

Чорноморський національний університет імені Петра Могили  
Навчально-науковий медичний інститут  
кафедра психології

«Допущено до захисту»  
завідувач кафедри психології  
\_\_\_\_\_ А. І. Яблонський  
“ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ року

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
на здобуття ступеня вищої освіти

магістр

на тему: **ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОЛОГІЧНОЇ  
КОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ЖЕРТВИ У МОЛОДИХ ЖІНОК**

Керівник: викладач  
Караджи Олена Сергіївна

Рецензент: к. психол. наук  
Назмієв Антон Олександрович

Виконала: студентка VI курсу групи 664 Мз  
Ніколаєва Вікторія Леонідівна

Спеціальності: 053 «Психологія»

ОПП: «Психологія»

Миколаїв – 2024 рік

Чорноморський національний університет імені Петра Могили

( повне найменування вищого навчального закладу )

Інститут, факультет, відділення

Кафедра, циклова комісія

Рівень вищої освіти

Спеціальність

ОПП / ОНП

Навчально-науковий медичний інститут

кафедра психології

другий (магістерський)

053 «Психологія»

«Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології

\_\_\_\_\_ А. І. Яблонський

“ ” 2024 року

**З А В Д А Н Н Я**  
**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ**

**Ніколаєвій Вікторії Леонідівні**

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема проекту (роботи) Гештальт-терапія як метод психологічної корекції синдрому жертви у молодих жінок.

керівник роботи: Караджи Олена Сергіївна, викладач.

(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом вищого навчального закладу від  
«26» вересня 2024 року № 249/1.

2. Строк подання студентом проекту (роботи) «24» листопада 2024 року

3. Вихідні дані до кваліфікаційної роботи: вступ, основна частина, висновок, список використаних джерел та літератури, додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) згідно з планом кваліфікаційної роботи магістра.

1. Проаналізувати основні характеристики синдрому жертви, його прояви та вплив на психоемоційний стан молодих жінок, а також вивчити теоретичні основи гештальт-терапії як методу психологічної корекції, включаючи його принципи, техніки та роль у відновленні психічного здоров'я.

2. Дібрати методичне забезпечення для дослідження ефективності гештальт-терапії в корекції синдрому жертви у молодих жінок, включаючи вибір методів і форм психологічної допомоги.

3. Провести емпіричне дослідження синдрому жертви у молодих жінок та проаналізувати результати, зокрема самооцінку, локус-контролю, рівень

сприйнятого стресу, рівень благополуччя та модель поведінки: жертва, агресор чи рятівник.

4. Скласти та провести програму психокорекційної роботи на основі методів гештальт-терапії для молодих жінок, які пережили синдром жертви, з акцентом на інтеграцію практичних вправ і технік в індивідуальних сесіях.

5. Перелік графічного матеріалу. Робота містить 4 таблиці та 7 рисунків.

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

| Розділ   | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис         |                  |
|----------|-------------------------------------------|----------------|------------------|
|          |                                           | завдання видав | завдання прийняв |
| Вступ    | Караджи О. С.                             |                |                  |
| Розділ 1 | Караджи О. С.                             |                |                  |
| Розділ 2 | Караджи О. С.                             |                |                  |
| Розділ 3 | Караджи О. С.                             |                |                  |
| Висновки | Караджи О. С.                             |                |                  |

7. Дата видачі завдання 26.09.2024

### КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

| № з/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи                                                      | Строк виконання етапів проекту (роботи) | Примітка |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------|
| 1.    | Вступ до кваліфікаційної роботи                                                          | вересень 2024                           |          |
| 2.    | Розділ 1. Теоретико-методологічні засади вивчення психоемоційного стану безробітних осіб | жовтень 2024                            |          |
| 3.    | Розділ 2. Емпіричне дослідження психоемоційного стану осіб у ситуаціях втрати роботи     | листопад 2024                           |          |
| 4.    | Розділ 3. Програма психологічної корекції психоемоційного стану безробітних              | листопад 2024                           |          |
| 5.    | Висновки                                                                                 | листопад 2024                           |          |
| 6.    | Передкваліфікаційна практика                                                             | 02.09 – 15.09. 2024                     |          |
| 7.    | Оформлення списку використаних джерел та літератури, додатків                            | листопад 2024                           |          |
| 8.    | Попередній захист                                                                        | 25.11.2024                              |          |
| 9.    | Рецензія на дипломну роботу                                                              | 02.12.2024                              |          |
| 10.   | Захист дипломної роботи                                                                  | 17.12 2024                              |          |

Студент

(підпис)

**Ніколаєва В. Л.**

(прізвище та ініціали)

Керівник проекту (роботи)

(підпис)

**Караджи О. С.**

(прізвище та ініціали)

## АНОТАЦІЯ

**Ніколаєва В. Л. Гештальт-терапія як метод психологічної корекції синдрому жертви у молодих жінок.** Кваліфікаційна робота на здобуття другого ступеня вищої освіти (магістр) зі спеціальності 053 – «Психологія». Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2024.

У дипломній роботі здійснено теоретичне узагальнення проблеми синдрому жертви у молодих жінок та вирішення актуальної наукової проблеми його психологічної корекції за допомогою гештальт-терапії, оцінено стан її розробленості в сучасній психології.

З'ясовано особливості синдрому жертви у молодих жінок, його ключові характеристики, зокрема схильність до віктимної поведінки, емоційної залежності та низького рівня саморегуляції. Визначено основи гештальт-терапії як методу психологічної корекції, включаючи принципи усвідомленості, відповідальності, інтеграції досвіду та роботу з фізичними почуттями.

Виокремлено та схарактеризовано переваги та особливості використання гештальт-терапії у роботі з молодими жінками, які мають схильність до синдрому жертви, зокрема її здатність сприяти розвитку емоційної стійкості, підвищенню самооцінки та формуванню активної життєвої позиції.

Розроблено програму психокорекційної роботи на основі гештальт-терапії, спрямовану на подолання синдрому жертви у молодих жінок. Програма включає групові методи терапії, орієнтовані на самопізнання, роботу з емоціями, а також усвідомлення власних потреб і цінностей. Вивчено ефективність гештальт-терапії у подоланні синдрому жертви шляхом проведення емпіричного дослідження. Верифіковано результати програми, які свідчать про зниження рівня віктимної поведінки, підвищення рівня усвідомленості та емоційної саморегуляції.

**Ключові слова:** *синдром жертви, емоційна стійкість, віктимна поведінка, психологічна корекція, гештальт-терапія, молоді жінки.*

## ABSTRACT

**Nikolaieva V. L. Gestalt therapy as a method of psychological correction of victim syndrome in young women.** Qualification work for obtaining the second degree of higher education (master's degree) in the specialty 053 – «Psychology». Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2024.

In the thesis, a theoretical generalization of the problem of the victim syndrome in young women and the resolution of the relevant scientific problem of its psychological correction through Gestalt therapy were carried out, assessing the current state of its development in modern psychology.

The features of the victim syndrome in young women were identified, along with its key characteristics, including a tendency toward victim behavior, emotional dependence, and low self-regulation. The foundations of Gestalt therapy as a method of psychological correction were determined, including the principles of awareness, responsibility, experience integration, and working with physical sensations.

The advantages and specific features of using Gestalt therapy in working with young women prone to victim syndrome were highlighted and described, particularly its ability to foster emotional resilience, increase self-esteem, and develop an active life position.

A psychocorrectional program based on Gestalt therapy was developed, aimed at overcoming the victim syndrome in young women. The program includes group therapy methods focused on self-awareness, emotional work, and the recognition of personal needs and values. The effectiveness of Gestalt therapy in overcoming the victim syndrome was studied through empirical research. The results of the program were verified, showing a reduction in the level of victim behavior, an increase in awareness, and improved emotional self-regulation.

**Keywords:** *victim syndrome, emotional resilience, victim behavior, psychological correction, Gestalt therapy, young women.*

## ЗМІСТ

|                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| ВСТУП.....                                                                                                                   | 4  |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ ПРИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ЖЕРТВИ У МОЛОДИХ ЖІНОК.....                          | 9  |
| 1.1. Визначення синдрому жертви у молодих жінок та його ключові характеристики.....                                          | 9  |
| 1.2. Основи гештальт-терапії як методу психологічної корекції.....                                                           | 24 |
| 1.3. Ефективність гештальт-терапії в корекції синдрому жертви у молодих жінок.....                                           | 27 |
| Висновки до першого розділу.....                                                                                             | 30 |
| РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПСИХОКОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ЖЕРТВИ У МОЛОДИХ ЖІНОК.....                   | 34 |
| 2.1. Методичне забезпечення дослідження ефективності гештальт-терапії для психокорекції синдрому жертви у молодих жінок..... | 34 |
| 2.2. Аналіз результатів дослідження ефективності гештальт-терапії для психокорекції синдрому жертви у молодих жінок.....     | 44 |
| Висновки до другого розділу.....                                                                                             | 57 |
| РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ЖЕРТВИ У МОЛОДИХ ЖІНОК.....                                      | 60 |
| 3.1. Переваги та особливості гештальт теорії та гештальт терапії у роботі з почуттям жертви у молодих жінок.....             | 60 |
| 3.2. Проведення психокорекційної роботи щодо профілактики синдрому жертви у молодих жінок.....                               | 62 |
| 3.3. Аналіз результатів дослідження щодо профілактики синдрому жертви у молодих жінок.....                                   | 70 |

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| Висновки до третього розділу..... | 73 |
| ВИСНОВКИ.....                     | 75 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....   | 77 |
| ДОДАТКИ.....                      | 84 |

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Синдром жертви – це складний психологічний стан, що характеризується відчуттям безпорадності, жертвуванням своїх потреб заради інших і схильністю до самообвинувачення. Він часто виникає внаслідок травматичного досвіду, емоційного насильства або жорстоких міжособистісних стосунків. У молодих жінок цей синдром може проявлятися особливо яскраво, оскільки вони можуть бути під тиском соціальних очікувань, гендерних стереотипів та обмежень, які негативно впливають на їхню самооцінку і психічне здоров'я.

У зв'язку з цим, гештальт-терапія набуває особливої актуальності як метод психологічної корекції. Цей підхід акцентує увагу на усвідомленні особистих переживань, емоцій і поведінки, а також на інтеграції різних аспектів особистості, що допомагає жінкам усвідомити власні потреби, бажання і права. Гештальт-терапія пропонує індивідуальні та групові техніки, які сприяють розвитку емоційної свідомості, підвищенню самооцінки і самоприйняття.

У сучасному суспільстві проблеми, пов'язані з насильством і дискримінацією жінок, набирають дедалі більшої актуальності. Соціологічні дослідження показують, що багато молодих жінок зазнають емоційного насильства, що формує у них синдром жертви. У таких умовах важливо надати жінкам інструменти для саморозуміння і відновлення психологічної цілісності. Гештальт-терапія, зосереджуючи увагу на теперішньому досвіді і міжособистісних стосунках, може стати ефективним засобом для подолання наслідків травмуючих ситуацій.

З клінічної точки зору, гештальт-терапія пропонує широкий спектр технік, які допомагають молодим жінкам усвідомити і виразити свої почуття стосовно травматичних подій. Цей підхід дозволяє створити безпечний простір для відновлення емоційної цілісності, що особливо важливо для жінок, які пережили насильство. З допомогою гештальт-терапії жінки можуть почати процес відновлення своєї ідентичності, переходячи від ролі жертви до активної учасниці свого життя.

Важливим аспектом є також необхідність підвищення обізнаності про синдром жертви та можливості гештальт-терапії серед психологів, соціальних працівників і студентів, які навчаються у цій сфері. Освіта в цій області сприятиме розвитку більш чутливого та усвідомленого підходу до роботи з молодими жінками, які пережили травми. В результаті, це може призвести до зменшення випадків жорстокого поводження і зростання рівня психічного здоров'я в суспільстві.

Отже, актуальність теми гештальт-терапії як методу психологічної корекції синдрому жертви у молодих жінок є очевидною. Вона охоплює соціальні, клінічні та освітні аспекти, що підкреслює важливість інтеграції психотерапевтичних методів у систему підтримки молодих жінок. Дослідження та практика в цій галузі можуть суттєво сприяти покращенню психічного здоров'я жінок і забезпеченню їм можливості жити в гармонії з собою та своїм оточенням.

**Об'єкт дослідження:** синдром жертви.

**Предмет дослідження:** гештальт-терапія як метод психологічної корекції синдрому жертви у молодих жінок.

**Гіпотеза:** застосування методів гештальт-терапії сприяє покращенню психологічного стану, зниженню симптомів синдрому жертви та підвищенню рівня усвідомлення відповідальності за своє життя. Зокрема, передбачається, що після застосування методик гештальт-терапії у клієнтів покращується рівень самооцінки, змінюється спрямованість локус-контролю, знижується рівень сприйнятого стресу, підвищується рівень благополуччя та змінюється модель поведінки.

**Мета роботи:** теоретично вивчити та емпірично дослідити ефективності застосування гештальт-терапії як методу психологічної корекції синдрому жертви.

**Основні завдання роботи** включають:

1. Проаналізувати основні характеристики синдрому жертви, його прояви та вплив на психоемоційний стан молодих жінок, а також вивчити теоретичні

основи гештальт-терапії як методу психологічної корекції, включаючи його принципи, техніки та роль у відновленні психічного здоров'я.

2. Дібрати методичне забезпечення для дослідження ефективності гештальт-терапії в корекції синдрому жертви у молодих жінок, включаючи вибір методів і форм психологічної допомоги.

3. Провести емпіричне дослідження синдрому жертви у молодих жінок та проаналізувати результати, зокрема самооцінку, локус-контролю, рівень сприйнятого стресу, рівень благополуччя та модель поведінки: жертва, агресор чи рятівник.

4. Скласти та провести програму психокорекційної роботи на основі методів гештальт-терапії для молодих жінок, які пережили синдром жертви, з акцентом на інтеграцію практичних вправ і технік в і індивідуальних сесіях.

**Методи дослідження:** у роботі для вирішення поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження було використано такі теоретичні методи: теоретичний аналіз та узагальнення наукової літератури з досліджуваної проблематики; порівняльний аналіз і узагальнення даних. Серед емпіричних методів застосовувалися психодіагностичне обстеження, а також аналіз і систематизація отриманих результатів.

Психодіагностичний інструментарій: для дослідження психологічних особливостей жінок було обрано такі методики: Методика «Схильність до віктимної поведінки», методика локусу контролю Дж.Роттера, шкала самооцінки Розенберга, шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург, шкала сприйнятого стресу (PSS).

У процесі дослідження для аналізу отриманих даних були використані методи математичної статистики, що дозволили забезпечити їхню наукову обґрунтованість та об'єктивність. Для оцінки сили та напрямку зв'язку між ранжованими даними використовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $r$ -Спірмена), що дозволив виявити кореляційні залежності між досліджуваними показниками.

**Теоретико-методологічна основа дослідження.** Теоретико-методологічна основа дослідження гештальт-терапії як методу психологічної корекції синдрому жертви у молодих жінок базується на внеску провідних науковців у цій галузі. Зокрема, вагомими є роботи М.Вертгеймера, В.Келлєрса та К.Коффки (основоположників гештальт-терапії), які акцентували на важливості усвідомлення і «тут і зараз» у терапевтичному процесі та допомозі клієнтам у прийнятті відповідальності за власне життя. Важливими є також праці К.Левіна та А. Маслоу (теорії самоактуалізації та особистісного росту).

Дослідження сучасних науковців, таких як К. Верба, Н.Володарська, Ф.Гнезділова, С.Жоха, Я.Кальба зосереджені на аналізі гештальт-підходу до корекції психологічних травм, розробці терапевтичних методів для жертв аб'юзу, та створенні підтримуючого середовища для жінок із синдромом жертви. Серед українських дослідників варто відзначити роботи В.Кердивар, Я.Короход, Я.Татьянчиков, І.Словська і Ю.Щебанова, які вивчають застосування гештальт-терапії у практиці психокорекції та її вплив на самооцінку й емоційне відновлення молодих жінок.

Праці таких авторів, як S.Shalchian, K.Höll та Т.Тимків, присвячені інтеграції гештальт-терапії з іншими підходами в роботі з жертвами насилля, акцентуючи на важливості усвідомлення і відновлення особистісної цілісності.

**Експериментальна база дослідження:** у дослідженні взяли участь 56 жінок віком від 20 до 35 років, які становили вибірку для аналізу психологічних особливостей та показників, досліджуваних у рамках роботи.

**Наукова новизна та практичне значення одержаних результатів.** Наукова новизна одержаних результатів полягає в розробці та впровадженні психокорекційної програми для профілактики синдрому жертви у молодих жінок, заснованої на гештальт-терапії. Цей підхід дозволяє здійснювати цілісну роботу з підвищення самосвідомості, розвитку емоційної стійкості та формування здорових міжособистісних стосунків у жінок, що знаходяться під впливом віктимних патернів поведінки. Вперше на рівні психокорекційної роботи для цієї категорії було систематично використано гештальт-підхід,

орієнтуючись на розвиток активної життєвої позиції та усвідомленої відповідальності за свої емоції й поведінку. Отримані результати розширюють можливості психотерапевтичної роботи з жінками, які переживають почуття жертви, і забезпечують нові практичні рекомендації для психологів та психотерапевтів.

Практичне значення одержаних результатів полягає в тому, що запропоновані методи та техніки, засновані на гештальт-терапії, можуть бути ефективно використані для профілактики та корекції синдрому жертви у молодих жінок. Результати дослідження доводять, що гештальт-терапія здатна значно зменшити рівень агресивної віктимної поведінки, залежності та самоушкоджуючих установок, а також сприяти розвитку більш здорових моделей поведінки. Це робить підхід корисним інструментом для психологів, які працюють з цією категорією клієнтів, і може бути застосовано як у клінічній практиці, так і в рамках профілактичних програм для молодих жінок, що переживають складні життєві ситуації.

**Структура кваліфікаційної роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг бакалаврської роботи становить 95 сторінок, основний зміст викладено на 72 сторінках. Робота містить 4 таблиці, 7 рисунків, 6 додатки. Список використаних джерел складає 75 праць українських та зарубіжних авторів.

## **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ ПРИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ЖЕРТВИ У МОЛОДИХ ЖІНОК**

### **1.1. Визначення синдрому жертви у молодих жінок та його ключові характеристики**

Поняття «синдром жертви» вперше було введено у психологічну термінологію в середині ХХ століття, хоча його корені сягають набагато глибше в історію. Одним із перших дослідників, який звернув увагу на це явище, був американський психолог М.Селігман у 1960-х роках. Він розробив концепцію «вивченої безпорадності» (learned helplessness), яка є основою сучасного розуміння синдрому жертви. М.Селігман проводив експерименти на тваринах і показав, що після багаторазового впливу неконтрольованих негативних ситуацій суб'єкти починають відчувати безпорадність і не намагаються змінити своє становище, навіть якщо з'являється можливість [34, 36].

Однак сам термін «синдром жертви» виник пізніше і був використаний для опису психологічного стану людей, які постійно вважають себе жертвами обставин і не вірять у можливість впливати на власне життя. У психологічних дослідженнях цей термін почав широко використовуватися у 1980-х роках, коли почали досліджувати поведінкові патерни людей, що постійно зазнають насильства, зловживань або життєвих труднощів [28].

Історичний контекст: Як змінювалась інтерпретація синдрому жертви з часом.

#### **1. Ранній період (до середини ХХ століття).**

До появи терміну «синдром жертви» психологічні і філософські праці, такі як вчення З.Фрейда, часто розглядали феномени безпорадності і пасивної поведінки через призму несвідомих комплексів або травм дитинства. Проте чіткої категоризації поняття жертви як стійкого синдрому не існувало. Жертва, як психологічна концепція, здебільшого розумілася як тимчасовий стан, спричинений травматичними подіями, без уваги до можливості хронічного характеру [8, 46].

## 2. Вивчення безпорадності та розвиток концепції (1960-1970-ті роки).

З початком експериментів М.Селігмана, концепція жертви почала набувати наукового пояснення. Його теорія «вивченої безпорадності» зосереджувалась на тому, що суб'єкти можуть втратити бажання впливати на своє становище після багаторазового негативного досвіду. Це явище було пов'язане з депресивними станами, апатією і відмовою від активних дій у відповідь на труднощі [18, 38, 70].

## 3. 1980-1990-ті роки: Поширення терміну «синдром жертви».

У цей період термін «синдром жертви» активно почав використовуватися у психології для опису поведінки людей, які постійно сприймають себе як жертв обставин або насильства. Зокрема, у контексті досліджень домашнього насильства і аб'юзивних відносин, синдром жертви став одним із ключових понять для розуміння психологічного стану жертв насильства. Психологи і терапевти звернули увагу на те, що деякі люди, які пережили травматичний досвід, можуть залишатися в ролі жертви навіть після припинення насильства, що призводить до постійного відчуття безсилля [4, 6].

## 4. Сучасний підхід (2000-ті роки – теперішній час).

На початку XXI століття концепція синдрому жертви отримала подальший розвиток у контексті досліджень посттравматичних розладів, когнітивної психології та теорій самодопомоги. Сучасні дослідження спрямовані на розуміння причин виникнення цього синдрому, а також розробку методів психотерапевтичної допомоги для його подолання. Зараз синдром жертви розглядається як комплексне явище, яке може бути пов'язане як з конкретними травматичними подіями (наприклад, насильством або зловживанням), так і з більш широкими соціальними та психологічними факторами, такими як негативне мислення, недовіра до власних сил, або залежність від зовнішніх обставин [15, 31].

Таким чином, історичний розвиток концепції синдрому жертви відображає еволюцію психологічної науки – від початкових теорій безпорадності до

сучасних підходів, які підкреслюють як індивідуальні, так і соціокультурні причини виникнення цього явища.

