКІСТЬ ОСОБИСТОСТІ ВИПУСКНИКА ЗАКЛАДУ ВИЩОЇ ОСВІТИ** – цілісна сукупність характеристик особистості, що визначає зміст соціально значущих і професійно важливих властивостей особи, яка закінчує заклад вищої освіти.

**«Я-КОНЦЕПЦІЯ»** – відносно стійка, усвідомлена система уявлень індивіда про самого себе, на ґрунті якої він вибудовує взаємодію з іншими людьми.

**ЯКІСТЬ ЖИТТЯ** – комплексна інтегральна характеристика становища людини в різних соціальних системах і структурах, яка відображає ступінь її соціальної свободи, можливості всебічного розвитку, реалізації здібностей і життєвих планів; сукупність і якість матеріальних, соціальних, культурних і духовних цінностей, якими послуговується людина, задовольняючи свої потреби і реалізуючи інтереси.

**ЯКІСТЬ ПРЕВЕНТИВНИХ ЗНАНЬ** – ефективність реалізації знань в життєвих ситуаціях. Включає в себе такі характеристики: доступність знань – здатність бути сприйнятими учнями; рівень засвоєння, повноту – обсяг знань про негативні явища і засоби їх попередження тощо.

Наукове видання

**Ірина Віталіївна Сопівник  
Вікторія Андріївна Будегай  
Альона Борисівна Альтанова  
Ірина Іванівна Демченко  
Олександра Вікторівна Драчук  
Антоніна Володимирівна Наконечна  
Вікторія Анатоліївна Мацола  
Оксана Юріївна Міхєєва  
Каріна Олегівна Федченко  
Оксана Петрівна Витриховська**

**СОЦІАЛЬНА РОБОТА  
ЗАСОБАМИ ПРИРОДОТЕРАПІЇ  
ІЗ ПОСТТРАЖДАЛИМИ ВНАСЛІДОК  
НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

Монографія

---

Видавець ФОП Ямчинський О.В.  
03150, Київ, вул. Предславинська, 28  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єкта видавничої справи ДК № 6554  
від 26.12.2018 р.  
Формат 60X84/16. Наклад 100 пр. Ум. друк. арк. 48,9. Зам. №  
Виготовлювач ТОВ «ЦП «КОМПРИНТ»  
03150, Київ, вул. Предславинська, 28  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру суб'єкта видавничої справи ДК № 4131  
від 04.08.2011 р.