Синдром жертви (іноді його називають «менталітетом жертви» або «роль жертви») є складним психологічним феноменом, який включає в себе стійке сприйняття себе як жертви зовнішніх обставин або інших людей. Різні дослідники та автори надають свої підходи до визначення цього синдрому, але загальні елементи спільні для всіх.

Австрійський психотерапевт і засновник логотерапії В.Франкл у своїх роботах наголошував на важливості пошуку сенсу життя як основного способу подолання відчуття безпорадності та синдрому жертви. У своїй знаменитій книзі «Людина в пошуках сенсу» Франкл описує досвід людей, які пережили концтабори, і те, як вони реагували на травматичні події. Він стверджував, що навіть в умовах абсолютного насильства і безнадії людина може обрати внутрішню свободу та прийняти відповідальність за власну реакцію на обставини, що допомагає уникнути менталітету жертви [48, 53, 57].

Е.Берн, відомий американський психіатр і творець транзактного аналізу, розробив концепцію «ігри», яка описує, як люди взаємодіють один з одним через певні ролі. Одна з таких ролей – це «жертва», яку люди можуть свідомо або несвідомо обирати у своїх стосунках. У цій моделі «жертва» є частиною так званого «драматичного трикутника» (жертва, переслідувач і рятувальник). Люди з менталітетом жертви прагнуть отримати увагу або підтримку від інших через демонстрацію своєї безпорадності, уникаючи відповідальності за свою ситуацію [2, 51, 66].

Американський психолог Л.Фестінгер відомий своєю теорією когнітивного дисонансу, яка також може бути застосована для розуміння синдрому жертви. Л.Фестінгер стверджував, що коли у людини є суперечливі переконання або коли її дії не узгоджуються з внутрішніми переконаннями, виникає когнітивний дисонанс. Для того щоб уникнути цього дисонансу, люди можуть спотворювати свою інтерпретацію подій. У випадку синдрому жертви,

особа може виправдовувати свою пасивність або невдачі, переконуючи себе, що вона не має контролю над ситуацією і є жертвою обставин [21, 59].

Дж.Герман, американська психіатрія і експертка в області травматології, у своїй книзі «Травма і зцілення» (1992) розглядає синдром жертви у контексті посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вона досліджувала, як травматичні події, такі як насильство або війна, можуть змусити людину постійно відчувати себе жертвою. Герман описує, як люди, що пережили травму, можуть втратити відчуття контролю над своїм життям і стати вразливими до формування менталітету жертви [52, 60].

Американський психолог Ф.Зімбардо відомий своїм експериментом «Стенфордський тюремний експеримент», який продемонстрував, як звичайні люди можуть займати роль жертви або агресора залежно від соціальних умов. Ф.Зімбардо підкреслює, що контекст і соціальні ролі відіграють ключову роль у формуванні синдрому жертви. Він досліджував, як особи, поміщені в умови пригнічення і контролю, швидко адаптуються до ролі жертви, навіть коли мали силу і можливості для спротиву [16, 32].

Психоаналітичні теорії М.Кляйн можуть бути також важливими для розуміння синдрому жертви. Вона розглядала ранній розвиток психіки людини і відзначала, що відчуття вразливості та безпорадності можуть бути пов'язані з дитячими страхами і фантазіями про переслідування. Вона розробила теорію, згідно з якою психіка людини може фіксуватися на негативних досвідах, що створює основу для відчуття себе як жертви в дорослому житті [33, 54, 72].

Теоретичні моделі: Які теоретичні підходи існують до розуміння синдрому жертви.

#### 1. Когнітивно-поведінковий підхід.

У когнітивно-поведінковій терапії (КПТ) синдром жертви розглядається як результат негативних когнітивних схем або переконань, які формують сприйняття особи щодо себе та своїх можливостей. Згідно з цим підходом, особа, яка пережила травму або інші негативні події, часто розвиває переконання, що вона не здатна контролювати своє життя чи змінювати обставини, які її

оточують. Це призводить до формування стійкого відчуття безпорадності та залежності від зовнішніх факторів.

Центральною проблемою в контексті КПТ є те, що жертва сприймає свій досвід через викривлені уявлення про себе та навколишній світ. Наприклад, особа може вважати, що:

- Її невдачі завжди викликані зовнішніми обставинами, такими як інші люди чи ситуації, а не її власними діями чи рішеннями.
- Вона не має контролю над своїм життям, що веде до пасивного сприйняття подій.
- Всі навколишні люди ворожі чи бездушні, що посилює відчуття ізоляції та самотності.

А.Бек, один із засновників КПТ, стверджував, що когнітивні переконання є вирішальними для формування відчуття безпорадності, характерного для жертв. Він вказував на те, що ці переконання можуть стати самостійними тригерами для негативних емоцій і поведінки, посилюючи ситуацію безвиході.

А.Бек розробив модель, яка описує, як негативні думки (когнітивні спотворення) можуть призводити до негативних емоцій і поведінки. Це включає в себе:

- Дисфункціональні переконання: Віра в те, що «я ніколи не зможу змінити своє життя» або «усі інші в мене не вірять».
- Когнітивні спотворення: Наприклад, генералізація (висновки на основі одного негативного досвіду), катастрофізація (очікування найгіршого) та чорно-біле мислення (переконання, що речі або хороші, або погані без проміжних варіантів).

КПТ прагне навчити клієнтів змінювати ці негативні переконання та моделі мислення, що веде до покращення їхнього психоемоційного стану. Це досягається через кілька ключових стратегій:

1. Ідентифікація негативних думок: Клієнти вчаться розпізнавати свої автоматичні негативні думки, які виникають у стресових ситуаціях.

2. Оцінка та модифікація переконань: Терапевт допомагає клієнтам перевіряти ці думки на обґрунтованість, пропонуючи альтернативні, більш реалістичні переконання.

3. Розвиток навичок вирішення проблем: Клієнти навчаються новим стратегіям, які дозволяють їм брати на себе відповідальність за свої дії та приймати рішення.

4. Практика саморегуляції: Включає в себе навчання технік релаксації, управління стресом та підвищення самооцінки.

Когнітивно-поведінкова терапія є потужним інструментом для корекції синдрому жертви. Вона дозволяє особам, які пережили травму, вийти з пасивного стану жертви і взяти контроль над своїм життям. Зміна негативних когнітивних схем і розвиток активних стратегій поведінки може суттєво поліпшити якість життя клієнтів, допомагаючи їм долати труднощі і відновлювати психічне здоров'я [29, 65].

Теорія «вивченої безпорадності» М.Селігмана.

Селігманська модель «вивченої безпорадності» є одним із найбільш відомих підходів до розуміння менталітету жертви, що пояснює, як негативний досвід може призвести до формування деструктивних когнітивних схем і емоційних реакцій. Ця концепція, розроблена психологом М.Селігманом, ґрунтується на серії експериментів, які він провів з тваринами, але згодом була адаптована для пояснення людської поведінки.

Основні принципи моделі «вивченої безпорадності».

1. Неконтрольованість ситуацій: У своїх експериментах Селігман виявив, що тварини, які зазнавали негативних впливів (наприклад, електричних шоків) у ситуаціях, з яких не могли втекти або які не могли контролювати, виявляли безпорадність. Коли їм надавали можливість втекти від шоків, багато з них не намагалися це зробити, оскільки вважали, що їхні зусилля марні.

2. Втрата віри у контроль: Люди, які стикаються з тривалими і неконтрольованими негативними обставинами (такі як жорстоке поводження, фінансові труднощі чи хронічні хвороби), можуть втратити віру в те, що їхні дії

можуть призвести до позитивних змін. Це відчуття безнадії стає основою для формування синдрому жертви.

3. Пасивність та депресія: Коли особа втрачає віру у свою здатність контролювати ситуацію, це призводить до депресивних симптомів, низької мотивації і пасивності. Вона може почати уникати прийняття рішень, сподіваючись, що ситуація якось зміниться сама по собі, або залишаючись в комфортному, хоча й незадовільному стані.

Синдром жертви, за моделлю М.Селігмана, стає замкнутим колом. Втрата віри у контроль веде до:

- Депресії: Неперервне відчуття безвиході може призводити до тривалої депресії, що ускладнює здатність особи здійснювати позитивні зміни у своєму житті.

- Низької самооцінки: Постійне усвідомлення невдач може знижувати самооцінку і почуття власної вартості, що, в свою чергу, підкріплює відчуття безпорадності.

- Пасивності: Відчуття безнадії може призводити до пасивності у прийнятті рішень і дій, де особа відчуває, що її зусилля не матимуть значення.

Ключовим аспектом подолання синдрому жертви є відновлення віри у власну здатність контролювати своє життя. Психотерапевтичні підходи, такі як КПТ або гештальт-терапія, можуть допомогти клієнтам виявити і переосмислити свої переконання, навчити їх активним стратегіям вирішення проблем і стимулювати їх до участі у власному житті.

Селігманська модель «вивченої безпорадності» ілюструє, як тривале перебування в неконтрольованих ситуаціях може формувати менталітет жертви, заважаючи особі активізувати свої ресурси і здійснювати зміни. Розуміння цієї моделі є важливим кроком у розробці ефективних психологічних інтервенцій для людей, які переживають синдром жертви, допомагаючи їм перейти до активної позиції в своєму житті [17, 28, 30].

Теорія соціального навчання (А.Бандура).

Згідно з теорією соціального навчання А.Бандури, синдром жертви може формуватися через процес спостереження і навчання. Цей процес передбачає, що люди, особливо в дитинстві, набувають моделі поведінки жертви, спостерігаючи за реакціями інших, таких як батьки, вчителі або друзі, на труднощі. Якщо ці особи реагують на стресові ситуації пасивно або безпорадно, це може стати для молодших членів суспільства прикладом для наслідування.

Процес соціального навчання:

1. Спостереження за моделями поведінки: Діти та молоді люди часто вивчають, як реагувати на стресові ситуації, спостерігаючи за дорослими. Якщо вони бачать, що дорослі постійно приймають позицію жертви, це може сформувати у них аналогічні переконання.

2. Інтеріоризація поведінки: Поступово, спостерігаючи за поведінкою інших, особа починає інтеріоризувати ці моделі, вважаючи їх нормальними або прийнятними. Це може призвести до розвитку пасивної поведінки, де особа не намагається змінити ситуацію, вважаючи, що її дії не матимуть жодного ефекту.

3. Соціальна підтримка і підкріплення: У деяких випадках, якщо оточення підтримує жертвенну поведінку, це може підкріплювати та закріплювати такі моделі. Наприклад, коли оточуючі висловлюють співчуття чи надають допомогу, це може підкріплювати враження, що безпорадність – це прийнятна та ефективна стратегія.

А.Бандура підкреслював важливість поняття самоефективності, яке є протилежним до синдрому жертви. Самоефективність визначається як переконання особи в її здатності контролювати власні дії та досягати бажаних результатів.

Таким чином, теорія соціального навчання А.Бандури пропонує цінне розуміння формування синдрому жертви через моделі поведінки, які люди спостерігають у своєму оточенні. Розуміння цього процесу є важливим для розробки інтервенцій, спрямованих на підвищення самоефективності, що може допомогти жінкам, які переживають синдром жертви, відновити контроль над своїм життям і зменшити почуття безпорадності [47, 50].

## 2. Психоаналітичний підхід.

Згідно з класичними теоріями психоаналізу, представленими З.Фройдом і К.Хорні, синдром жертви може розглядатися як прояв захисних механізмів психіки. Ці механізми формуються внаслідок досвіду, отриманого в дитинстві, і можуть впливати на поведінку особи в дорослому житті.

З.Фройд акцентував увагу на несвідомих процесах, які формують поведінку особи. Він стверджував, що стресові події можуть призводити до виникнення захисних механізмів, які допомагають індивіду уникати тривоги. У контексті синдрому жертви це може проявлятися через:

1. Заперечення: Особи можуть заперечувати реальність травматичних подій або власну участь у ситуаціях, які призвели до їхніх страждань.

2. Проекцію: Замість того щоб визнавати власні почуття безпорадності, індивіди можуть проектувати ці почуття на інших, звинувачуючи їх у своїх проблемах.

3. Регресію: В умовах стресу особа може повертатися до ранніх стадій розвитку, де вона відчуває себе безпечною, що може проявлятися в безпорадності.

К.Хорні розширила фройдистський підхід, акцентуючи увагу на соціокультурних факторах, які формують психологію особи. Вона описала концепцію «базальної тривоги», яка виникає внаслідок вразливості, відчуття небезпеки або нестабільних умов виховання. Це почуття тривоги може формуватися в дитинстві, і його наслідки включають:

1. Вразливість: Діти, які виховуються в умовах тривоги або нестабільності, можуть відчувати постійну вразливість, що веде до формування захисних механізмів, спрямованих на уникнення цієї тривоги.

2. Пасивна поведінка: Коли людина переживає базальну тривогу, вона може відчувати потребу у захисті, що призводить до формування пасивної поведінки. Такі особи можуть почати ідентифікувати себе з роллю жертви, вважаючи, що їхні труднощі викликані зовнішніми обставинами, а не їхніми власними діями чи рішеннями.

3. Ідентифікація з жертвою: Ця ідентифікація може бути способом впоратися з тривогою, оскільки визнання себе жертвою дозволяє уникнути відповідальності за свої дії. Таким чином, синдром жертви стає захисним механізмом, який дозволяє уникнути глибшого розуміння особистих труднощів.

Отже, з точки зору психоаналізу, синдром жертви можна розглядати як складну реакцію на психологічний стрес, сформовану під впливом як особистісних, так і соціокультурних факторів. Захисні механізми, описані З.Фройдом і К.Хорні, дозволяють зрозуміти, як особи можуть формувати роль жертви внаслідок свого досвіду, а також як це може впливати на їхню поведінку і психічне здоров'я. Розуміння цих механізмів може бути важливим для розробки ефективних підходів до психокорекції і допомоги молодим жінкам, які переживають синдром жертви [8, 12, 39].

### 3. Феміністична психологія.

У рамках феміністичної психології синдром жертви розглядається через призму гендерної соціалізації, що підкреслює вплив соціальних та культурних норм на розвиток жінок як особистостей. У патріархальних суспільствах жінки часто займають залежні або підпорядковані ролі, що може призводити до формування менталітету жертви. Це явище характеризується рядом факторів, які взаємодіють, створюючи умови для розвитку безпорадності та пасивності.

Гендерна соціалізація та її вплив на жінок:

1. Соціальні очікування: Виховання і соціалізація дівчаток в патріархальних суспільствах часто передбачають засвоєння ролей, які акцентують увагу на підпорядкуванні, догляді за іншими і уникненні конфліктів. Це може призводити до того, що жінки вважають себе менш здатними до активних дій і змін у власному житті.

2. Постійне пригнічення: Жінки, які піддаються систематичному пригніченню через насильство, дискримінацію або соціальну ізоляцію, можуть почати сприймати свою роль як «жертви». Це не лише відображає реальність їхнього становища, але й впливає на їхні думки, почуття і поведінку, підкріплюючи відчуття безпорадності.

3. Низька самооцінка: Гендерна соціалізація може призводити до зниження самооцінки у жінок. Постійні зусилля відповідати суспільним стандартам та очікуванням можуть створювати враження, що їхні власні бажання і цінності не мають значення. Це відчуття може посилювати синдром жертви.

Таким чином, розуміння синдрому жертви через призму феміністичної психології дозволяє глибше проаналізувати соціальні та культурні фактори, які впливають на розвиток менталітету жертви у жінок. Це знання може бути корисним для розробки інтервенцій і програм підтримки, які допоможуть жінкам подолати безпорадність і стати активними учасниками власного життя та суспільства [20, 26].

#### 4. Гуманістична психологія.

З точки зору гуманістичної психології (К.Роджерс, А.Маслоу), синдром жертви може виникати через порушення процесу самоактуалізації. Якщо особа не отримує достатньо підтримки в своєму особистісному розвитку або постійно стикається з соціальними чи емоційними бар'єрами, вона може розвинути відчуття себе як жертви і втратити віру в можливість позитивних змін [35, 40].

Таким чином, різні підходи до розуміння синдрому жертви показують, що це складний феномен, який може розвиватися через низку факторів: психологічні травми, негативне мислення, когнітивні переконання, соціальні умови або виховання. Кожен із теоретичних підходів додає нові шари до розуміння цього явища і пропонує різні шляхи до його подолання.

Основні ознаки синдрому жертви.

- Пасивність і безпорадність.

Люди із синдромом жертви часто демонструють пасивну поведінку та відчуття безпорадності. Вони переконані, що не можуть вплинути на ситуацію, і вважають, що зовнішні фактори повністю визначають їхню долю. Це проявляється у небажанні приймати відповідальні рішення або діяти для зміни ситуації [3, 25].

- Самозвинувачення і самокритика.

У багатьох випадках особи з синдромом жертви схильні до сильного самозвинувачення за свої проблеми або неуспіхи. Вони часто вважають, що саме їхні недоліки є причиною труднощів, і можуть переживати надмірний рівень самокритики, що перешкоджає їхній здатності розв'язувати проблеми.

- Переконавання в несправедливості світу.

Люди з менталітетом жертви часто бачать навколишній світ як несправедливий та ворожий. Вони вважають, що інші зловживають їхнім добром або навмисно їх пригнічують. Це переконання супроводжується думкою, що їхнє становище – результат дій зовнішніх сил, а не їхньої власної поведінки [23, 73].

- Низька самооцінка.

Одна з головних ознак синдрому жертви – це низька самооцінка. Люди, які вважають себе жертвами, часто сумніваються у своїх можливостях і цінності, відчують себе недостойними кращого життя або взаємин. Їм важко повірити, що вони мають силу чи право змінювати своє становище.

- Залежність від інших.

Жертви часто шукають зовнішньої підтримки та схвалення, іноді навіть на шкоду своїм інтересам. Вони можуть залежати від інших людей, вважаючи, що ті повинні вирішувати їхні проблеми. Це підкріплює їхню пасивну поведінку і посилює відчуття власної слабкості [1, 19, 27].

- Скарги і постійна негативна оцінка ситуації.

Часто жертви постійно скаржаться на своє життя і обставини, у яких опинилися. Вони зосереджуються на проблемах і невдачах, замість того щоб шукати рішення. В їхній риторичі переважають негативні судження, які ще більше закріплюють відчуття безнадійності.

Додаткові ознаки синдрому жертви:

- Уникання відповідальності.

Окрім основних ознак, особи з синдромом жертви можуть уникати відповідальності за свої дії. Вони перекладають провину за свої невдачі на інших або на обставини, відмовляючись визнати свою роль у ситуації [7, 14].

- Песимістичне бачення майбутнього.

Додатково до негативного погляду на теперішнє, люди з менталітетом жертви часто песимістично оцінюють своє майбутнє. Вони вважають, що їхні проблеми ніколи не вирішаться, і не бачать можливостей для змін.

- Страх змін.

Оскільки жертви часто почуваються безсилими перед своїми обставинами, вони можуть боятися змін і уникати ризиків. Замість того щоб шукати нові шляхи вирішення проблем, вони прагнуть залишатися у звичних, хоча й негативних, умовах [13, 42, 43].

- Залежність від драматичних ситуацій.

У деяких випадках люди з синдромом жертви можуть підсвідомо шукати драматичні або конфліктні ситуації, у яких вони знову можуть виступити у ролі жертви. Це допомагає їм закріпити свій статус і викликати співчуття в оточення.

- Ізоляція.

Люди з синдромом жертви часто ізолюють себе від суспільства, уникають соціальної взаємодії та формування стосунків. Це може бути як наслідком їхнього відчуття безпорадності, так і результатом того, що вони вважають себе непотрібними або незрозумілими [58, 62, 63].

Синдром жертви характеризується багатьма ознаками, що стосуються як внутрішнього сприйняття особистості, так і її зовнішньої поведінки. Основні ознаки включають пасивність, низьку самооцінку, переконання в несправедливості світу та схильність до самозвинувачення. Додаткові аспекти, такі як уникання відповідальності, страх змін та ізоляція, лише поглиблюють цей стан, посилюючи відчуття безнадійності та слабкості.

Синдром жертви виникає під впливом ряду чинників, серед яких важливе місце займають як зовнішні, так і внутрішні фактори. Однією з ключових причин розвитку цього синдрому є негативний життєвий досвід. Травматичні події, такі як фізичне або емоційне насильство, можуть суттєво вплинути на людину, формуючи в неї відчуття безпомічності та нездатності контролювати власне життя. Люди, що пережили подібні ситуації, часто втрачають віру у свої

можливості і починають сприймати себе як жертви обставин. Це почуття укріплюється з часом, перетворюючись на стійку модель поведінки [5, 11].

Соціальне середовище також відіграє важливу роль у формуванні синдрому жертви. Людина, яка постійно стикається з критикою або приниженням з боку оточуючих, може поступово сприймати це як норму, що призводить до укорінення ролі жертви. Особливо сильний вплив мають токсичні стосунки, де один з партнерів використовує психологічний тиск або маніпуляції для контролю іншого. У таких ситуаціях постраждалі часто вважають, що вони не можуть вплинути на ситуацію або захистити свої права.

Культурні та суспільні норми також можуть сприяти формуванню синдрому жертви. У деяких культурах існують усталені стереотипи, які підтримують або виправдовують жертвування, особливо в контексті соціальних або гендерних ролей. Жінки, наприклад, можуть відчувати тиск суспільства, яке очікує від них покірності та відмови від особистих інтересів заради інших. Це може посилювати відчуття власної безпорадності та неспроможності змінити ситуацію.

Важливу роль у розвитку синдрому жертви відіграє сімейне середовище. Діти, які ростуть в умовах конфліктних або насильницьких відносин, часто переймають моделі поведінки, що базуються на віктимізації. Якщо один з батьків постійно демонструє роль жертви, дитина може засвоїти, що такий спосіб реагування на труднощі є нормою. Це призводить до того, що в дорослому віці людина автоматично відтворює подібну поведінку, стикаючись з проблемами.

З психологічної точки зору, розвиток синдрому жертви часто пов'язаний із психологічною травмою. Люди, які зазнали важких життєвих випробувань, можуть відчувати хронічний страх і невпевненість, що зумовлює їхнє прагнення уникати ризиків та змін. Це викликає почуття безпорадності, коли людина не здатна побачити вихід із ситуації або шляхи для покращення свого становища. Психологічна травма також часто викликає глибокі когнітивні викривлення, при яких індивід вважає, що не має сили або впливу на своє життя [24].

Когнітивні викривлення є ще одним важливим чинником у формуванні синдрому жертви. Люди з таким синдромом часто бачать світ через призму негативних установок, наприклад, переконуючи себе в тому, що інші постійно налаштовані проти них або що вони не заслуговують на успіх і щастя. Це викликає поведінкову пасивність і небажання діяти для змін. Стан жертви часто супроводжується низькою самооцінкою і глибокою недовірою до власних сил, що тільки підкріплює почуття безнадії та зневіри у можливості змінити своє життя.

Зрештою, біологічні та генетичні чинники також можуть відігравати роль у виникненні синдрому жертви. Люди з певними генетичними схильностями до тривожних розладів або депресії більш вразливі до розвитку цього синдрому, оскільки їм важче долати стресові ситуації та адаптуватися до змін.

Синдром жертви є складним психологічним явищем, яке розвивається через поєднання зовнішніх і внутрішніх факторів. Історично його концепція розвивалася в рамках досліджень травм, поведінкових реакцій і соціальних стереотипів. Основні ознаки синдрому жертви включають відчуття безпорадності, переконання у власній неспроможності змінити обставини та пасивність у конфліктних ситуаціях. Важливими додатковими ознаками є низька самооцінка, хронічний страх і когнітивні викривлення. Причини виникнення синдрому пов'язані з травматичними подіями, токсичними стосунками, соціальними та культурними стереотипами, а також генетичною схильністю. Синдром жертви вимагає комплексного підходу до його розуміння та корекції, враховуючи як психологічні, так і соціальні чинники.

## **1.2. Основи гештальт-терапії як методу психологічної корекції**

Гештальт-терапія є однією з важливих течій у психологічній корекції, яка розвивалася на основі ідей гештальтпсихології. Її корені ведуть до початку 20 століття, коли психіатри і психологи почали розглядати важливість цілісного сприйняття досвіду. Основними засновниками цього підходу є Ф. Перлз і його дружина Л. Перлз, разом з П. Гудманом. Їхні роботи сформували основу сучасної

гештальт-терапії, яку вони розвивали, реагуючи на обмеження традиційного психоаналізу. Гештальт-терапія акцентує увагу на усвідомленні тут-і-зараз, прагнучи допомогти людям краще розуміти і приймати свій досвід [44, 49, 54].

Ф.Перлз, один із ключових засновників цього підходу, вважав, що основна мета терапії полягає у допомозі клієнтам досягти цілісності, що визначається як здатність бути повністю присутнім у моменті і усвідомлювати всі свої переживання.

Л.Перлз також відіграла важливу роль у формуванні технік і практик, що складають гештальт-терапію, особливо в аспектах роботи з тілесними відчуттями і емоціями. П.Гудман, який активно співпрацював з Перлзами, додав до терапії філософські та культурні роздуми, що допомогло створити більш глибокий контекст для терапевтичного процесу [36, 56, 59].

Гештальт-терапія базується на кількох ключових принципах, які визначають її основну концепцію і практику. Принцип цілісності або гештальту є фундаментальним у цьому підході. Відповідно до цього принципу, людина сприймає світ як єдину, інтегровану структуру, а не як просто сукупність окремих частин. У контексті гештальт-терапії це означає, що терапевт розглядає клієнта як цілісну особистість, враховуючи важливість взаємозв'язків між різними аспектами його життя. Терапевт працює з усім досвідом клієнта, включаючи його емоції, фізичні відчуття і раціональне мислення, щоб допомогти йому зберегти цілісність і гармонію в особистості. Цей підхід також дозволяє клієнту бачити і розуміти свій досвід у цілому, що сприяє глибшому самопізнанню та розв'язанню внутрішніх конфліктів.

Принцип «тут і зараз» є ще одним важливим аспектом гештальт-терапії. Цей принцип підкреслює значення концентрації на теперішньому моменті, що дозволяє клієнту повніше відчувати свої емоції та реакції у реальному часі. Зосередження на поточних відчуттях, думках і емоціях сприяє кращому розумінню та усвідомленню власного досвіду. Це також допомагає клієнту не відволікатися на минулі події або майбутні перспективи, а концентруватися на

тому, що відбувається зараз, що є важливим для процесу терапії та особистісного зростання [22, 29, 36].

Принцип фігури і фону в гештальт-терапії вказує на те, як люди сприймають головний об'єкт уваги (фігуру) від його контексту (фону). У терапевтичній практиці це означає допомогу клієнту у виокремленні і розпізнаванні основних проблем і переживань серед численних інших аспектів їхнього життя. Наприклад, якщо клієнт страждає від депресії, але не може зрозуміти її причини, терапевт допомагає розділити депресію як «фігуру» від загального «фону» інших аспектів життя, таких як незадоволеність роботою чи міжособистісні конфлікти. Це дозволяє клієнту краще усвідомити і зрозуміти свої переживання, що веде до більш ефективного вирішення проблем.

Креативний випробувальний механізм в гештальт-терапії відображає людську природну схильність до самореалізації і розвитку. Терапія сприяє створенню середовища, де клієнт може вільно виражати свої думки, почуття і потреби. Терапевт заохочує клієнта до експериментування з новими способами поведінки і підходами до вирішення проблем, що може включати розвиток нових ідей, ідентифікацію внутрішніх потреб і цілей. Цей процес підтримує клієнта в розвитку його творчого потенціалу і здатності знаходити нові рішення, що сприяє особистісному зростанню [22, 41, 74, 75].

Принцип діалогу є ключовим у гештальт-терапії, оскільки він акцентує важливість активної взаємодії між терапевтом і клієнтом. Діалог у цьому контексті не обмежується простою розмовою; він включає обмін думками, емоціями і переживаннями, що веде до глибшого розуміння себе і інших. Терапевт стимулює клієнта до усвідомлення і вираження своїх почуттів, що дозволяє налагодити відкриті і довірчі стосунки. Це сприяє позитивним змінам і розвитку клієнта, так як він отримує можливість краще зрозуміти свої проблеми і знайти шляхи їх вирішення.

Принцип відповідальності за власні дії в гештальт-терапії підкреслює важливість усвідомлення і прийняття відповідальності за свої вчинки, емоції та життя в цілому. Терапія вважає, що відчуття відповідальності допомагає людині

розвивати внутрішню силу і контроль над своїм життям. Усвідомлення власної відповідальності дозволяє клієнту краще розуміти себе і свої внутрішні процеси, що сприяє підвищенню самосвідомості і ефективному вирішенню проблем.

Принцип здібності до змін в гештальт-терапії відображає переконання, що люди мають вбудований потенціал для особистісного розвитку і самореалізації. Терапія сприяє стимулюванню клієнта до відкриття нових можливостей і перегляду старих установок. Терапевт допомагає клієнту усвідомити і розкрити свій потенціал, що може призвести до покращення якості життя і глибшого саморозуміння [9, 45].

Загалом, принципи гештальт-терапії становлять основу цього психологічного підходу. Вони акцентують увагу на розвитку самовираження, саморозуміння і самореалізації через фокус на поточних відчуттях і емоціях, розрізнення головного від другорядного, співпрацю між терапевтом і клієнтом, усвідомлення відповідальності і стимулювання здатності до змін. Ці принципи допомагають клієнту розкрити свій потенціал і забезпечити гармонійні відносини зі світом навколо себе.

Терапевтична робота в гештальт-терапії фокусується на створенні простору для глибокого самоусвідомлення і особистісного зростання. Гештальт-терапевт відіграє роль фасилітатора, допомагаючи клієнтам усвідомлювати свої внутрішні переживання та емоції. Важливо, що терапевт не дає готових відповідей або рішень, а створює підтримуючу атмосферу, в якій клієнти можуть вільно досліджувати свої почуття і думки. Основною метою є допомогти клієнтам зрозуміти себе краще, що, в свою чергу, сприяє їхньому особистісному розвитку і поліпшенню якості життя [26].

Гештальт-терапевти працюють з різними запитами, включаючи тривогу, депресію, міжособистісні конфлікти та труднощі в самооцінці. Їхня робота може також включати допомогу в роботі з травмами, фобіями і стресом. Оскільки гештальт-терапія фокусується на теперішньому досвіді, терапевти часто працюють із ситуаціями, що викликають емоційні реакції в клієнтів, щоб допомогти їм краще розуміти і управляти своїми почуттями.

Гештальт-терапія використовує ряд специфічних методів для досягнення своїх цілей. Одним з основних методів є експериментування, де клієнти виконують різні дії або вправи для того, щоб краще зрозуміти свої переживання. Це може включати рольові ігри, використання метафор або арт-терапевтичні техніки. Ще одним важливим методом є техніка «порожнього стільця», яка дозволяє клієнту взаємодіяти з уявними персонажами або частинами власного «Я», щоб дослідити свої почуття і рішення [17].

Окрім того, гештальт-терапія активно використовує техніки, що сприяють усвідомленню фізичних відчуттів і тілесних реакцій. Це може бути корисно для клієнтів, які відчують труднощі у вираженні своїх емоцій через слова, але можуть висловлювати їх через тілесні відчуття. Ці техніки допомагають людям зв'язати свої фізичні реакції з емоціями і думками, що сприяє глибшому розумінню власного досвіду.

В цілому, гештальт-терапія є потужним методом психологічної корекції, який акцентує увагу на цілісному сприйнятті і усвідомленні досвіду. Вона допомагає клієнтам краще розуміти свої внутрішні переживання, приймати відповідальність за своє життя і розвивати навички для управління своїми емоціями та реакціями. Цей підхід пропонує ефективні інструменти і методи для досягнення особистісного зростання і покращення якості життя.

### **1.3. Ефективність гештальт-терапії в корекції синдрому жертви у молодих жінок**

Синдром жертви характеризується постійним відчуттям безпомічності, відсутністю контролю над власним життям та переконанням у тому, що людина постійно стає жертвою обставин, інших людей або навіть своєї власної долі. Це може супроводжуватися заниженою самооцінкою, страхом прийняття рішень та униканням відповідальності. Такий стан заважає людині повністю реалізовувати свій потенціал, впливає на емоційний стан, міжособистісні стосунки та професійну діяльність. Корекція синдрому жертви є складним завданням,

оскільки він часто формується на підсвідомому рівні через травматичні події минулого.

Гештальт-терапія є одним із ефективних методів роботи з синдромом жертви, оскільки вона спрямована на усвідомлення людиною власної відповідальності за своє життя і дії. Відповідно до принципів цього підходу, кожна людина має вбудовані ресурси для змін та самореалізації, і задача терапевта полягає в тому, щоб допомогти клієнту усвідомити ці ресурси та використовувати їх для подолання власних проблем [10, 37].

Усвідомлення відповідальності.

Одним з ключових принципів гештальт-терапії є відповідальність за власні дії. Для людей, які страждають на синдром жертви, цей принцип має особливе значення. Вони часто перекладають відповідальність за свої проблеми на інших або на обставини, що лише погіршує ситуацію. Гештальт-терапевт допомагає клієнту усвідомити, що він має силу та можливості впливати на своє життя.

У процесі терапії клієнт може поступово усвідомлювати, що його реакції на зовнішні події є наслідком його власного вибору, навіть якщо цей вибір зроблено несвідомо. Наприклад, людина з синдромом жертви може уникати конфліктів або прийняття важливих рішень, що в свою чергу призводить до відчуття безпомічності. Під час сесій терапевт допомагає клієнту відчувати контроль над власними емоціями, приймати рішення з розумінням власної відповідальності та вчитися брати на себе відповідальність за свої реакції, думки та дії [38, 55].

Принцип «тут і зараз» і робота з емоціями.

Люди, які страждають на синдром жертви, часто живуть у минулому, згадуючи травми або образи, або ж бояться майбутнього через можливі невдачі та небезпеки. Гештальт-терапія пропонує працювати з емоціями і досвідом, які виникають у теперішньому моменті. Принцип «тут і зараз» допомагає клієнту зосередитися на власних почуттях і думках, що виникають у моменті, та усвідомлювати свої емоційні реакції.

Цей підхід є надзвичайно ефективним для людей з синдромом жертви, оскільки вони можуть навчитися розрізняти свої емоційні реакції та аналізувати, чому і як вони виникають у конкретній ситуації. Завдяки цьому клієнт починає усвідомлювати, що навіть у найбільш напружених і важких ситуаціях він може контролювати свої емоції, реагувати інакше та не відчувати себе жертвою обставин [64, 69].

Виявлення конфліктів через принцип «фігура-фон».

Принцип «фігура-фон» у гештальт-терапії допомагає клієнту виділити основну проблему, яка, можливо, лежить в основі його синдрому жертви, та відокремити її від фону – менш важливих або неактуальних питань. Люди з синдромом жертви часто можуть плутатися в складних почуттях, не усвідомлюючи справжніх причин своїх страждань. Вони можуть відчувати страх, тривогу, злість або пригніченість, але не розуміти, що ці емоції виникають через нереалізовані потреби, наприклад, відчуття незадоволеності у роботі чи стосунках [71].

Завдяки гештальт-терапії клієнт може навчитися виділяти фігуру – основну проблему або конфлікт – і працювати з нею окремо. Це дозволяє людині краще розуміти себе, свої бажання і потреби, та шукати шляхи вирішення конкретної проблеми, що сприяє подоланню відчуття безпомічності та відновленню контролю над власним життям [12, 61].

Використання креативного випробувального механізму для вирішення проблем.

Креативність є важливою складовою в корекції синдрому жертви. Часто людина з таким синдромом відчуває, що її дії не впливають на результат, і що вона не має сили щось змінити у своєму житті. Гештальт-терапія сприяє розвитку креативного підходу до вирішення проблем і заохочує клієнта до експериментування з новими моделями поведінки та мислення.

Клієнти мають можливість пробувати нові стратегії поведінки, наприклад, висловлювати свої потреби відкрито або намагатися вирішувати конфлікти іншим способом, ніж це було в минулому. Терапевт підтримує клієнта в цих

експериментах і допомагає йому оцінити результат. Це дозволяє людині виявляти нові шляхи реагування на складні ситуації, відчувати більше контролю над своїм життям та зменшувати відчуття жертви [37, 67].

#### Принцип діалогу в терапії.

Принцип діалогу в гештальт-терапії сприяє розвитку відкритої та довірливої комунікації між клієнтом та терапевтом. Для людей з синдромом жертви важливо мати можливість без страху висловлювати свої почуття, переживання і побоювання. У контексті гештальт-терапії терапевт допомагає клієнту висловлювати свої емоції та аналізувати, як ці емоції впливають на його поведінку та рішення. Така відкрита комунікація дозволяє клієнту усвідомлювати, як його переконання про власну безпорадність можуть обмежувати можливості для змін і розвитку.

Діалог у гештальт-терапії також сприяє тому, що клієнт починає краще розуміти, як його реакції та переконання впливають на взаємини з іншими людьми. Це особливо важливо для людей з синдромом жертви, оскільки вони часто не усвідомлюють, що їхня поведінка може сприяти відтворенню ролі жертви у стосунках. В процесі діалогу клієнт вчиться брати відповідальність за свої взаємини та шукати більш конструктивні шляхи взаємодії [55, 68].

Гештальт-терапія є ефективним підходом для роботи з синдромом жертви, оскільки вона спрямована на усвідомлення людиною власної відповідальності, розвиток креативності та самовираження, а також надання інструментів для зміни деструктивних моделей поведінки. Через роботу з емоціями, експерименти з новими стратегіями поведінки та відкритий діалог клієнти з синдромом жертви можуть поступово відновити контроль над своїм життям, звільнитися від відчуття безпомічності та почати приймати активну участь у власному розвитку.

#### **Висновки до першого розділу.**

Синдром жертви у молодих жінок є значущим психологічним феноменом, що характеризується постійним відчуттям безпорадності, пасивності та

перекладанням відповідальності за свої емоції і рішення на інших. Основні характеристики цього синдрому включають:

- Пасивність: В молодих жінок, які відчувають синдром жертви, часто спостерігається бажання уникати активних дій і ініціативи в житті, що може призводити до бездіяльності і погіршення їхнього психоемоційного стану.

- Занижена самооцінка: Жінки, що відчувають синдром жертви, зазвичай мають низький рівень самооцінки. Вони можуть вважати, що не заслуговують на щастя або успіх, що ще більше укріплює їхню роль жертви.

- Перекладання вини: Цей синдром часто супроводжується схильністю перекладати відповідальність за свої проблеми на інших людей чи обставини, що заважає розвитку особистісної відповідальності.

- Невміння встановлювати межі: Багато жінок, які переживають синдром жертви, відчувають труднощі в встановленні здорових меж у стосунках, що призводить до емоційного вигорання і збільшення конфліктів.

- Циклічність негативних ситуацій: Цей синдром може підтримувати цикл негативних ситуацій, оскільки жінки часто залишаються в шкідливих стосунках або повторюють деструктивні моделі поведінки.

Розуміння цих характеристик є критично важливим для обраного методу психокорекції, адже це дозволяє психологу розробити цілеспрямовані та адаптовані підходи до роботи з клієнтами.

Гештальт-терапія, як метод психологічної корекції, зосереджується на цілісному сприйнятті особистості і врахуванні її внутрішнього досвіду. Основні принципи гештальт-терапії, що роблять її ефективною в роботі зі синдромом жертви, включають:

- Усвідомленість: Гештальт-терапія акцентує увагу на розвитку усвідомленості моменту. Це дозволяє жінкам сприймати свої емоції та потреби без засудження, що є важливим для відновлення почуття контролю над своїм життям.

- Саморегуляція: Психологічний процес саморегуляції, який розвивається під час терапії, допомагає жінкам краще справлятися з власними емоціями, розуміти їх і знаходити конструктивні способи реагування.

- Особистісна відповідальність: Гештальт-терапія підкреслює важливість особистісної відповідальності, заохочуючи жінок визнавати свої дії та їх наслідки. Це дозволяє зменшити схильність до перекладання вини на інших.

- Техніки діалогу: Використання гештальт-діалогу, де жінки можуть вільно висловлювати свої думки і почуття, створює безпечне середовище для самовираження та самопізнання.

- Рольові ігри і метафори: Терапевтичні техніки, такі як рольові ігри та метафори, дозволяють клієнткам відпрацювати нові моделі поведінки і виявити альтернативні способи реагування на стресові ситуації.

Ці елементи роблять гештальт-терапію ефективним інструментом у подоланні синдрому жертви, оскільки вони сприяють змінам у свідомості та поведінці жінок.

Дослідження демонструють, що гештальт-терапія забезпечує значну ефективність у корекції синдрому жертви серед молодих жінок. Основні результати, які свідчать про успіх цього підходу, включають:

- Покращення самооцінки: Жінки, які пройшли курс гештальт-терапії, показують зростання рівня самооцінки, що дозволяє їм почати вірити у свої сили та можливості.

- Зміна моделей поведінки: Під час терапії жінки вчаться усвідомлювати свої патерни поведінки і починають замість жертви займати активну позицію у своєму житті.

- Підвищення усвідомленості: Розвиток усвідомленості допомагає молодим жінкам краще розуміти свої емоції і потреби, що веде до підвищення їхньої психоемоційної стабільності.

- Встановлення здорових меж: Гештальт-терапія надає жінкам інструменти для формування здорових меж у стосунках, що зменшує ризик потрапляння в деструктивні сценарії.

- Покращення якості життя: В результаті змін у психоемоційному стані та поведінці жінки відзначають покращення якості життя, що включає в себе більшу задоволеність від стосунків та особистісного розвитку.

Отже, гештальт-терапія виступає ефективним методом підтримки молодих жінок у подоланні синдрому жертви, дозволяючи їм відновити власну ідентичність, ресурсність та активність у житті. Завдяки цьому, гештальт-терапія не лише лікує симптоми, але й змінює життєвий шлях молодих жінок, допомагаючи їм стати більш впевненими у собі і своїх можливостях.

## **РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПІЇ ДЛЯ ПСИХОКОРЕКЦІЇ СИНДРОМУ ЖЕРТВИ У МОЛОДИХ ЖІНОК**

### **2.1. Методичне забезпечення дослідження ефективності гештальт-терапії для психокорекції синдрому жертви у молодих жінок**

У сучасному психологічному контексті синдром жертви розглядається як важлива проблема, що впливає на якість життя багатьох молодих жінок. Цей синдром характеризується відчуттям безпорадності, пасивності та нерідко невмінням брати на себе відповідальність за власні дії та емоції. Психокорекція синдрому жертви є невід'ємною частиною психотерапевтичної роботи, що сприяє розвитку особистісних ресурсів, підвищенню самооцінки та формуванню активної життєвої позиції.

Гештальт-терапія, заснована на принципах усвідомлення, саморегуляції та особистісної відповідальності, є одним із найбільш ефективних підходів для роботи з синдромом жертви. Методологія гештальт-терапії дозволяє жінкам усвідомити свої переживання, розпізнати патерни поведінки, що призводять до почуття жертви, і знайти нові способи реагування на життєві виклики.

У цьому розділі будуть описані методичні засоби, які використовуватимуться для дослідження ефективності гештальт-терапії у психокорекції синдрому жертви. Зокрема, буде розглянуто використання різноманітних терапевтичних технік, індивідуальних сесій, а також методів діагностики та оцінки результатів. Зосередженість на специфіці молодих жінок дозволить адаптувати підходи гештальт-терапії до їхніх унікальних потреб і контекстів, забезпечуючи таким чином максимально можливий результат у психокорекційній практиці.

**Об'єкт дослідження:** синдром жертви.

**Предмет дослідження:** гештальт-терапія як метод психологічної корекції синдрому жертви.

**Мета роботи:** емпіричне дослідження ефективності застосування гештальт-терапії як методу психологічної корекції синдрому жертви.

**Основні завдання роботи** включають:

1. Провести емпіричне дослідження синдрому жертви у молодих жінок та проаналізувати результати, зокрема самооцінку, локус-контролю, рівень сприйнятого стресу, рівень благополуччя та модель поведінки: жертва, агресор чи рятівник.
2. Проаналізувати отримані результати та висновки щодо можливостей та обмежень використання гештальт-терапії у роботі з даною категорією клієнтів.
3. Провести психокорекційну роботу щодо профілактики синдрому жертви методами гештальт-терапії.

Методи дослідження:

- Методика «Схильність до віктимної поведінки»;
- Локус контролю Дж. Роттер;
- Шкала самооцінки Розенберга;
- Шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург;
- Шкала сприйнятого стресу (PSS).

Методи математичної статистики:

- коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (r-Спірмена);

**Експериментальна база дослідження:** у дослідженні взяли участь 28 жінок віком від 20 до 35 років, які становили вибірку для аналізу психологічних особливостей та показників, досліджуваних у рамках роботи.

**Методика «Схильність до віктимної поведінки».**

Досліджуваному пропонується низка тверджень, кожне стосується особливостей характеру, особистості, поведінки, окремих вчинків, ставлення до людей, поглядів на життя тощо. Якщо людина вважає, що твердження правильне, то досліджуваний дає відповідь «Так», інакше – «Ні». Відповіді необхідно надати на всі запитання.

Ключі для підрахунку первинних балів:

1. Шкала соціальної бажаності відповідей.

5 (так), 11 (ні), 13 (ні), 25 (так), 34 (ні), 39 (ні), 58 (так), 64 (ні), 76 (ні).

2. Шкала схильності до агресивної віктимної поведінки (агресивний тип потерпілого).

6 (так), 9 (так), 14 (так), 25 (ні), 26 (ні), 29 (так), 33 (ні), 34 (ні), 37 (ні), 45 (так), 50 (так), 51 (так), 55 (ні), 57 (ні), 58 (ні), 60 (так), 63 (так), 67 (так), 69 (ні), 72 (ні), 73 (так), 74 (ні), 79 (ні), 80 (так), 81 (ні), 82 (так), 86 (так).

3. Шкала схильності до самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки (активний тип потерпілого).

3 (так), 4 (ні), 5 (ні), 13 (так), 23 (так), 24 (ні), 26 (ні), 27 (так), 28 (ні), 31 (ні), 32 (так), 33 (ні), 35 (так), 40 (так), 53 (ні), 62 (так), 65 (ні), 68 (так), 74 (ні), 76 (так), 78 (так).

4. Шкала схильності до гіперсоціальної поведінки (ініціативний тип потерпілого).

11 (ні), 13 (ні), 17 (так), 19 (так), 30 (так), 34 (ні), 39 (ні), 47 (так), 49 (так), 55 (так), 58 (так), 64 (так), 66 (ні), 84 (ні).

5. Шкала схильності до залежної та безпорадної поведінки (пасивний тип потерпілого).

1 (так), 2 (так), 5 (так), 16 (так), 18 (ні), 20 (так), 21 (так), 22 (ні), 36 (так), 41 (ні), 43 (так), 44 (так), 46 (так), 54 (так), 59 (так), 71 (так), 75 (так), 77 (так), 83 (так).

6. Шкала схильності до некритичної поведінки (некритичний тип потерпілого).

8 (ні), 9 (так), 10 (так), 15 (так), 16 (так), 31 (ні), 32 (так), 33 (ні), 38 (так), 40 (так), 42 (ні), 45 (так), 48 (ні), 56 (так), 61 (так), 65 (ні), 70 (так), 74 (ні), 85 (так).

7. Шкала реалізованої віктимності.

8 (ні), 19 (так), 25 (ні), 27 (так), 28 (ні), 33 (ні), 38 (так), 43 (так), 44 (так), 46 (так), 51 (так), 52 (ні), 54 (так), 59 (так), 62 (так), 74 (ні), 76 (так), 83 (так).

Інтерпретація результатів

Слід звернути особливу увагу оцінку за шкалою 1, має значення загальної характеристики достовірності відповідей. Такий же важливий результат за шкалою 7, що відображає реалізованість віктимного поведінки. Від результатів цієї шкали залежатиме рівень присутності цього виду поведінкових реакцій.

#### Шкала реалізованої віктимності.

Якщо показники за цією шкалою нижче норми (1-3), очевидно, що випробуваний нечасто потрапляє в критичні ситуації або в нього вже встиг виробитися захисний спосіб поведінки, що дозволяє уникати небезпечних ситуацій. Проте внутрішня готовність до віктимного способу поведінки є. Найімовірніше, відчуваючи внутрішній рівень напруги, випробуваний прагне взагалі уникати ситуації конфлікту.

Якщо показники вищі за норму (8-9) – це означає, що випробуваний досить часто потрапляє в неприємні або навіть небезпечні для його здоров'я та життя ситуації.

Шкала схильності до агресивної віктимної поведінки. Модель агресивної віктимної поведінки.

Вище норми (8-10). До цієї групи належать випробувані, схильні потрапляти в неприємні та небезпечні для життя та здоров'я ситуації внаслідок виявленої ними агресії у формі нападу чи іншої провокаційної поведінки (образа, наклеп, знущання тощо). Для них характерне навмисне створення або провокування конфліктної ситуації. типової для них антигромадської спрямованості особистості, в рамках якої агресивність проявляється по відношенню до певних осіб та у певних ситуаціях, але може бути і «розмитою», неперсоніфікованою по об'єкту. Спостерігається схильність до антигромадської поведінки, порушення соціальних норм, правил та етичних цінностей, якими часто суб'єкт нехтує. негативного характеру, яскраво їх висловлюють, домінантні, нетерплячі, запальні.

Нижче норми (1-3). Для осіб цього типу характерне зниження мотивації досягнення, спонтанності. Можлива висока уразливість. Хороший

самоконтроль, прагнення дотримуватися прийнятих і правил. Стабільність у збереженні установок, інтересів та цілей.

Шкала схильності до самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки.

Вище норми (8–10). Жертовність, пов'язана з активною поведінкою людини, що провокує ситуацію віктимності своїм проханням або зверненням. характеризується схильністю до ризику, необдумані поведінки, часто небезпечної для себе і оточуючих. Наслідків своїх дій можуть не усвідомлювати або не надавати їм значення, сподіваючись, що все обійдеться.

Нижче норми (1-3 стіни). Підвищена турбота про власну безпеку, прагнення захистити себе від помилок, неприємностей. Може спричиняти пасивність особистості за принципом «краще нічого не робити, ніж помилятися». Характеризується підвищеною тривожністю, недовірливістю, схильний до страхів.

Шкала схильності до гіперсоціальної віктимної поведінки. Модель ініціативної віктимної поведінки.

Вище за норму (8–10). Жертовна поведінка, соціально схвалена і найчастіше очікувана. Сюди належать особи, позитивна поведінка яких звертає ними злочинні дії агресора. Людина, яка демонструє позитивну поведінку у ситуаціях конфлікту або постійно, або внаслідок посадового становища, очікування оточуючих. Люди цього типу вважають неприпустимим ухилення від втручання у конфлікт, навіть якщо це може коштувати їм здоров'я чи життя. Наслідки таких вчинків усвідомлюються не завжди. Сміливий, рішучий, чуйний, важливий, щирий, добрий, вимогливий, готовий ризикувати, можливо надмірно самовпевнений. Нетерпимий до поведінки, що порушує суспільний лад. Самооцінка найчастіше завищена. Поведінка має позитивні мотиви.

Нижче за норму (1–3) – характеризується пасивністю, байдужістю з боку людини до тих явищ, що відбуваються навколо неї. Діє за принципом «моя хата з краю», що може бути наслідком як образи на зовнішній світ, так і формування в результаті відчуття нерозуміння, ізолюваності від світу, відсутності почуття соціальної підтримки та включення до соціуму.

Шкала схильності до залежної та безпорадної поведінки (модель пасивної віктимної поведінки).

Вище норми (8–10) – особи, які не чинять опору, протидії злочинцеві з різних причин: через вік, фізичну слабкість, безпорадний стан (стабільний чи тимчасовий), боягузтво, через страх відповідальності за власні протиправні чи аморальні дії тощо. Можуть мати установку на безпорадність. Небажання робити щось самому, самостійно. Можуть мати низьку самооцінку. Постійно залучаються до кризових ситуацій з метою отримання співчуття та підтримки оточуючих. Має рольову позицію жертви. Схильний до залежної поведінки, поступливий, виправдовує чужу агресію, схильний прощати всіх.

Нижче за норму (1–3) – схильність до незалежності, відокремленості. Завжди прагне виділитися, має на все свою точку зору, може бути непримиренним до думки інших, авторитарний, конфліктний. Підвищений скептицизм. Можлива внутрішня чутливість, що веде до підвищеного бажання відокремитися від оточуючих.

Шкала схильності до некритичної поведінки. Модель некритичної віктимної поведінки.

Вище за норму (8–10). До цієї групи належать особи, які демонструють необачність, невміння правильно оцінювати життєві ситуації. Некритичність може проявитися як у основі особистісних негативних рис (жадібність, користолюбство та інших), і позитивних (щедрість, доброта, чуйність, сміливість та інших.), крім того, з невисокого інтелектуального рівня. Ці особи демонструють необережність, необачність, невміння правильно оцінювати життєві ситуації внаслідок будь-яких особистісних чи ситуативних факторів: емоційний стан, вік, рівень інтелекту, захворювання.

Нижче за норму (1–3) – вдумливість, обережність, прагнення передбачати можливі наслідки своїх вчинків, які іноді призводять до пасивності, страхів. Самореалізація значно утруднена, може з'являтися соціальна пасивність, що призводить до незадоволеності своїми досягненнями, почуття досади, заздрості.

**Методика дослідження локусу контролю (Rotter's Internal-External Locus of Control Scale)** запропонована Джуліаном Роттером у 1966 році на основі власної теорії суб'єктивної локалізації контролю. Під «локусом контролю» розуміється стійка особистісна характеристика, що відображає схильність людини пояснювати причини подій зовнішніми чи внутрішніми факторами. Опитувальник діагностує локалізацію контролю за значними подіями, іншими словами - рівень особистої відповідальності.

Дана методика виділяє два типи локусу контролю: екстернальний та інтернальний.

**Інтернальний тип.** Людина вважає, що події, що відбуваються з нею, залежать передусім від її особистісних якостей (компетентності, цілеспрямованості, рівня здібностей тощо) і є закономірними наслідками її власної діяльності.

**Екстернальний тип.** Людина переконаний, що її успіхи та невдачі залежать передусім від зовнішніх обставин – умов довкілля, дій інших людей, випадковості, везіння чи невдачі тощо.

*Табл. 2.1.*

**Ключ до методики дослідження локусу контролю.**

| <b>Ключ</b>      |                                                                                      |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Відповідь</b> | <b>Номери запитань</b>                                                               |
| + (згоден)       | 2, 4, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 25, 27, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 39, 42, 44 |
| - (не згоден)    | 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 18, 21, 23, 24, 26, 28, 30, 33, 35, 38, 40, 41, 43      |

Отриманий у процесі оброблення результатів показник локусу контролю розшифровується так:

*Табл. 2.2.*

**Розшифровка результатів методики дослідження локусу контролю.**

| Величина | Локус контролю |
|----------|----------------|
| 0 – 21   | Екстернальний  |
| 22 – 44  | Інтернальний   |

Для певного рівня локусу контролю користуються такими межами шкали інтернальності:

Табл. 2.3.

**Межі шкал методики дослідження локусу контролю.**

| Показник інтернальності | Рівень локусу контролю         |
|-------------------------|--------------------------------|
| 0 – 11                  | Низький рівень інтернальності  |
| 12 – 32                 | Середній рівень інтернальності |
| 33 – 44                 | Високий рівень інтернальності  |

**Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE)** – це популярний інструмент для вимірювання самооцінки у соціо-психологічних дослідженнях. Спочатку вона була розроблена для самооцінки старшокласників, проте з моменту свого розвитку використовувалася з різними групами, включаючи дорослих.

**Інструкція**

Визначте, наскільки ви згодні чи не згодні з наведеними нижче твердженнями. Поставте відповідну цифру.

4 – повністю згоден

3 – згоден

2 – не згоден

1 – абсолютно не згоден

Ключ та обробка результатів тесту.

За кожну відповідь нарахуйте собі бали відповідно до ключа.

Прямі питання: 1, 3, 4, 6; зворотні питання – 2, 5, 7, 8, 9, 10 – бали у яких нараховуються навпаки: 4=1, 3=2, 2=3, 1=4.

Рівень самоповаги дорівнює сумі балів.

Інтерпретація.

10 – 18 балів – вам не вистачає самоповаги, її дуже мало, ви схильні в усьому поганому звинувачувати себе, бачите тільки свої недоліки і акцентуєте увагу тільки на своїх слабких сторонах, ви потрапили в замкнене коло самознищення, яке не дозволяє вам ставити цілі і досягати успіху. У кожній події ви шукайте підтвердження своєї нікчемності.

18 – 22 балів – ви балансуєте між самоповагою і самознищенням, успіхи піднімають вас до небувалих вершин і самоповага зашкалює, проте невдачі підживлюють низьку самооцінку і скидають вас в прірву, ваша думка про себе коливається то в одну, то в іншу сторону.

23 – 34 бали – самоповага у вас переважає, і ви можете адекватно оцінювати свої достоїнства і недоліки, можете погодитися з тим, що буваєте неправі, зберігаєте повагу до себе при невдачах, але схильні іноді займатися затягнутим «самобичуванням», що чогось не передбачили, не помітили, «соломку НЕ підстелили», в результаті, така поведінка не дозволяє змиритися з тим, що змінити неможливо і швидко зреагувати і відкоригувати там, де є можливість.

35 – 40 балів – ви поважаєте себе як людину, особистість, професіонала і робите все для того, щоб продовжувати поважати себе і далі: розвиваєтеся, вдосконалюєтеся в професії, духовному та інтелектуальному плані, в сфері відносин, вмієте робити уроки з помилок і важких ситуацій. Це норма, до якої варто прагнути.

**Шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург (WEMWBS)** – це інструмент для вимірювання загального психічного благополуччя людини. Вона складається з 14 питань, що охоплюють такі аспекти як позитивне самопочуття, задоволення життям, здатність впоратися зі стресом та інші.

Головна мета шкали WEMWBS полягає у вимірюванні психічного благополуччя як позитивного стану психіки, що охоплює емоційний, психологічний та соціальний аспекти життя. Цей інструмент надає можливість отримати кількісну оцінку рівня психічного благополуччя і знаходить широке застосування в психологічних дослідженнях для оцінки ефективності психологічних втручань, а також для порівняння рівня благополуччя у різних груп населення. Шкала WEMWBS є відомою своєю надійністю і валідністю, що підтверджено численними дослідженнями, і корисна для проведення національних опитувань здоров'я, оцінки якості життя та ефективності програм психологічної підтримки.

WEMWBS складається з 14 висловлювань, що відображають думки та почуття респондента протягом останнього тижня. Учасники оцінюють кожне висловлювання за п'ятибальною шкалою:

Ніколи – 1 бал;

Рідко – 2 бали;

Іноді – 3 бали;

Часто – 4 бали;

Весь час – 5 балів.

Інтерпретація результатів за шкалою WEMWBS дозволяє оцінити рівень психічного благополуччя у респондентів та визначається сумою набраних балів:

14-28 балів: Низький рівень психічного благополуччя. Це може вказувати на наявність проблем або викликів у психічному стані респондента, які потребують уваги та можливо психологічної підтримки чи втручань.

29-42 балів: Середній рівень психічного благополуччя. Респонденти з таким рівнем можуть мати деякі емоційні та психологічні проблеми, але вони не є серйозними або важливими.

43-70 балів: Високий рівень психічного благополуччя. Це свідчить про стійке позитивне самопочуття, задоволення життям та високу емоційну стабільність у респондентів.

Максимальний бал, який можна отримати за WEMWBS, становить 70 балів, а мінімальний – 14 балів. Вищий бал вказує на краще психічне благополуччя респондента.

**Шкала сприйнятого стресу (*Perceived Stress Scale, PSS*)** є класичним інструментом оцінки сприйняття стресу, вона допомагає зрозуміти, як різноманітні життєві ситуації впливають на почуття та сприйняття стресу, а також, наскільки непередбачуваним, неконтрольованим і надмірним сприймається життя респондентом.

Інтерпретація результатів:

Рівень сприйнятого стресу (діапазон: 0-40 балів).

від 0 до 13 балів: низький рівень стресу.

від 14 до 26 балів: помірний рівень стресу.

від 27 до 40 балів: сильний рівень сприйнятого стресу.

Методи математичної статистики:

- Критерій Спірмена – це статистичний показник, який використовується для визначення ступеня зв'язку між рангами двох змінних. Він вимірює ступінь лінійного відношення між порядками змінних, ідеально дорівнює 1 у випадку, коли всі точки співвідносяться, і -1, якщо всі точки розташовані в протилежному порядку. Критерій Спірмена є непараметричним, тобто він не вимагає ніяких припущень про розподіл змінних.

## **2.2. Аналіз результатів дослідження ефективності гештальт-терапії для психокорекції синдрому жертви у молодих жінок**

Першим етапом нашого дослідження була використана методика «Схильність до віктимної поведінки». Результати були оброблені та представлені на гістограмі. Результати наведені в Додатку А.

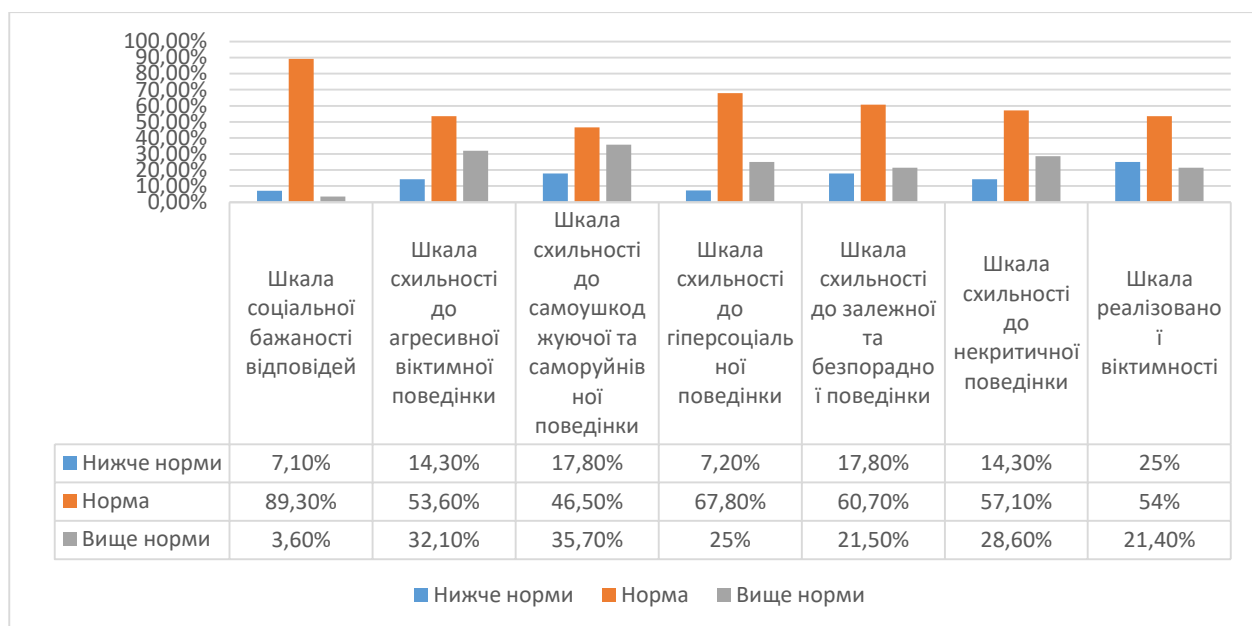


Рис. 2.1. – Результати методики «Схильність до віктимної поведінки» для вибірки.

Опис результатів методики «Схильність до віктимної поведінки» для вибірки жінок.

Шкала соціальної бажаності відповідей.

Нижче норми (7,1%, 2 жінки): відповіді, які не відповідають суспільним очікуванням, можливе заниження достовірності.

Норма (89,3%, 25 жінок): відповіді в межах соціально прийнятних норм, що свідчить про високу достовірність результатів.

Вище норми (3,6%, 1 жінка): схильність до надання суспільно бажаних відповідей, що може впливати на об'єктивність даних.

Шкала схильності до агресивної віктимної поведінки.

Нижче норми (14,3%, 4 жінки): низька агресивність, хороша саморегуляція, зменшення мотивації до конфліктів.

Норма (53,6%, 15 жінок): помірний рівень агресивної віктимності, відсутність явних схильностей до провокацій.

Вище норми (32,1%, 9 жінок): агресивна поведінка, схильність до створення конфліктних ситуацій через провокації чи напади.

Шкала схильності до самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки.

Нижче норми (17,8%, 5 жінок): високий рівень самозахисту, схильність уникати ризиків.

Норма (46,5%, 13 жінок): збалансоване ставлення до ризику, без вираженої саморуйнівної поведінки.

Вище норми (35,7%, 10 жінок): схильність до ризикованих дій, що можуть призвести до небезпечних ситуацій.

Шкала схильності до гіперсоціальної поведінки.

Нижче норми (7,2%, 2 жінки): байдужість до соціальних подій, уникання конфліктів.

Норма (67,8%, 19 жінок): прийняття соціальних ролей без надмірного ініціювання.

Вище норми (25%, 7 жінок): ініціативна, жертвна поведінка, схильність до ризику заради соціального порядку.

Шкала схильності до залежної та безпорадної поведінки.

Нижче норми (17,8%, 5 жінок): незалежність, прагнення до автономності, критичність до думки інших.

Норма (60,7%, 17 жінок): адекватна самооцінка, відсутність залежності чи пасивності.

Вище норми (21,5%, 6 жінок): безпорадність, схильність до ролі жертви, залежність від оточення.

Шкала схильності до некритичної поведінки.

Нижче норми (14,3%, 4 жінки): вдумливість, обережність, що може обмежувати самореалізацію.

Норма (57,1%, 16 жінок): помірна критичність, адаптивність до ситуацій.

Вище норми (28,6%, 8 жінок): необачність, недостатній аналіз життєвих ситуацій, що збільшує ризик віктимності.

Шкала реалізованої віктимності.

Нижче норми (25%, 7 жінок): рідкісне потрапляння в критичні ситуації завдяки захисній поведінці.

Норма (53,6%, 15 жінок): помірний рівень реалізованої віктимності, без виражених ризиків.

Вище норми (21,4%, 6 жінок): часте потрапляння в небезпечні ситуації, що може свідчити про недостатню саморегуляцію.

За результатами методики встановлено, що більшість жінок (89,3%) надали відповіді, які відповідають нормі за шкалою соціальної бажаності, що свідчить про їхню відкритість і достовірність результатів.

Найбільш поширеними виявилися схильності до:

- агресивної віктимної поведінки (вище норми у 32,1%);
- самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки (вище норми у 35,7%);
- гіперсоціальної поведінки (вище норми у 25%);
- некритичної поведінки (вище норми у 28,6%).

Результати за шкалою реалізованої віктимності свідчать, що 21,4% жінок потрапляють у критичні ситуації, тоді як 25% здебільшого уникають їх завдяки захисним стратегіям поведінки.

Отримані дані вказують на наявність різних типів віктимної поведінки серед досліджуваних, що може бути основою для подальших профілактичних і корекційних заходів.

Наступною була проведена методика «Локус контролю Дж. Роттер» для визначення локус контролю у вибірки. Результати були оброблені та представлені на гістограмі. Результати наведені в Додатку Б.

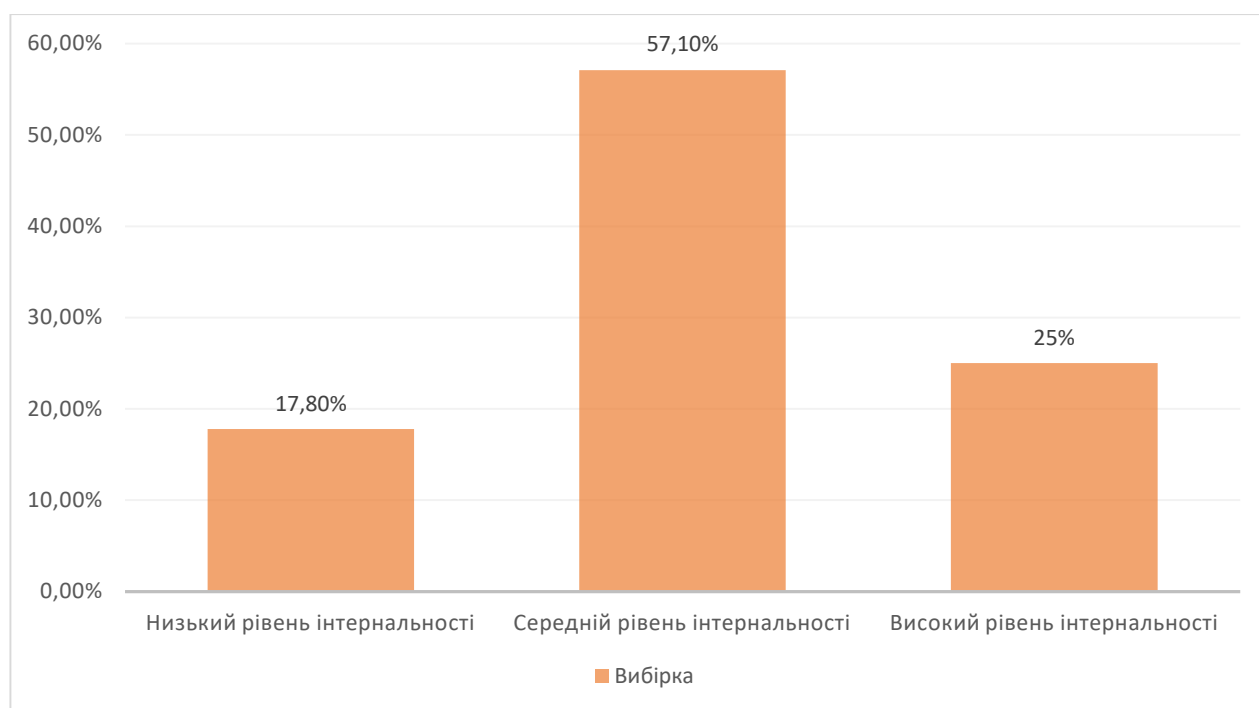


Рис. 2.2. – Результати методики «Локус контролю Дж. Роттер» для вибірки.

У вибірці жінок спостерігається така структура рівнів інтернальності:

Низький рівень інтернальності виявлений у 17,9% (5 жінок). Ці учасниці характеризуються відсутністю чіткого зв'язку між власними діями та важливими подіями в їхньому житті. Вони, як правило, вважають, що більшість подій є наслідком випадковостей або впливу інших людей. Такі жінки демонструють емоційну нестійкість, низький рівень самоконтролю, високий рівень напруженості, схильність до неформального спілкування та низьку комунікабельність.

Середній рівень інтернальності зафіксований у 57,1% (16 жінок). Для цієї групи характерна адаптивність у суб'єктивному контролі, яка може змінюватися залежно від соціальних обставин, складності ситуацій чи їхньої емоційної забарвленості. Водночас певна тенденція до переваги одного з локусів контролю (інтернального чи екстернального) може бути помітною.

Високий рівень інтернальності виявлено у 25% (7 жінок). Учасниці цієї групи демонструють впевненість у власному контролі над важливими подіями свого життя. Вони вважають, що результати їхніх дій залежать від їхніх зусиль, що підвищує рівень відповідальності за своє життя. Такі жінки вирізняються

емоційною стабільністю, рішучістю, розвинутим самоконтролем, комунікабельністю та стриманістю.

Таким чином, більшість жінок у вибірці мають середній рівень інтернальності, що свідчить про їхню здатність адаптувати суб'єктивний контроль до соціальних ситуацій. Водночас значна частка учасниць демонструє або високий рівень суб'єктивного контролю, що сприяє емоційній стабільності, або низький рівень, який супроводжується емоційною напруженістю та залежністю від зовнішніх обставин.

Наступною була проведена методика «Шкала самооцінки Розенберга». Дані були оброблені та наочно зображені на гістограмі. Результати наведені в Додатку В.

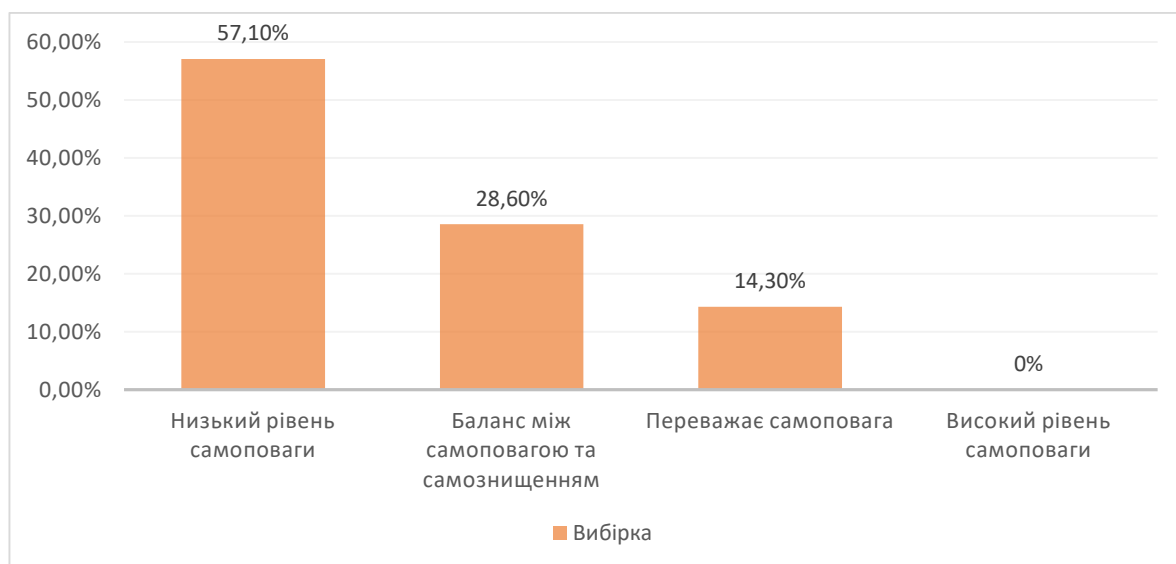


Рис. 2.3. – Результати методики «Шкала самооцінки Розенберга» для вибірки.

Результати дослідження, отримані за допомогою «Шкали самооцінки Розенберга», вказують на середній бал 17,7, що свідчить про значний рівень проблем з самооцінкою серед молодих жінок у вибірці.

Низька самоповага (57,1%).

Більшість респонденток (16 жінок) мають показники, що вказують на брак самоповаги. Це свідчить про те, що жінки схильні до самокритики, зосереджуються на своїх недоліках і вважають себе недостатньо вартісними. Вони часто переживають негативні емоції, пов'язані з власними невдачами, і можуть відчувати труднощі в досягненні своїх цілей через постійне

самознищення. Це не лише обмежує їхній потенціал, але й може призводити до емоційних розладів, таких як тривожність і депресія.

Баланс між самоповагою та самознищенням (28,6%).

Кожна третя респондентка (8 жінок) показала наявність певного балансу між самооцінкою і самознищенням. Ці жінки відчують непостійність у своїй самооцінці, що залежить від зовнішніх факторів, таких як успіхи чи невдачі в різних сферах життя. Наявність коливань в самооцінці може викликати у них стрес і емоційні проблеми, оскільки невдачі часто спричиняють падіння самооцінки. Це вказує на потребу в психоемоційній підтримці, яка допоможе їм знайти більш стабільний внутрішній стан.

Переважаюча самоповага (14,3%).

Лише 4 учасниці мають переважну самоповагу, що свідчить про їхню здатність адекватно оцінювати свої якості. Ці жінки мають більш стійке сприйняття себе, можуть визнати свої помилки, не знижуючи при цьому самоповаги. Вони, як правило, більш успішні у досягненні своїх цілей і в меншій мірі піддаються емоційним стресам. Однак ця група є малочисельною, що свідчить про необхідність програм підтримки для підвищення самооцінки серед інших респонденток.

Висока самоповага (0%)

Жодна з учасниць вибірки не досягла показників, які б свідчили про достатню самоповагу. Це викликає серйозне занепокоєння, адже відсутність самоповаги може призводити до негативних наслідків для психічного здоров'я, зокрема, до хронічних стресів та депресії.

Таким чином, результати свідчать про необхідність комплексного підходу до роботи з молодими жінками для підвищення їхньої самооцінки. Це може включати психотерапевтичні сесії, тренінги з особистісного розвитку, а також групові програми підтримки, що допоможуть жінкам зміцнити самоповагу і позитивно змінити своє сприйняття себе.

Наступною була проведена методика «Шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург (WEMWBS)». Дані були оброблені та наочно зображені на гістограмі. Результати наведені в Додатку Г.

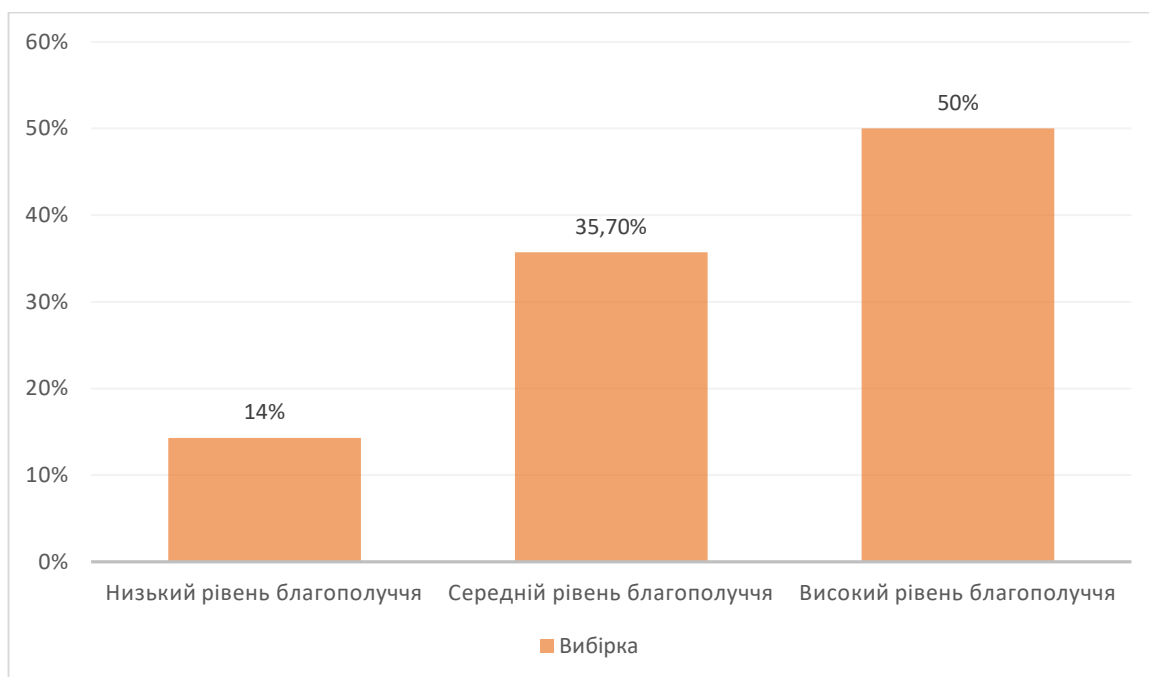


Рис. 2.4. – Результати методики «Шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург (WEMWBS)» вибірки.

Результати дослідження, отримані за допомогою «Шкали психічного благополуччя Ворик-Единбург (WEMWBS)», вказують на середній бал 44,6, що свідчить про загальний рівень психічного благополуччя серед молодих жінок у вибірці. Ці результати можна детально проаналізувати за різними категоріями психічного благополуччя.

Низький рівень психічного благополуччя (14,3%). Лише 4 респондентки мають низький рівень психічного благополуччя. Це свідчить про те, що ця невелика частка жінок може відчувати значні труднощі в емоційній сфері. Вони, ймовірно, стикаються з відчуттям тривоги, низьким настроєм, і можуть мати проблеми з адаптацією до стресових ситуацій. Низький рівень психічного благополуччя може вказувати на необхідність термінового втручання, щоб запобігти розвитку більш серйозних психологічних розладів, таких як депресія або тривожні розлади.

Середній рівень психічного благополуччя (35,7%).

Третина респонденток, а саме 10 жінок, демонструє середній рівень психічного благополуччя. Це вказує на те, що ці жінки можуть мати змішане відчуття стосовно свого емоційного стану: вони відчують як позитивні, так і негативні емоції. Можливо, вони успішно справляються з певними стресами, але все ще мають потребу в підтримці для покращення свого психічного стану. Для цієї групи важливо надавати ресурси та інструменти, які допоможуть зміцнити їх психічне благополуччя та знизити рівень стресу.

Високий рівень психічного благополуччя (50%).

Приємним фактом є те, що половина учасниць (14 жінок) має високий рівень психічного благополуччя. Ці жінки, ймовірно, демонструють позитивний емоційний стан, почуття задоволення від життя та адаптивні стратегії справлення з труднощами. Вони, як правило, мають кращі соціальні зв'язки, більшу стійкість до стресу та здатність ефективно управляти емоціями. Це свідчить про наявність ресурсів, які сприяють їхньому благополуччю.

Отже, результати «Шкали психічного благополуччя Ворик-Единбург (WEMWBS)» демонструють позитивну тенденцію у психічному благополуччі молодих жінок, проте вказують на потребу в підтримці для тих, хто відчуває труднощі. Половина учасниць показує високий рівень благополуччя, але 14,3% все ще перебувають у зоні ризику. Ці результати підкреслюють важливість психоосвітніх програм, груп підтримки та індивідуальних консультацій для підвищення загального психічного здоров'я жінок у цій віковій категорії.

Наступною була проведена методика «Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS)». Дані були оброблені та наочно зображені на гістограмі. Результати наведені в Додатку Д.

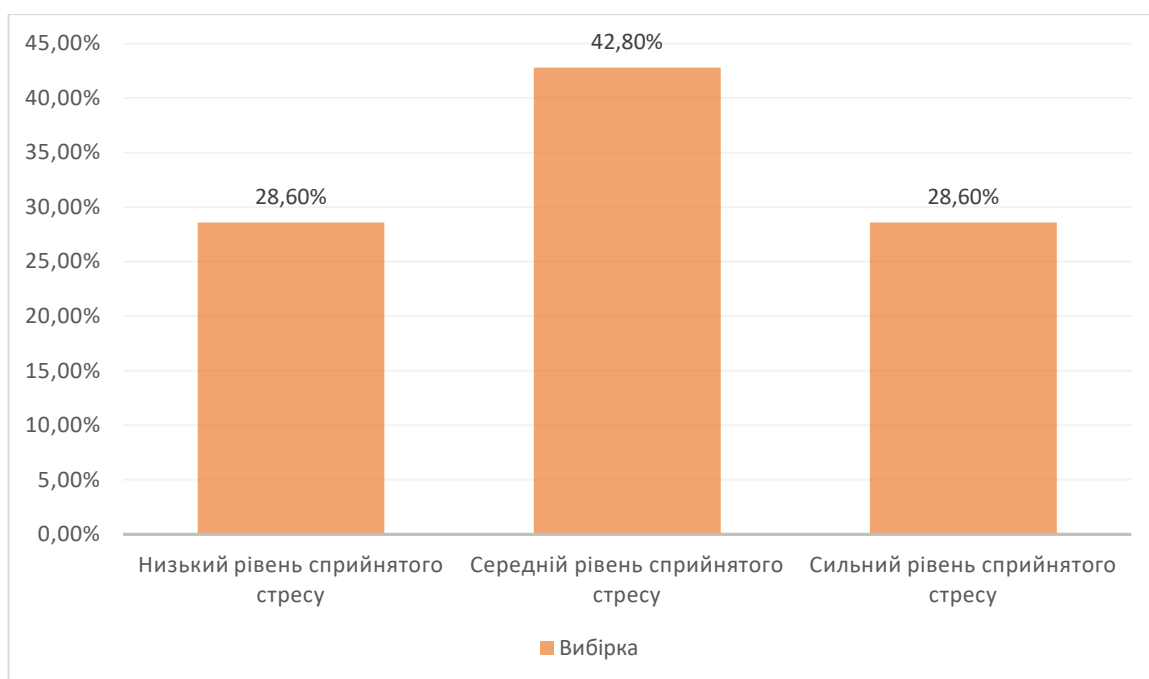


Рис. 2.5. – Результати методики «Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS)» для вибірки.

У вибірці жінок результати розподілилися наступним чином:

Низький рівень стресу (0–13 балів) виявлений у 28,6% (8 жінок). Ці учасниці демонструють низький рівень напруженості, краще справляються з життєвими труднощами і менш схильні до негативного впливу стресових факторів. Вони, як правило, мають високий рівень самоконтролю і більш стійке психологічне благополуччя.

Помірний рівень стресу (14–26 балів) зафіксований у 42,8% (12 жінок). Для цієї групи характерна наявність помірного впливу стресових факторів, що може супроводжуватися відчуттям тиску та тривожності в окремих життєвих ситуаціях. Ці учасниці здебільшого здатні контролювати власний емоційний стан, проте можуть потребувати підтримки у складні моменти.

Сильний рівень стресу (27–40 балів) виявлений у 28,6% (8 жінок). Ця група демонструє значний рівень сприйнятого стресу, що може негативно впливати на їхнє психічне та фізичне здоров'я. Такі жінки часто відчують перевантаженість, тривогу та втрату контролю над ситуаціями, що потребує подальшої роботи зі зниженням рівня стресу.

Таким чином, більшість жінок (71,4%) мають помірний або сильний рівень сприйнятого стресу, що свідчить про необхідність психологічної підтримки та розробки стратегій подолання стресових станів. Низький рівень стресу характерний лише для меншої частки вибірки, що вказує на відносно стабільне емоційне благополуччя цієї групи.

Далі був проведений кореляційний аналіз Спірмена для виявлення взаємозв'язку між методиками: Методика «Схильність до віктимної поведінки»; Локус контролю Дж. Роттер; Шкала самооцінки Розенберга; Шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург та Шкала сприйнятого стресу (PSS).

Табл. 2.4.

**Взаємозв'язок між методиками за кореляцією Спірмена.**

| Показник                                                       | Рівень<br>інтернальності              | Рівень<br>самоповаги                  | Рівень<br>благополуччя               | Рівень<br>сприйнятого<br>стресу       |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Шкала соціальної бажаності відповідей                          | -0,1; -                               | 0,04; -                               | -0,2; -                              | -0,08; -                              |
| Шкала схильності до агресивної віктимної поведінки             | <b>-0,5; <math>p \leq 0,01</math></b> | -0,04; -                              | 0,1; -                               | -0,1; -                               |
| Шкала схильності до самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки | <b>-0,5; <math>p \leq 0,01</math></b> | 0,1; -                                | 0,1; -                               | <b>-0,4; <math>p \leq 0,01</math></b> |
| Шкала схильності до гіперсоціальної поведінки                  | -0,1; -                               | <b>-0,5; <math>p \leq 0,01</math></b> | 0,1; -                               | 0,3; -                                |
| Шкала схильності до залежної та безпорадної поведінки          | <b>-0,6; <math>p \leq 0,01</math></b> | 0,1; -                                | -0,1; -                              | -0,2; -                               |
| Шкала схильності до некритичної поведінки                      | <b>-0,5; <math>p \leq 0,01</math></b> | -0,04; -                              | 0,04; -                              | -0,1; -                               |
| Шкала реалізованої віктимності                                 | <b>0,7; <math>p \leq 0,01</math></b>  | -0,2; -                               | <b>0,4; <math>p \leq 0,05</math></b> | <b>0,6; <math>p \leq 0,01</math></b>  |

За результатами кореляційного аналізу:

Шкала соціальної бажаності відповідей.

Жодних значущих кореляцій не виявлено:

Рівень інтернальності (-0,1), рівень самоповаги (0,04), рівень благополуччя (-0,2) та рівень сприйнятого стресу (-0,08) не мають значущих зв'язків із цією шкалою.

Це свідчить про те, що прагнення виглядати соціально прийнятним або схильність до соціальної бажаності не впливають на показники особистісних якостей, благополуччя чи стресу.

Шкала схильності до агресивної віктимної поведінки.

Значуща негативна кореляція між шкалою схильності до агресивної віктимної поведінки та рівнем інтернальності (-0,5;  $p \leq 0,01$ ) свідчить про те, що з підвищенням рівня інтернальності схильність до агресивної віктимної поведінки зменшується. Це означає, що жінки, які мають високий рівень інтернальності, тобто схильність брати відповідальність за свої дії та події у своєму житті, менш імовірно демонструють агресивну віктимну поведінку.

Інші показники (самоповага, благополуччя, сприйнятий стрес) не мають значущих зв'язків із цією шкалою.

Шкала схильності до самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки.

Негативна кореляція з рівнем інтернальності (-0,5;  $p \leq 0,01$ ) свідчить про те, що низький рівень інтернальності (схильність покладати відповідальність за події на зовнішні обставини) пов'язаний із підвищеною схильністю до саморуйнівної поведінки. Це означає, що особистості, які вважають, що їхнє життя більше залежить від зовнішніх факторів, ніж від їхніх власних зусиль, частіше демонструють дії, спрямовані на самоушкодження або саморуйнацію. Людина з низькою інтернальністю може сприймати себе як «жертву обставин» і частіше вдається до саморуйнівних дій через відчуття втрати контролю або неможливості впливати на ситуацію.

Негативна кореляція зі сприйнятим стресом (-0,4;  $p \leq 0,01$ ) вказує на те, що особи, які схильні до саморуйнівних дій, частіше відчують підвищений рівень стресу.

Інші показники (самоповага, благополуччя) не мають значущих зв'язків із цією шкалою.

Шкала схильності до гіперсоціальної поведінки.

Шкала схильності до гіперсоціальної поведінки має значущу негативну кореляцію з рівнем самоповаги ( $-0,5$ ;  $p \leq 0,01$ ), що свідчить про наступне: особистості з низьким рівнем самоповаги частіше схильні до гіперсоціальної поведінки. Це може означати, що такі особи прагнуть компенсувати свою низьку оцінку власної значущості через активну взаємодію з іншими людьми, прагнення досягти соціального схвалення або уникнути неприйняття. Гіперсоціальна поведінка може виконувати функцію підвищення їхнього почуття власної цінності, хоч і через залежність від зовнішньої оцінки.

Інші показники (інтернальність, благополуччя, сприйнятий стрес) не мають значущих кореляцій.

Шкала схильності до залежної та безпорадної поведінки.

Значуща негативна кореляція з рівнем інтернальності ( $-0,6$ ;  $p \leq 0,01$ ).

Особи з низьким рівнем інтернальності (зовнішнім локусом контролю) частіше схильні до проявів залежної та безпорадної поведінки. Це означає, що вони схильні перекладати відповідальність за свої дії та події в житті на зовнішні обставини або інших людей. Відчуття неможливості контролювати ситуацію та впливати на власне життя може сприяти формуванню залежної поведінки, потреби у постійній підтримці та допомозі ззовні, а також загальному почуттю безпорадності.

Інші показники (самоповага, благополуччя, сприйнятий стрес) не мають значущих зв'язків із цією шкалою.

Шкала схильності до некритичної поведінки.

Особистості з низьким рівнем інтернальності (зовнішнім локусом контролю) менш схильні до критичного осмислення своїх дій і рішень. Вони частіше приймають інформацію або вказівки без належного аналізу, що може призводити до некритичної поведінки. Відсутність впевненості у власній здатності впливати на події та приймати самостійні рішення може знижувати

мотивацію до глибшого розуміння ситуацій або оцінки можливих наслідків своїх вчинків.

Інші показники (самоповага, благополуччя, сприйнятий стрес) не мають значущих зв'язків із цією шкалою.

Шкала реалізованої віктимності.

Значуща позитивна кореляція з рівнем інтернальності (0,7;  $p \leq 0,01$ ). Цей результат свідчить, що навіть особи з високим рівнем інтернальності (впевненістю у своїй здатності контролювати події) можуть проявляти реалізовану віктимність. Це може бути пов'язано з тим, що такі люди, незважаючи на здатність до самоконтролю, іноді беруть на себе відповідальність у ситуаціях, де їм складно протидіяти зовнішнім негативним впливам або зупинити конфлікти. Можливо, вони проявляють віктимну поведінку, реагуючи на стрес або складні міжособистісні відносини.

Значуща позитивна кореляція з рівнем благополуччя (0,4;  $p \leq 0,05$ ). Результат свідчить, що навіть особи, які оцінюють себе як благополучних, можуть демонструвати елементи реалізованої віктимної поведінки. Це може бути пояснено намаганням зберегти статус або уникнути конфронтаційних ситуацій, які сприймаються як загроза благополуччю.

Значуща позитивна кореляція зі сприйнятим стресом (0,6;  $p \leq 0,01$ ). Високий рівень реалізованої віктимності супроводжується підвищеним рівнем стресу. Це може пояснюватися тим, що віктимна поведінка часто пов'язана із ситуаціями, які викликають психологічний або емоційний дискомфорт, наприклад, конфлікти, тиск або несприятливі обставини.

Негативна кореляція із самоповагою (-0,2), але вона не є статистично значущою.

Отримані результати демонструють значущі взаємозв'язки між схильністю до віктимної поведінки, рівнем інтернальності, сприйняттям стресу, благополуччям і самоповагою. Зокрема:

Високий рівень інтернальності пов'язаний із нижчою схильністю до агресивної, самоушкоджуючої та некритичної поведінки, але може парадоксально корелювати з реалізованою віктимністю.

Низька самоповага асоціюється з гіперсоціальною поведінкою.

Підвищений сприйнятий стрес взаємопов'язаний із реалізованою віктимністю та самоушкоджуючою поведінкою.

Ці результати можуть бути використані для побудови програм профілактики віктимної поведінки та корекції психологічного стану особистостей із різним рівнем стресу, самоповаги та локусу контролю.

### **Висновки до другого розділу.**

Проведене дослідження дозволило здійснити комплексний аналіз психологічного стану жінок, включаючи їхню схильність до віктимної поведінки, рівень інтернальності, самооцінки, психічного благополуччя та сприйняття стресу. Отримані результати дають цінну інформацію щодо психоемоційних особливостей вибірки та виявлених ризиків, що можуть негативно впливати на їхнє психічне здоров'я.

Схильність до віктимної поведінки.

Встановлено, що більшість жінок продемонстрували схильність до різних типів віктимної поведінки, зокрема агресивної, самоушкоджуючої, гіперсоціальної та некритичної. Це свідчить про потенційні ризики для їхнього психічного здоров'я та потребу в корекційних заходах, спрямованих на зниження віктимності та розвиток здорових стратегій поведінки. Реалізована віктимність у цих учасниць потребує особливої уваги та застосування психотерапевтичних втручань, спрямованих на зниження таких проявів.

Рівень інтернальності.

Виявлено, що 57,1% жінок мають середній рівень інтернальності, що свідчить про їхню адаптивність у контролі над своїм життям залежно від соціальних умов. Водночас 25% респонденток демонструють високий рівень інтернальності, що пов'язано з високою впевненістю в особистому контролі над

подіями та емоційною стабільністю. Для 17,9% учасниць характерний низький рівень інтернальності, що вказує на залежність від зовнішніх факторів і емоційну нестійкість.

#### Самооцінка та самоповага.

Згідно з результатами методики «Шкала самооцінки Розенберга», середній бал за самооцінкою становить 17,7, що вказує на низьку самоповагу у більшості респонденток (57,1%). Це проявляється через схильність до самокритики, фокусування на власних недоліках та емоційну нестабільність. У 28,6% жінок спостерігається баланс між самоповагою та самознищенням, що свідчить про непостійність самооцінки. Лише 14,3% респонденток мають стабільно високу самооцінку.

#### Психічне благополуччя.

За результатами методики «Шкала психічного благополуччя Ворик-Единбург (WEMWBS)», загальний рівень психічного благополуччя серед респонденток є задовільним, з середнім балом 44,6. Половина вибірки (50%) демонструє високий рівень психічного благополуччя, що свідчить про позитивний емоційний стан і здатність адаптуватися до життєвих труднощів. Однак 35,7% учасниць мають середній рівень благополуччя, що вказує на потребу в додатковій підтримці для покращення їхнього психоемоційного стану. 14,3% респонденток демонструють низький рівень благополуччя, що потребує психосоціального втручання для запобігання розвитку психологічних розладів.

#### Сприйнятий стрес.

Згідно з результатами методики «Шкала сприйнятого стресу (Perceived Stress Scale, PSS)», більшість жінок у вибірці мають помірний або сильний рівень стресу, що вказує на значний вплив стресових факторів на їхнє емоційне та психологічне благополуччя. 42,8% жінок мають помірний рівень стресу, а 28,6% – сильний рівень стресу. Лише 28,6% респонденток мають низький рівень стресу.

#### Взаємозв'язки між параметрами.

Значущі взаємозв'язки між рівнем інтернальності, самооцінкою, психічним благополуччям і сприйнятим стресом дають змогу ідентифікувати

групи ризику та розробити індивідуалізовані програми підтримки. Наприклад, високий рівень інтернальності асоціюється з меншою схильністю до агресивної, самоушкоджуючої та некритичної поведінки, але може мати парадоксальні взаємозв'язки з реалізованою віктимністю. Низька самоповага пов'язана з гіперсоціальною поведінкою, а підвищений рівень сприйнятого стресу корелює з агресивною віктимною поведінкою та самоушкоджувальною поведінкою. Ці результати підкреслюють важливість комплексного підходу до корекції психологічного стану жінок через програми, що поєднують підтримку самооцінки, зниження стресу та управління внутрішнім контролем.

На основі отриманих результатів, рекомендується впровадження цільових психокорекційних програм, що включають індивідуальну та групову терапію для зниження рівня стресу, поліпшення самооцінки та розвитку ефективних стратегій подолання стресу. Також важливо розробити тренінги для розвитку внутрішнього контролю та психічної стійкості, а також програми профілактики віктимної поведінки серед жінок.

### **РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ СИНДРОМУ ЖЕРТВИ У МОЛОДИХ ЖІНОК**

#### **3.1. Переваги та особливості гештальт теорії та гештальт терапії у роботі з почуттям жертви у молодих жінок**

Гештальт теорія та гештальт терапія пропонують глибокий і цілісний підхід до розуміння та трансформації почуття жертви. Це почуття часто виникає внаслідок пережитого травматичного досвіду, нерозв'язаних міжособистісних конфліктів або довготривалого перебування в ситуаціях, де людина відчувала себе безсилою. Гештальт терапія зосереджується на тому, щоб допомогти людині не лише усвідомити природу цих відчуттів, але й знайти спосіб інтегрувати цей досвід у своє життя, не дозволяючи йому визначати подальший розвиток особистості.

Однією з основ гештальт підходу є акцент на принципі «тут і зараз». Це означає, що терапія спрямована на те, щоб клієнт переживав і досліджував свої емоції, думки й тілесні відчуття безпосередньо у моменті, в якому він перебуває. Для людей, які переживають почуття жертви, це особливо важливо, оскільки вони часто застрягають у минулому, переосмислюючи травматичні події, або ж втрачають здатність будувати плани на майбутнє через страх перед повторенням болісного досвіду. Фокус на «тут і зараз» дозволяє клієнту відірватися від руйнівних думок і знайти точки опори в поточній реальності [9, 20, 27].

Усвідомленість, як одна з центральних концепцій гештальт терапії, відіграє вирішальну роль у роботі з почуттям жертви. Терапія допомагає клієнту уважніше прислухатися до своїх емоцій і потреб, розпізнавати автоматичні поведінкові патерни, які сприяють збереженню цього почуття. Наприклад, багато людей, які відчують себе жертвами, схильні уникати конфліктів або ж, навпаки, реагувати на них із позиції безпорадності. Усвідомлення цих моделей поведінки дає змогу людині поступово вийти з цього замкнутого кола, почати діяти більш усвідомлено й упевнено.

Емоційний компонент роботи з почуттям жертви є надзвичайно важливим. Часто такі клієнти пригнічують свої справжні емоції, особливо гнів, смуток чи страх, через те, що вони можуть здаватися їм небезпечними або неконтрольованими. Гештальт терапія створює простір, у якому ці емоції можуть бути висловлені, прийняті та пропрацьовані. Наприклад, під час роботи з травмою клієнт може отримати змогу виразити свій біль або злість до уявного кривдника через техніку порожнього стільця, що дозволяє звільнити пригнічену енергію та відновити емоційну рівновагу [12, 26].

Особливістю гештальт терапії є її підхід до відповідальності. У багатьох випадках почуття жертви супроводжується переконанням у тому, що життя контролюють зовнішні обставини, на які людина не має жодного впливу. Такий спосіб мислення формує пасивну життєву позицію, у якій будь-яка зміна здається неможливою. Гештальт терапія допомагає клієнту побачити, що навіть у найскладніших ситуаціях є елементи, на які він може впливати, і рішення, які він може приймати. Цей процес не лише повертає клієнту відчуття контролю над власним життям, але й сприяє розвитку активної життєвої позиції, яка несумісна з роллю жертви.

Інтеграція внутрішніх конфліктів є ще одним важливим аспектом гештальт терапії. Люди з почуттям жертви часто переживають внутрішній розкол між різними частинами своєї особистості, наприклад, між тією частиною, яка хоче захистити себе, і тією, яка прагне уникнути конфліктів. Терапевт працює над тим, щоб допомогти клієнту не лише усвідомити ці полярності, але й знайти спосіб примирити їх, створюючи цілісну картину свого «Я». Це дозволяє клієнту відчувати внутрішню гармонію та уникнути самосаботажу [20].

Окрім цього, гештальт терапія спрямована на формування нових стратегій взаємодії зі світом. Клієнт вчиться встановлювати здорові межі, говорити «ні» в ситуаціях, які йому не підходять, і водночас бути відкритим до нових можливостей. Такі зміни дозволяють уникати повторення ситуацій, у яких клієнт відчував себе жертвою, і будувати більш гармонійні стосунки з оточуючими.

У підсумку, гештальт терапія пропонує не лише ефективний спосіб впоратися з почуттям жертви, але й сприяє глибоким особистісним трансформаціям, які допомагають людині жити більш повноцінним, усвідомленим і відповідальним життям.

### 3.2. Проведення психокорекційної роботи щодо профілактики синдрому жертви у молодих жінок

Для реалізації психокорекційної програми було відібрано групу з 9 жінок, які мали високі показники віктимності за результатами методики «Схильність до віктимної поведінки». Під час підготовки до роботи з групою основною метою стало зниження проявів віктимної поведінки, розвиток відповідальності за власні переживання та формування активної життєвої позиції. Робота проводилася з опорою на принципи гештальт терапії, що забезпечує інтеграцію емоцій, усвідомлення тілесних реакцій та завершення незакінчених емоційних ситуацій.

Результати за методикою «Схильність до віктимної поведінки» досліджуваних, які беруть участь в психокорекційній роботі.

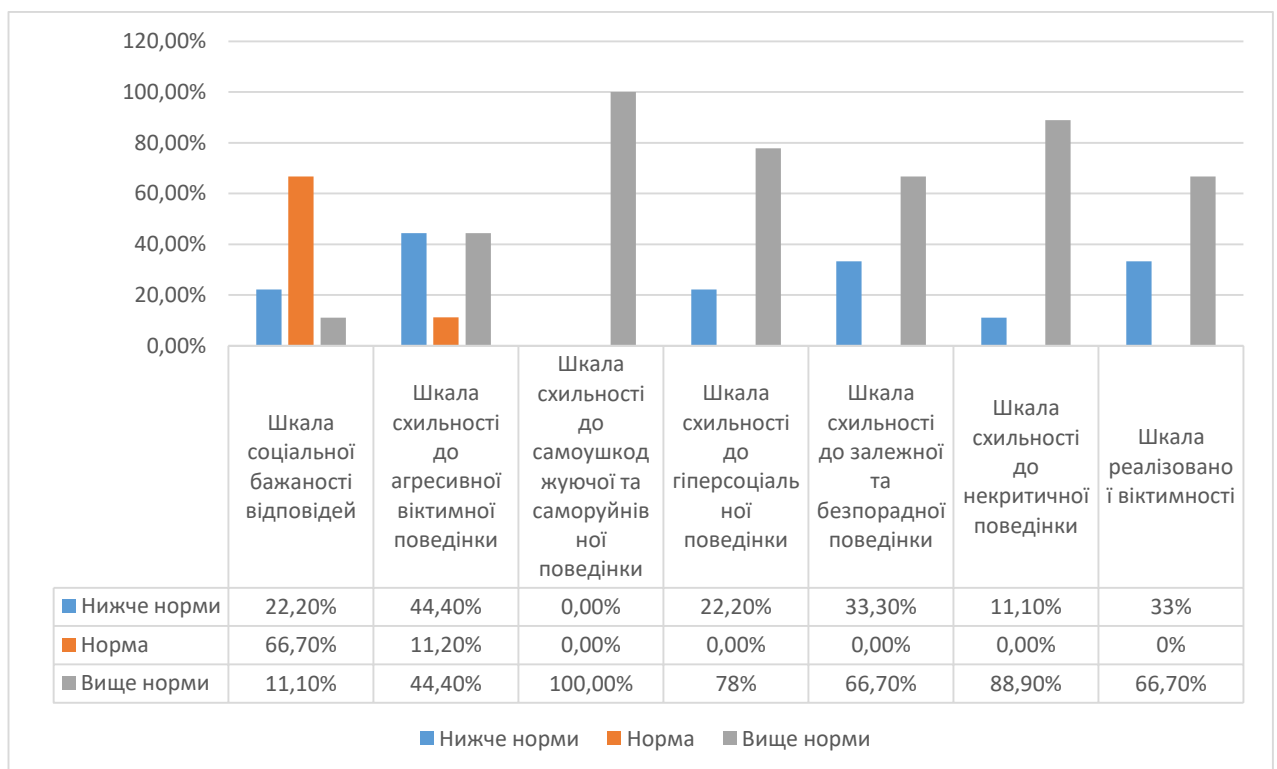


Рис. 3.1. – Результати методики «Схильність до віктимної поведінки» для вибірки, яка бере участь в психокорекційній роботі.

### Шкала соціальної бажаності відповідей:

Переважна більшість учасниць (66,7%) продемонстрували середній рівень соціальної бажаності відповідей. Це вказує на те, що більшість жінок виявляли тенденцію відповідати відповідно до соціальних очікувань, проте лише одна учасниця (11,1%) мала високий рівень соціальної бажаності, а дві (22,2%) – низький. Ці результати можуть свідчити про відносну чесність і реалістичність оцінки своїх емоцій і поведінки більшістю учасниць, хоча деякі з них можуть демонструвати прагнення відповідати суспільним стандартам.

### Шкала схильності до агресивної віктимної поведінки:

Рівень схильності до агресивної віктимної поведінки виявився досить високим: 44,4% учасниць були схильні до агресивної реакції в умовах стресу чи конфлікту. Цей результат може свідчити про певний рівень захисних механізмів або незадоволення відносинами, що може бути пов'язано з минулим досвідом. Лише 11,1% учасниць продемонстрували низький рівень схильності до агресії, а 44,4% - високий.

### Шкала схильності до самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки:

Ця шкала показала, що всі учасниці (100%) продемонстрували високу схильність до самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки. Це є критичним результатом, оскільки свідчить про значні емоційні труднощі серед жінок, які можуть мати вплив на їхній психічний стан і здоров'я. Такий високий рівень показника потребує додаткової уваги під час психокорекційної роботи.

### Шкала схильності до гіперсоціальної поведінки:

Більшість учасниць (78%) виявили високу схильність до гіперсоціальної поведінки, що може вказувати на надмірну потребу у соціальному схваленні та адаптації до групових норм. 22,2% мали низький рівень цього показника, що свідчить про індивідуальність чи потребу в самовираженні.

### Шкала схильності до залежної та безпорадної поведінки:

66,7% учасниць продемонстрували високу схильність до залежної та безпорадної поведінки, що може свідчити про високий рівень емоційної уразливості та потребу в підтримці з боку інших. 33,3% мали низький рівень

цього показника, що може бути пов'язано з більшою незалежністю чи самостійністю в рішенні проблем.

Шкала схильності до некритичної поведінки:

Переважає більшість учасниць (88,9%) продемонстрували високу схильність до некритичної поведінки, що може свідчити про неготовність до самокритики та аналізу своїх дій. Лише 11,1% жінок продемонстрували низький рівень цієї схильності, що може вказувати на готовність до самоаналізу.

Шкала реалізованої віктимності:

66,7% учасниць мали високий рівень реалізованої віктимності, що означає, що більшість з них свідомо чи підсвідомо відчують себе жертвами ситуацій. 33% учасниць мали низький рівень реалізованої віктимності, що вказує на відсутність такої самоідентифікації.

Більшість учасниць виявляють певні риси віктимного мислення (схильність до агресивної поведінки, залежної та безпорадної поведінки, самоушкоджуючої поведінки) та демонструють високий рівень соціальної адаптації й потреби в схваленні (гіперсоціальна поведінка).

Високі показники щодо самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки вказують на наявність значних внутрішніх конфліктів, що потребують негайного втручання.

Результати свідчать про потребу в глибокому психокорекційному втручанні для зменшення схильності до віктимних моделей поведінки та розвитку більш здорових способів самовираження і саморегуляції.

Психокорекційна робота.

Етап 1. Ознайомлення з результатами.

На зустрічі учасницям було запропоновано ознайомитися з результатами проведеної діагностики рівня віктимності, яка була виконана за допомогою методики «Схильність до віктимної поведінки». Кожна з жінок отримала індивідуальні результати у вигляді балів, що дозволяло кожній учасниці побачити власний рівень схильності до віктимної поведінки. Такий індивідуальний підхід сприяв підвищенню мотивації до участі в терапії, адже

результати надавали відчуття персональної зацікавленості та значущості процесу.

Після ознайомлення з індивідуальними даними психолог провів аналіз загальних тенденцій, характерних для всієї групи, використовуючи об'єктивну статистику і реальні приклади, що описували типові прояви синдрому жертви. Учасницям було пояснено, як віктимна поведінка може проявлятися у повсякденному житті, наприклад, у вигляді пасивності, надмірного прагнення до схвалення або схильності уникати відповідальності за власні рішення. Також психолог зазначив, що синдром жертви має значний вплив на емоційний стан, знижуючи впевненість у собі, і часто стає причиною конфліктів у міжособистісних стосунках або перешкоджає особистій самореалізації.

Дискусія проходила у відкритій формі: психолог заохочував учасниць ставити запитання та ділитися власними думками щодо отриманих результатів і висновків. Це допомогло створити безпечний, підтримуючий простір, у якому жінки відчували, що їхні переживання поважають і приймають. Ключовим моментом стало обговорення причин, які могли вплинути на розвиток віктимної поведінки, таких як дитячі травми, негативний життєвий досвід або нав'язані соціальні стереотипи.

Психолог підкреслив, що отримані результати не є вироком чи незмінною характеристикою особистості. Навпаки, вони слугують відправною точкою для роботи над собою, розкриття свого потенціалу і формування більш здорових моделей поведінки. Учасницям було запропоновано прийняти ці результати не як критику, а як можливість для змін, яка відкривається через участь у терапевтичній групі.

Цей етап заклав основу для подальшої роботи, оскільки допоміг учасницям усвідомити свої поведінкові особливості, сприяв формуванню довіри до терапевтичного процесу та стимулював бажання активно працювати над собою.

## Етап 2. Проведення групової терапії.

Основна частина психокорекційної роботи проводилася у форматі групового заняття, що створювало особливу динаміку взаємодії та сприяло

поглибленню розуміння учасницями своїх емоцій і поведінкових моделей. Група з дев'яти молодих жінок працювала у підтримуючій атмосфері, де кожна з учасниць мала змогу поділитися своїм досвідом, отримати зворотний зв'язок і відчувати спільність із іншими. Такий підхід знижував відчуття ізольованості та сприяв розумінню, що подібні проблеми можуть бути спільними для багатьох.

Техніка «Зустріч з почуттями».

Мета: Зняття внутрішнього напруження, вивільнення заблокованих емоцій та їх інтеграція в життєвий досвід.

Учасниці сиділи у колі, а психолог створив безпечний простір для відкритого обговорення. Кожна жінка по черзі розповідала про свої емоції, особливо ті, які зазвичай придушуються, наприклад, страх, сором або гнів. Інші учасниці слухали без оцінювання, іноді підтримуючи невербально, через кивання чи теплий погляд. Психолог ставив уточнювальні запитання, які допомагали глибше усвідомити джерела цих почуттів. Учасниці також описували, як ці емоції проявляються у фізичних відчуттях, що сприяло інтеграції емоцій у загальний життєвий досвід.

Техніка «Порожнього стільця».

Мета: Завершення емоційно незакінчених ситуацій, вираження прихованих емоцій і робота з внутрішнім конфліктом.

Кожна учасниця мала можливість «спілкуватися» з уявною людиною чи частиною себе, яка, на її думку, сприяла формуванню віктимного мислення. Учасниці по черзі виходили в центр кола, де стояв порожній стілець, і висловлювали свої емоції, наприклад, претензії чи образи. Інші жінки спостерігали за процесом, а після завершення вправи могли поділитися своїми відчуттями чи роздумами. Психолог допомагав учасницям усвідомлювати, як ці незавершені діалоги впливають на їхнє життя, та підтримував їх у звільненні від емоційного вантажу.

Фокусування на тілесних відчуттях.

Мета: Усвідомлення зв'язку між тілесними симптомами і пригніченими емоціями, що дозволяло вивільнити енергію, яка раніше блокувалася в тілі.

Учасниці виконували вправу у спокійній атмосфері, часто сидячи або лежачи на килимках у зручному положенні. Психолог керував процесом: пропонував учасницям зосередитися на диханні, а потім поступово сканувати своє тіло, відзначаючи напруження, біль чи інші відчуття. Жінки ділилися своїми знахідками, що дозволяло іншим також замислитися про зв'язок між їхніми емоціями та фізичними відчуттями. Колективне виконання цієї вправи сприяло створенню почуття єдності та взаємної підтримки.

Техніка «Перенесення відповідальності».

Мета: Зниження схильності до проєкцій і розвиток почуття відповідальності за власне життя.

Психолог ставив запитання всій групі, запрошуючи учасниць розмірковувати про власну роль у складних ситуаціях. Наприклад: «Як би ви могли вплинути на ситуацію, яка вас турбує?» або «Що ви могли б зробити по-іншому, аби змінити результат?». Учасниці обмінювалися своїми думками, а психолог допомагав їм розпізнати, як перенесення відповідальності на себе може допомогти зменшити відчуття безсилля і контролю з боку інших.

Реконструкція незакінчених ситуацій.

Мета: Зняття емоційної напруги і звільнення від впливу травматичного минулого.

Ця техніка виконувалася в напівіндивідуальному форматі: одна учасниця ділилася своїм спогадом, що викликає емоційний біль, і уявляла, як вона могла б завершити цю ситуацію. Інші учасниці, слухаючи, ділилися своїми подібними переживаннями, створюючи ефект дзеркала, що допомагав кожній глибше осмислити власні емоції. Завдяки цьому жінки усвідомлювали, що минуле може бути перепрожите й завершене у безпечному терапевтичному просторі.

Групова взаємодія дозволила учасницям не лише отримати новий досвід, але й знайти підтримку одна в одній. Відвертість і відкритість кожної жінки створювали атмосферу взаємної довіри, що стало ключовим елементом ефективності терапевтичної роботи.

Етап 3. Домашнє завдання.

Для зміцнення ефекту від групових занять та підтримки процесу особистісних змін, учасникам було запропоновано виконати два індивідуальні завдання вдома. Їх метою було поглиблення саморефлексії, розвиток навичок усвідомленого спостереження за своїми емоціями та підвищення впевненості у власних силах.

Ведення щоденника емоцій.

Мета: Допомогти учасникам відстежувати свої емоції у повсякденному житті. Підвищити усвідомленість щодо тілесних реакцій на емоційні переживання. Створити простір для обмірковування та аналізу своїх почуттів у безпечному форматі.

Інструкція:

Приділити щодня 10-15 хвилин для запису в щоденник. У зошиті або спеціально виділеному блокноті зазначати: події дня, які викликали сильні емоції (позитивні чи негативні).

Відповіді на запитання:

- Що я відчувала у цій ситуації? (наприклад, радість, злість, тривогу, гордість).
- Як ці почуття проявлялися у моєму тілі? (наприклад, серцебиття, стиснення у грудях, тепло у животі).
- Як я відреагувала на ці відчуття? (наприклад, залишила емоцію при собі, поділилася з кимось, уникала її).

Очікувані результати: Розвиток емоційної грамотності. Здатність швидше усвідомлювати власні почуття і їхній зв'язок із фізичними реакціями. Вироблення звички рефлексувати, що знижує автоматичність реакцій на стрес.

Вправа на усвідомлення особистих досягнень.

Мета: Розвинути почуття впевненості у собі через акцент на позитивному досвіді. Закріпити в учасниць розуміння їхніх можливостей самотійно долати складнощі.

Інструкція: У зручний час подумати про свій життєвий досвід, зосереджуючись на ситуаціях, які принесли почуття задоволення та впевненості. Записати 5 таких ситуацій у зошит.

Описати кожен ситуацію за такими критеріями:

- Що сталося? (короткий опис події).
- Які мої дії сприяли успішному результату? (наприклад, прийняття рішення, наполегливість, творчий підхід).
- Що я відчувала у цей момент? (наприклад, гордість, радість, впевненість).
- Як я можу використовувати ці якості в майбутньому?

Очікувані результати: Зростання віри у власні можливості. Усвідомлення, що багато рішень у житті залежать від них самих. Формування позитивного ставлення до власного досвіду.

Психологічна підтримка під час виконання.

Учасницям було рекомендовано, у разі виникнення складнощів або питань під час виконання завдань, звертатися до психолога за консультацією. Це забезпечувало відчуття підтримки та сприяло успішному виконанню завдань.

Ці вправи були інтегровані в контекст програми з метою посилення результатів групової роботи, підвищення емоційної стійкості та розвитку особистісної автономії.

Етап 4. Індивідуальні консультації.

Після завершення групових занять учасниці мали змогу відвідати індивідуальні консультації, які сприяли глибшому опрацюванню їхніх особистих труднощів. Під час цих зустрічей психолог допомагав аналізувати досягнення, отримані в процесі групової роботи, та зосереджувався на аспектах, які вимагали додаткової уваги. Учасниці могли відверто говорити про свої переживання та отримувати зворотний зв'язок, що допомагало краще розуміти їхні власні реакції та поведінку.

Кожній жінці було запропоновано скласти план індивідуального саморозвитку, орієнтований на поступове зниження віктимності. Психолог сприяв у визначенні конкретних кроків для досягнення більшої впевненості та

незалежності, підтримуючи прагнення учасниць до формування активної життєвої позиції. Завдяки консультаціям учасниці отримали змогу інтегрувати груповий досвід у своє повсякденне життя, що створило базу для довгострокових змін.

### 3.3. Аналіз результатів дослідження щодо профілактики синдрому жертви у молодих жінок

Для аналізу результатів дослідження профілактики синдрому жертви у молодих жінок після проведеної психокорекційної роботи, а також через два тижні після виконання домашніх завдань, було проведено повторне дослідження. Порівняння початкових та повторних показників дозволило оцінити ефективність використаних методик та загальний вплив програми на зниження віктимності серед учасниць.

Результати були оброблені та представлені на гістограмі. Результати наведені в Додатку Е.

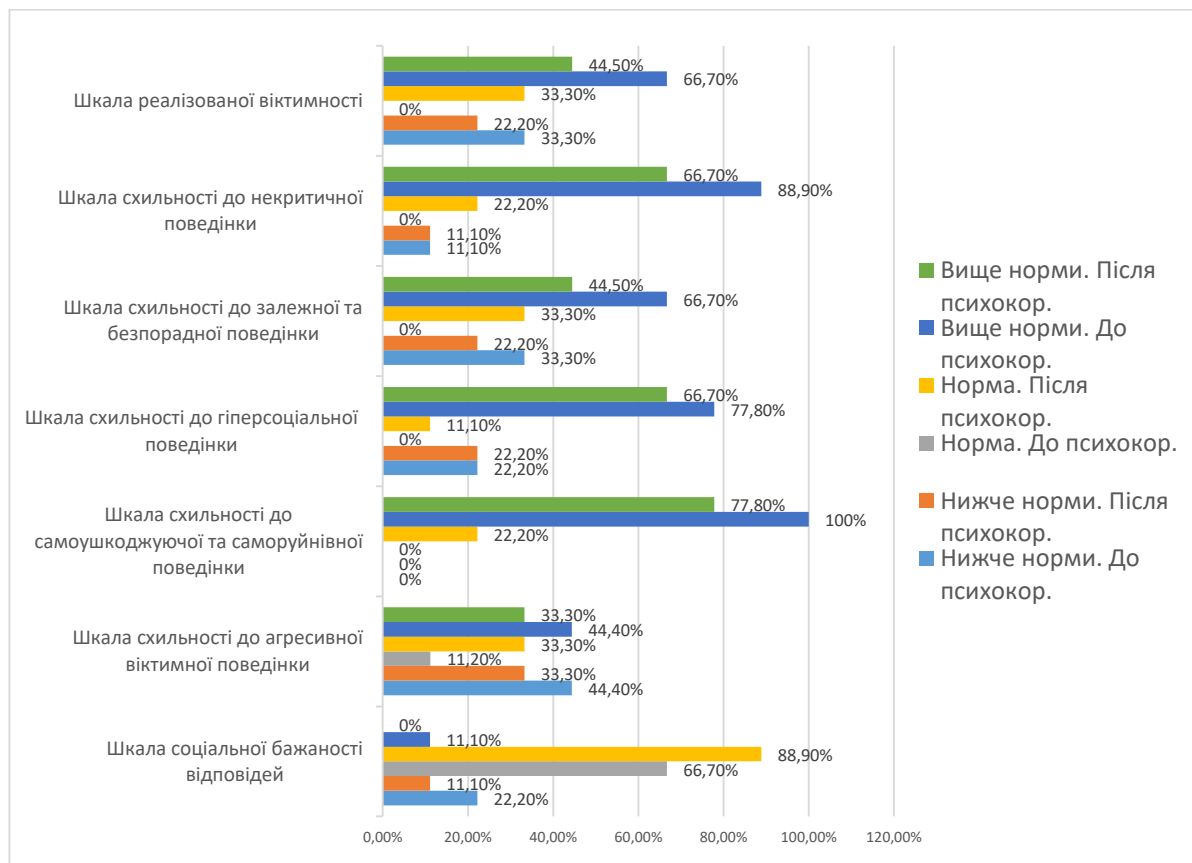


Рис. 3.2. – Порівняння результатів методики «Схильність до віктимної поведінки» для вибірки до та після психокорекційної роботи.

Шкала соціальної бажаності відповідей:

До психокорекції: 22,2% учасниць знаходились на низькому рівні соціальної бажаності, 66,7% – на нормальному рівні, і 11,1% – на високому.

Після психокорекції: Низький рівень соціальної бажаності знизився до 11,1%, нормальний рівень підвищився до 88,9%, а високий рівень соціальної бажаності став відсутнім.

Шкала схильності до агресивної віктимної поведінки:

До психокорекції: 44,4% учасниць були на низькому рівні, 11,2% – на нормальному, і 44,4% – на високому рівні агресивної віктимної поведінки.

Після психокорекції: 33,3% учасниць залишились на низькому рівні, 33,3% на нормальному рівні, і 33,3% на високому рівні.

Шкала схильності до самоушкоджуючої та саморуйнівної поведінки:

До психокорекції: 100% учасниць мали високий рівень схильності.

Після психокорекції: 77,8% учасниць залишаються на високому рівні, але 22,2% зменшили цю схильність до нормального рівня.

Шкала схильності до гіперсоціальної поведінки:

До психокорекції: 22,2% учасниць знаходились на низькому рівні, 0% – на нормальному рівні, і 77,8% – на високому рівні гіперсоціальної поведінки.

Після психокорекції: 22,2% залишаються на низькому рівні, 11,1% на нормальному рівні, і 66,7% на високому рівні.

Шкала схильності до залежної та безпорадної поведінки:

До психокорекції: 33,3% учасниць мали низький рівень, 0% – на нормальному рівні, і 66,7% – на високому рівні.

Після психокорекції: 22,2% знизились до низького рівня, 33,3% залишились на нормальному рівні, і 44,5% знаходяться на високому рівні.

Шкала схильності до некритичної поведінки:

До психокорекції: 11,1% знаходились на низькому рівні, 0% – на нормальному, і 88,9% – на високому рівні.

Після психокорекції: 11,1% залишились на низькому рівні, 22,2% на нормальному, і 66,7% на високому рівні.

Шкала реалізованої віктимності:

До психокорекції: 33,3% учасниць знаходились на низькому рівні, 0% – на нормальному рівні, і 66,7% – на високому рівні.

Після психокорекції: 22,2% знизилась до низького рівня, 33,3% залишились на нормальному рівні, і 44,5% залишились на високому рівні.

Результати дослідження показують важливі зміни у поведінкових паттернах жінок після психокорекційної роботи. У цілому, спостерігається значне зменшення схильності до різних форм віктимної поведінки, таких як агресивна віктимність, залежна поведінка та самоушкоджувальна поведінка. Психокорекційна робота сприяла підвищенню критичності та самосвідомості, що відображається в зменшенні схильності до некритичної та безпорадної поведінки. Наприклад, зниження відсотка жінок з високим рівнем агресивної віктимності після психокорекції вказує на те, що учасниці стали менш схильні до агресивних реакцій у відповідь на стресові ситуації, що може свідчити про їх здатність краще керувати своїми емоціями та поведінкою.

Що стосується поведінки, пов'язаної з самоушкодженням, хоча на цьому етапі ще залишаються учасниці з високими показниками, деякі з них знизили схильність до такого виду поведінки, що є позитивним результатом психокорекційної роботи. Це може свідчити про зростання самоконтролю та зменшення потреби в самопошкодженні як способу справлятися з внутрішнім болем або стресом.

Позитивні зміни також спостерігаються в контексті реалізованої віктимності, де зменшення кількості жінок із високими показниками цієї шкали свідчить про зростання внутрішнього ресурсу та готовності активно долати життєві труднощі замість того, щоб залишатись пасивними та сприймати себе як жертву обставин. Зменшення кількості жінок із високими результатами на шкалі залежної поведінки також вказує на підвищення рівня самостійності та зменшення відчуття безпорадності.

Щодо шкали соціальної бажаності, зміни свідчать про більш реалістичне сприйняття ситуацій. Зменшення відсотку жінок з високими показниками соціальної бажаності відповідає збільшенню чесності в оцінці ситуацій, що є важливим аспектом самопізнання і психологічного здоров'я.

Незважаючи на позитивні зміни, на деяких шкалах, таких як гіперсоціальна поведінка, схильність до високо соціальних взаємодій ще зберігається у значній кількості учасниць. Це може свідчити про залишкову потребу в зовнішньому схваленні або бажання утримати соціальні зв'язки, навіть якщо вони не завжди є здоровими або корисними.

Загалом, результати вказують на значний прогрес у розвитку самосвідомості, самоконтролю та здорових механізмів справляння зі стресом. Психокорекційна робота допомогла учасницям знизити віктимні поведінкові патерни та забезпечити більше внутрішнього ресурсу для подолання життєвих труднощів. Ці зміни є важливим кроком у напрямку формування здорової психічної стійкості та впевненості.

### **Висновки до третього розділу.**

У третьому розділі розглянуто психокорекційну роботу щодо профілактики синдрому жертви у молодих жінок, зокрема, переваги та особливості гештальт-терапії, проведення психокорекційних заходів та аналіз результатів дослідження.

Завдяки гештальт-терапії, яка фокусується на розвитку усвідомленості та саморозуміння, учасниці змогли зосередитись на своїх емоціях, переживаннях та реакціях на стресові ситуації. Особливістю цього підходу є акцент на «тут і зараз», що дозволяє жінкам краще усвідомити власні патерни поведінки та відчуття жертви, а також допомагає змінювати негативні когнітивні і емоційні реакції, що можуть підтримувати синдром жертви.

Психокорекційна робота включала різноманітні методи, спрямовані на розвиток самосвідомості, критичності, самоконтролю та соціальної активності, що виявилось ефективним у зниженні схильності до віктимної поведінки. Після

психокорекційної роботи спостерігалися позитивні зміни: зменшення агресивної віктимної поведінки, залежної та безпорадної поведінки, а також зниження рівня соціальної бажаності відповідей.

Аналіз результатів дослідження показав, що психокорекція допомогла учасникам знизити рівень віктимності та підвищити їх здатність до здорового самовираження та самопізнання. Зміни, які відбулись після проведення психокорекційної роботи, свідчать про ефективність застосованих методик, орієнтованих на розвиток здорової психічної стійкості та формування активної життєвої позиції.

Таким чином, проведена психокорекційна робота має важливе значення для профілактики синдрому жертви у молодих жінок, адже сприяє розвитку їх емоційної та соціальної компетентності, що дозволяє долати життєві труднощі без втрати власної гідності та самоповаги.

## ВИСНОВКИ

У ході виконання завдань дипломної роботи було здійснено теоретичний та емпіричний аналіз синдрому жертви у молодих жінок, визначено ефективність гештальт-терапії як методу психологічної корекції та розроблено практичну програму психокорекційної роботи.

Проаналізовано основні прояви синдрому жертви у молодих жінок, включаючи схильність до віктимної поведінки, емоційної залежності та низької самооцінки. З'ясовано, що синдром жертви суттєво впливає на психоемоційний стан, погіршуючи здатність до саморегуляції та усвідомлення власних потреб. Теоретичний аналіз основ гештальт-терапії дозволив виокремити її ключові принципи та техніки, які сприяють відновленню психічного здоров'я.

Розроблено методичне забезпечення для вивчення ефективності гештальт-терапії у подоланні синдрому жертви, зокрема, адаптовано й обрано дієві методи оцінки: опитувальники для визначення самоповаги, локусу контролю, рівня сприйнятого стресу, благополуччя та схильності до віктимної поведінки. Визначено форми та методи психологічної допомоги, включаючи групові терапевтичні сесії, орієнтовані на усвідомлення, підтримку та розвиток емоційної стійкості.

Емпіричне дослідження виявило, що молоді жінки з синдромом жертви мають знижений рівень самооцінки, зовнішній локус контролю, високий рівень сприйнятого стресу та тенденцію до віктимної поведінки. Результати дослідження також підтвердили, що у більшості учасниць проявляється схильність до віктимної поведінки, що знижує їхню здатність ефективно вирішувати життєві ситуації.

Розроблено програму психокорекційної роботи на основі гештальт-терапії, спрямовану на подолання синдрому жертви. Програма включала вправи для розвитку усвідомленості, прийняття відповідальності за власне життя, роботу з емоціями та потребами, а також формування активної життєвої позиції. Проведення програми показало позитивні результати: зниження рівня віктимної поведінки.

Таким чином, підтверджено ефективність гештальт-терапії як методу психологічної корекції синдрому жертви у молодих жінок, розроблено й апробовано практичну програму, яка сприяє покращенню емоційного стану, підвищенню рівня усвідомленості та самостійності учасниць.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бац Ю. Б. Методи роботи психолога з психологічною травмою особистості. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ МВС України, 2022. 65 с.
2. Березяк К. М. Техніка Давіда Берцелі TRE (Trauma & Tension Releasing Exercises) для тілесної роботи зі стресом та травмою (Doctoral dissertation). 2022.
3. Боковець О. І. Психологічні особливості взаємодії кривдника та жертви психологічного насилля. Перспективи розвитку сучасної науки та освіти: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції (м. Львів, 25–26 вересня 2021 р.). Львів : Львівський науковий форум, 2021. С. 26–27.
4. Вайда Т. Стокгольмський Синдром Жертви: Поняття, Прояв Та Фактори Формування Особистісного Утворення (На Прикладі Війни 2022 Року В Україні). Рекомендовано до друку Вченою радою Центральноукраїнського національного технічного університету (протокол № 4 від 29.12. 2022 р.), 2022. 89.
5. Вдовіченко О. В., Кондратьєва І. П. Психотерапевтичні підходи в подоланні посттравматичного стресу. Габітус. 2023. № 47. С. 100–104.
6. Верба К. С. Соціально-психологічна робота з жінками-жертвами насильства у подружніх стосунках (Doctoral dissertation). 2023.
7. Вовк М., Гречин Н. Причини булінгу в молодіжному середовищі. Наукові заходи Юридичного факультету Західноукраїнського національного університету, 2020. 413-415.
8. Волков К. Травматичний досвід: історична експлікація вивчення в психології. Психологічні перспективи, 2023. 41.
9. Володарська Н. Д. Гештальт-технології у відновленні психологічного здоров'я особистості. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права, 2022. (1), 68-73.
10. Віденєєв І. О. Основи психотерапії. Конспект лекцій. 2020.
11. Віденєєв І. О. Психологія професійних деструкцій. 2020.

12. Гнезділова Ф. В. Ефективність використання технік гештальт-терапії у подоланні труднощів життєвого вибору особистості. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи*. 2022.
13. Горностай П. Травма жертви і травма агресора у міжгрупових конфліктах. *Проблеми політичної психології*, 2021. 24, 114-133.
14. Гречин Н., Вовк М. Причини булінгу в молодіжному середовищі. 2020. 413-415.
15. Грицюк І. М. Психологія жертви : методичні рекомендації до вибіркового освітнього компоненту / Волинський національний університет імені Лесі Українки, кафедра практичної психології та психодіагностики. Луцьк : Формат Друк, 2023. 15 с.
16. Гудовський В. А. Психологічні засади вирішення міжособистісних конфліктів в жіночому педагогічному колективі : кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр» : спец. 053 «Психологія» / В. А. Гудовський ; ЧНУ ім. Петра Могили. Миколаїв, 2024. 140 с.
17. Гурлева Т. С., Журавльова Н. Ю. Довіра до себе як важливий атрибут стресостійкості особистості в умовах інформаційної війни: взаємозв'язок понять. *Вчені записки ТНУ. Серія: Психологія*, 2022. 33(72), 76-82.
18. Дудник О. Набута безпорадність та депресія: особливості взаємозв'язку. *Психологічний журнал*, 2021. (7), 37-45.
19. Думенко І. М. Профілактика булінгу в початковій школі. *Психологічні умови розвитку особистісно-професійної компетентності педагога*, 2020. 152(1), 44.
20. Жоха С. Деякі техніки гештальт-терапії у збагаченні копінг-ресурсів особистості. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи* : Зб. наук. пр., м. Ізмаїл. 2022. С. 41–45.
21. Звездова О. О. Психологічний вплив на населення під час інформаційно-психологічних операцій. 2023.
22. Кальба Я. Є. Травма розвитку: стратегії роботи в клінічній гештальт-терапії. *Цілісний підхід у психології особистості: особливості теорії та практики*

: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції. Кропивницький : Піскова М. А., 2021. С. 66-69.

23. Кердивар В. В., Христенко В. Є. Синдром жертви у внутрішньо переміщених осіб із зони локального воєнного конфлікту. Монографія. 2021.

24. Климовська, А. Б. Техніки Арт-терпії у роботі з подолання стресових станів: кваліфікаційна робота (проект) на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»; М-во освіти і науки України ; Херсонський держ. ун-т, Ф-т психології, історії та соціології, Кафедра психології. Івано-Франківськ : ХДУ, 2023. 46 с.

25. Козієнко А. В. Психологічні особливості подолання вивченої безпорадності у вимушених мігрантів через воєнні дії в Україні : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник Ю. А. Паскевська. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. 87 с.

26. Короход Я. Д., Татьянчиков, А. О. Деякі базові техніки гештальт-терапії для розвитку особистості (Doctoral dissertation, Одеса: Видавництво «Юридика»). 2023.

27. Котенок В. М. Гештальт-терапія / Вікторія Котенок // Кіно-Театр. 2020. № 4. С. 7-8.

28. Кравчук С. Л. Схильність до прощення як предиктор зниження депресії. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки», 2021. (2), 118-125.

29. Крутіков Д. О. Психолого-педагогічна допомога батькам з дітьми із сімей вимушено переміщених осіб : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. керівник О. В. Пономаренко. Запоріжжя : ЗНУ, 2023. 69 с.

30. Магдисюк Л. І. Психологічне консультування : методичні рекомендації до курсу / Волинський національний університет імені Лесі Українки, факультет психології, кафедра практичної психології та психодіагностики. Луцьк, 2022. 40 с.

31. Мандзик П. І. Віктимна поведінка жінок-жертв домашнього насильства. *Актуальні питання юриспруденції. Правова позиція*,. 2023. Т. 2, № 39. С. 152–156.

32. Матяш-Заяц Л. П., Носова О. В. Теоретичні підходи до проблеми стресостійкості особистості. Рекомендовано до друку вченою радою Житомирського державного університету імені Івана Франка (протокол № 10 від «26» травня 2023 року), 2023. 203.

33. Онишкевич М. Травматичний досвід людей, які схильні до сексуальних девіацій. Львів. 2020. 108.

34. Орлянська Н. Особливості синдрому вигорання у військовослужбовців інженерних військ. *Psychology travelogs*, 2023. (3), 40-49.

35. Павлик Н. В. Психологічне здоров'я як умова розвитку психологічної готовності педагога до професійної діяльності в умовах нової української школи. 2023.

36. Петрунько О., Паціора Г. Особливості віктимної поведінки молоді. Вчені записки Університету «КРОК», 2023. (2 (70)), 159-165.

37. Рурик Г. Л. Стрес: секрети опанування себе. Миколаїв : МНАУ, 2020. 99 с.

38. Сизоненко А. С. Жертви злочинності неповнолітніх: віктимологічні ознаки та властивості осіб. Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету, 2021. 96.

39. Сингаївська І., Осауленко Н. Особливості комунікативних проблем в шлюбних партнерських стосунках переселенців під час війни. Вчені записки Університету «КРОК», 2023. (3 (71)), 125-134.

40. Словська І. Посттравматичний синдром жінок, які зазнали насильства. Юридична психологія, 2020. 27(2), 48-53.

41. Слута І. Психологічні підходи самовдосконалення. Наукові інновації та передові технології, 2023. (9 (23)).

42. Слюсарєва Ю. В. Дослідження ефективності гештальт-тренінгу у роботі зі співзалежними жінками. 2021.

43. Смольська Л. М. Стресостійкість та життєстійкість: креативна модель формування в сучасних умовах / Л. М. Смольська // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія : Психологія. Ужгород : Видавничий дім «Гельветика», 2021. Випуск 4. С. 113–117.

44. Станішевська В. І. Теоретичні основи використання гештальт-підходу в психокорекційній практиці (Doctoral dissertation, електронний збірник). 2023.

45. Стельмах О.В. Основи психокорекції : конспект лекцій. Львів : ЛДУ БЖД, 2022. 120 с.

46. Сторожук С. В., Гоян І. М. Вплив травматичного досвіду на життя людини та суспільства. Травма або декілька слів про здатність особистого досвіду змінити ціннісні підвалини суспільства. Філософія релігії та медицини в постсекулярну добу: матеріали IV Міжнар., 2022. 124.

47. Стоцька Ю. С. Психологічні особливості педагогічного впливу в ситуації прояву агресивної поведінки підлітків. Маг. Робота. 2021.

48. Теслик Н. М. Віктимологія. Монографія. 2021.

49. Тимків Т. Репрезентація Я та Іншого у осіб з дитячим травматичним досвідом. 2022.

50. Ткачук А. Особливості концепції «Я» у співзалежних осіб: кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «бакалавр» 4 курсу заочної форми навчання за спеціальністю 053 «Психологія» / Анна Ткачук. - Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ МВС України, 2022. 55 с.

51. Трушевська А. Соціокультурні чинники функціонування моноопери в контексті трансакційного аналізу Еріка Берна. Науковий вісник Київського національного університету театру, кіно і телебачення імені ІК Карпенка-Карого, 2024. (34), 259-268.

52. Тіточка Т. І. Окремі питання спеціального запобігання віктимній поведінці неповнолітніх осіб. Правовий часопис Донбасу, 2022. 2(4), 143-148.

53. Федоренко Р., Фенина О. Психологічні особливості особистості, потерпілої від сексуального насильства. Психологія: реальність і перспективи, 2020. (14), 209-214.

54. Шахова О. Г., Кучук Н. В. Розвиток навичок усвідомленості в процесі навчання гештальт-терапії (Doctoral dissertation, Особистість, суспільство, війна: тези доп. учасників міжнар. психолог. Форуму. м. Харків, Україна, 26 квіт. 2024 р.).–Харків: ХНУВС, 2024. С. 347-351.

55. Швець Ю. Ю. Стокгольмський синдром. Кіно-Театр. 2020. № 1. С. 4-5.

56. Шебанова Ю. О. Вплив гештальт-підходу на рівень психологічного благополуччя особистості. Дипломна робота магістра. 2021.

57. Шевченко, О. С. Корекція психологічного стану особистості методами гештальт-підходу в сучасних умовах: кваліфікаційна робота (проект) на здобуття ступеня вищої освіти «магістр» / О. С. Шевченко ; наук. керівник к.психол.н., ст. викладачка Н. О. Олейник ; Міністерство освіти і науки України ; Херсонський держ. ун-т, Ф-т психології, історії та соціології, Кафедра психології. – Херсон : ХДУ, 2021. 107 с.

58. Ширченко В. Задіяння релігійності як ресурсу у процесі посттравматичного зростання жінок, які пережили насилля. 2021.

59. Іванець Н. Гештальтпсихологія як сучасний провідний напрям психології. Видатні постаті психології: історія, сучасність і перспективи: матеріали VII регіонального наукового семінару до дня психолога (23 квітня 2020 р., м. Львів). Львів, 2020. 105 с., 44.

60. ІСАЮК О. «Треба людей будити не зі сну, а зі страху»: психологічні наслідки радянського терору у звітах похідних груп оун (б) і рейдових груп УПА. Новітня доба, 2023. (11), 68-80.

61. Agius A., Falzo, R., Formosa P., van Vliet V. Compassion Fatigue and Factors that Enhance Compassion Satisfaction Impacting Gestalt Psychotherapists. GESTALT TODAY, 2023. 31.

62. Ali N., Cerkez Y. The Effects of Group Counseling with Gestalt Therapy in Reducing Depression, Anxiety and Stress among Traumatized People. *Revista de cercetare si interventie sociala*, 2020. 71.
63. BROWNELL P. Gestalt Therapy Research. *International Journal of Psychotherapy*, 2020. 24(3).
64. de Vries M. F. K., Are you a victim of the victim syndrome? Palgrave Macmillan UK. 2024. pp. 68-86.
65. Hilman A., Kulesha N.. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗКЛАД (ПТСР): ТЕОРІЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОТЕРАПІЇ. *European Science*, 2022. 50-66.
66. Höll K. The Gestalt of the “Self” in Gestalt Therapy: A Suggestion for a New Configuration of Theory. *Gestalt Review*, 2022. 24(1), 33-59.
67. Jones C. Is person-centred counselling effective when assisting young people who have experienced bullying in schools?. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2020. 20(4), 657-665.
68. Macaluso M. A. Deliberateness and spontaneity in Gestalt therapy practice. *GESTAL*, 2020. 29.
69. Mann D. Gestalt therapy: 100 key points and techniques. Routledge. 2020.
70. Rozov V. I. OPTIMISM AS AN ADAPTIVE COPING RESOURCE OF THE INDIVIDUAL. Publishing House “Baltija Publishing”. 2024.
71. Sachs C. J., Wheaton N. Second victim syndrome. 2021.
72. Shalchian S. Clinician’s Recommendations in Treating Victims and Survivors of Narcissistic Abuse. 2022.
73. Taylor M. Deepening Trauma Practice: A Gestalt Approach to Ecology and Ethics. McGraw-Hill Education (UK). 2021.
74. Trębski K. Gestalt therapy’s contribution to social work guidance. *International Journal of Health, New Technologies and Social Work*, 2022. 17(4), 119-123.

75. Vakulyk I. Робота з жертвами булінгу: психологічні поради. Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія», 2022. 13(3), 136-141.

## Додаток А

| Віктимність | 1  | 2  | 3  | 4 | 5  | 6 | 7  |
|-------------|----|----|----|---|----|---|----|
| 1           | 8  | 8  | 8  | 9 | 8  | 8 | 1  |
| 2           | 10 | 8  | 7  | 9 | 8  | 9 | 2  |
| 3           | 7  | 9  | 8  | 1 | 9  | 8 | 1  |
| 4           | 4  | 10 | 10 | 2 | 10 | 9 | 2  |
| 5           | 5  | 1  | 9  | 3 | 8  | 1 | 3  |
| 6           | 4  | 1  | 1  | 2 | 2  | 2 | 2  |
| 7           | 5  | 1  | 2  | 2 | 3  | 3 | 1  |
| 8           | 6  | 2  | 3  | 3 | 1  | 3 | 8  |
| 9           | 4  | 3  | 3  | 2 | 2  | 2 | 8  |
| 10          | 5  | 2  | 2  | 4 | 3  | 1 | 9  |
| 11          | 7  | 2  | 1  | 5 | 2  | 2 | 10 |
| 12          | 5  | 3  | 2  | 5 | 4  | 1 | 8  |
| 13          | 4  | 2  | 3  | 4 | 5  | 5 | 9  |
| 14          | 6  | 4  | 2  | 6 | 6  | 4 | 5  |
| 15          | 5  | 5  | 3  | 7 | 5  | 5 | 4  |
| 16          | 6  | 4  | 4  | 5 | 6  | 5 | 5  |
| 17          | 5  | 5  | 7  | 5 | 5  | 6 | 6  |
| 18          | 5  | 7  | 7  | 4 | 6  | 5 | 5  |
| 19          | 4  | 4  | 5  | 5 | 5  | 4 | 5  |
| 20          | 4  | 5  | 6  | 5 | 6  | 5 | 6  |
| 21          | 4  | 6  | 5  | 6 | 5  | 6 | 7  |
| 22          | 5  | 5  | 4  | 5 | 7  | 5 | 5  |
| 23          | 6  | 5  | 7  | 7 | 4  | 4 | 5  |
| 24          | 5  | 4  | 5  | 5 | 7  | 5 | 4  |
| 25          | 7  | 5  | 6  | 4 | 4  | 6 | 7  |
| 26          | 5  | 6  | 5  | 5 | 5  | 5 | 6  |
| 27          | 6  | 5  | 4  | 5 | 4  | 6 | 7  |
| 28          | 5  | 7  | 5  | 5 | 5  | 5 | 5  |

**Додаток Б**

|    | інтернальність |
|----|----------------|
| 1  | 5              |
| 2  | 6              |
| 3  | 8              |
| 4  | 9              |
| 5  | 10             |
| 6  | 6              |
| 7  | 35             |
| 8  | 36             |
| 9  | 38             |
| 10 | 40             |
| 11 | 42             |
| 12 | 39             |
| 13 | 37             |
| 14 | 15             |
| 15 | 17             |
| 16 | 30             |
| 17 | 25             |
| 18 | 21             |
| 19 | 26             |
| 20 | 18             |
| 21 | 20             |
| 22 | 17             |
| 23 | 31             |
| 24 | 19             |
| 25 | 24             |
| 26 | 30             |
| 27 | 18             |
| 28 | 19             |

**Додаток В**

|    | самоповага |
|----|------------|
| 1  | 24         |
| 2  | 30         |
| 3  | 31         |
| 4  | 32         |
| 5  | 25         |
| 6  | 18         |
| 7  | 22         |
| 8  | 21         |
| 9  | 20         |
| 10 | 20         |
| 11 | 19         |
| 12 | 18         |
| 13 | 26         |
| 14 | 10         |
| 15 | 11         |
| 16 | 11         |
| 17 | 12         |
| 18 | 15         |
| 19 | 17         |
| 20 | 14         |
| 21 | 1          |
| 22 | 13         |
| 23 | 12         |
| 24 | 10         |
| 25 | 15         |
| 26 | 16         |
| 27 | 10         |
| 28 | 18         |

## Додаток Г

|    | благополуччя |
|----|--------------|
| 1  | 15           |
| 2  | 16           |
| 3  | 20           |
| 4  | 25           |
| 5  | 33           |
| 6  | 35           |
| 7  | 31           |
| 8  | 40           |
| 9  | 41           |
| 10 | 40           |
| 11 | 39           |
| 12 | 35           |
| 13 | 36           |
| 14 | 33           |
| 15 | 44           |
| 16 | 50           |
| 17 | 62           |
| 18 | 58           |
| 19 | 55           |
| 20 | 62           |
| 21 | 49           |
| 22 | 47           |
| 23 | 51           |
| 24 | 55           |
| 25 | 56           |
| 26 | 52           |
| 27 | 50           |
| 28 | 53           |

## Додаток Д

| Вибірка | Рівень<br>сприйнятого<br>стресу | Сприйнята<br>безпорадність | Відсутність<br>самоефективності |
|---------|---------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 1       | 11                              | 15                         | 8                               |
| 2       | 10                              | 14                         | 10                              |
| 3       | 8                               | 10                         | 7                               |
| 4       | 9                               | 16                         | 9                               |
| 5       | 7                               | 12                         | 9                               |
| 6       | 6                               | 10                         | 5                               |
| 7       | 8                               | 5                          | 8                               |
| 8       | 9                               | 8                          | 6                               |
| 9       | 28                              | 7                          | 7                               |
| 10      | 30                              | 16                         | 11                              |
| 11      | 31                              | 18                         | 14                              |
| 12      | 32                              | 22                         | 10                              |
| 13      | 39                              | 10                         | 3                               |
| 14      | 38                              | 8                          | 5                               |
| 15      | 33                              | 5                          | 6                               |
| 16      | 29                              | 5                          | 8                               |
| 17      | 16                              | 4                          | 9                               |
| 18      | 17                              | 6                          | 11                              |
| 19      | 20                              | 8                          | 10                              |
| 20      | 21                              | 10                         | 14                              |
| 21      | 25                              | 11                         | 8                               |
| 22      | 20                              | 22                         | 15                              |
| 23      | 19                              | 18                         | 4                               |
| 24      | 25                              | 19                         | 6                               |
| 25      | 24                              | 15                         | 9                               |
| 26      | 23                              | 14                         | 7                               |
| 27      | 20                              | 17                         | 10                              |
| 28      | 15                              | 12                         | 2                               |

## Додаток Е

|       |    |    |    |    |    |    |   |
|-------|----|----|----|----|----|----|---|
| до    | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7 |
| 1     | 2  | 2  | 8  | 2  | 1  | 2  | 2 |
| 2     | 1  | 3  | 9  | 3  | 3  | 8  | 1 |
| 3     | 10 | 1  | 8  | 8  | 1  | 8  | 2 |
| 4     | 5  | 2  | 9  | 9  | 8  | 9  | 8 |
| 5     | 6  | 5  | 10 | 10 | 8  | 8  | 9 |
| 6     | 5  | 8  | 10 | 10 | 9  | 9  | 8 |
| 7     | 7  | 9  | 8  | 9  | 9  | 9  | 8 |
| 8     | 5  | 8  | 8  | 8  | 10 | 10 | 8 |
| 9     | 6  | 10 | 9  | 8  | 8  | 10 | 9 |
| після | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7 |
| 1     | 2  | 2  | 6  | 2  | 2  | 1  | 1 |
| 2     | 6  | 3  | 7  | 1  | 2  | 7  | 2 |
| 3     | 4  | 2  | 8  | 7  | 7  | 7  | 5 |
| 4     | 5  | 3  | 8  | 8  | 6  | 8  | 6 |
| 5     | 6  | 5  | 9  | 8  | 7  | 9  | 7 |
| 6     | 7  | 8  | 8  | 9  | 8  | 8  | 8 |
| 7     | 5  | 9  | 8  | 9  | 8  | 8  | 8 |
| 8     | 5  | 8  | 8  | 8  | 9  | 9  | 8 |
| 9     | 6  | 9  | 9  | 9  | 8  | 8  | 8 |