

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

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

КАФЕДРА ПРИКЛАДНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему: Особливості психоемоційного здоров'я осіб, що займаються
медитативними практиками

Студентки 2 курсу групи ЗПС-61 другого
(магістерського) рівня вищої освіти освітньо-
професійної програми «Психологія» за
спеціальністю 053 – ПСИХОЛОГІЯ
Олександри СУХОРЕЦЬКОЇ

Керівник: к. психол. н., доц. ЗВО
Олена МИЛОСЛАВСЬКА

Чотирьохрівнева шкала оцінювання _____

Кількість балів: _____

Члени комісії _____
(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

(підпис) (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

| | |
|--|----|
| ВСТУП | 3 |
| РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ КАТЕГОРІЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ МЕДИТАТИВНИМИ ПРАКТИКАМИ | 6 |
| 1.1. Поняття психоемоційного здоров'я особистості | 6 |
| 1.2. Медитативні практики як один із засобів організації психічної активності особистості | 14 |
| Висновки до розділу I | 20 |
| РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ МЕДИТАТИВНИМИ ПРАКТИКАМИ | 22 |
| 2.1. Мета і завдання дослідження. Характеристика вибірки | 22 |
| 2.2. Характеристика методів дослідження | 23 |
| Висновки до розділу II | 24 |
| РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ МЕДИТАТИВНИМИ ПРАКТИКАМИ | 26 |
| 3.1. Дослідження особливостей аксіологічної, когнітивно-афективної, конативно-інструментальної та соціально-орієнтовної складових психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками .. | 26 |
| 3.2. Дослідження особливостей психоемоційних станів осіб, що займаються медитативними практиками | 31 |
| 3.3. Дослідження особливостей позитивного ментального здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками | 36 |
| 3.4. Визначення особливостей взаємозв'язку складових психоемоційного здоров'я в осіб, що займаються медитативними практиками | 40 |
| Висновки до розділу III | 47 |
| ВИСНОВКИ | 49 |
| ЛІТЕРАТУРА | 52 |

ВСТУП

Актуальність. На сьогоднішній день наше суспільство перебуває в умовах воєнного стану, - і це створює надмірне психоемоційне навантаження на громадян, що проживають в ньому. Небезпека, нестабільність, невизначеність, розмиття часової перспективи та низка інших факторів, що є неодмінними супутниками сьогоденної ситуації, вносять вагомий дестабілізуючий вплив на ментальне здоров'я особистості, що емпірично переживає війну.

За таких умов вкрай важливим є максимально широкий пошук інструментів та засобів, які б могли мінімізувати зазначений вище негативний ефект перебування в ситуації бойових дій.

Враховуючи це, ми звернули увагу на такий інструмент, як медитативні практики. На сьогоднішній день вже є певні наукові роботи, які доводять позитивний ефект медитативних практик на психоемоційне здоров'я людини. Зокрема, встановлена їхня висока ефективність в психотерапії психосоматичних розладів; визнана очевидна ефективність в ролі технік роботи із стресовими станами особистості. Проте, таких досліджень на сьогоднішній день все ще вкрай мало; тим більше, що серед них наразі відсутні такі, що зосереджуються на вивченні психоемоційного здоров'я як широкого, узагальненого індикатора позитивності функціонування особистості, - отже, в рамках нашої роботи ми здійснимо спробу доповнити їх.

Об'єкт дослідження – психоемоційне здоров'я особистості.

Предмет дослідження – особливості психоемоційного здоров'я в осіб, що займаються медитативними практиками.

Мета дослідження – встановити особливості психоемоційного здоров'я в осіб, що займаються медитативними практиками.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз категорій психоемоційного здоров'я та психологічних особливостей осіб, що займаються медитативними практиками.

2. Дослідити особливості аксіологічної, когнітивно-афективної, конативно-інструментальної та соціально-орієнтовної складових психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками.

3. Дослідити особливості психоемоційних станів осіб, що займаються медитативними практиками.

4. Дослідити особливості позитивного ментального здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками.

5. Визначити особливості взаємозв'язку складових психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками.

Гіпотеза: припускається, що в осіб, які займаються медитативними практиками, показники психоемоційного здоров'я, психоемоційних станів та ментального здоров'я достовірно переважають аналогічні показники осіб, що не долучені до медитативних занять.

Методики:

1. Методика «Діагностика психоемоційного здоров'я особистості» А. В. Кічук.

2. Опитувальник станів тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність (адаптований варіант методики Г. Айзенка) (С.Д. Максименко, Л.М. Карамушка, Т.В. Зайчикова).

3. Шкала позитивного ментального здоров'я (J. Lukat, J. Margraf, R. Lutz, W.M. Van Der Veld, & E.S. Becker) (адаптація Л.М. Карамушки, О.В. Креденцер, К.В. Терещенко).

Математичні методи. Для перевірки на нормальність розподілу результатів тестування було застосовано критерій Колмогорова-Смірнова; з метою перевірки відмінностей у мірі виразності показників психоемоційного здоров'я, психоемоційних станів та ментального здоров'я між особами, що займаються медитативними практиками, та тими, хто ними не займається, було залучено U-критерій Манна-Уїтні. Для визначення особливостей взаємозв'язку складових психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками, було застосовано кореляційний аналіз Спірмена.

У дослідженні взяла участь 41 особа, що займаються медитативними практиками (зокрема, динамічними медитаціями, дихальними медитаціями, звуковими медитаціями та медитативним малюванням). Вік досліджуваних знаходиться в межах від 27 до 64 років. Серед них – 9 досліджуваних чоловічої статі та 32 – жіночої. Досвід залучення до медитативних практик даних осіб становить від шести місяців до трьох років.

Також у дослідження була включена група осіб, що не мають досвіду участі у медитативних практиках у кількості 46 досліджуваних. Вік даних досліджуваних знаходиться в межах від 22 до 54 років. Серед них – 10 чоловіків та 36 жінок.

Дослідження було проведене з отриманням згоди усіх учасників на опитування.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ КАТЕГОРІЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСІБ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ МЕДИТАТИВНИМИ ПРАКТИКАМИ

1.1. Поняття психоемоційного здоров'я особистості

Як витікає з самої назви, психоемоційне здоров'я особистості є психологічним індикатором повноцінності функціонування людини, що має суб'єктивно-емоційну природу. Даний феномен є більш вузьким поняттям ширшого явища психічного здоров'я, - і ми маємо відразу обґрунтувати доцільність розведення цих двох категорій.

У пошуку відповідних аргументів ми звертаємось до думок І. Прошукало, який зазначає, що передумови виділення психоемоційної складової здоров'я людини як унікального предмету наукового вивчення виникли ще в рамках гуманістичної психології [16]. Відповідно до поглядів дослідника, вони проявилися у низці процесів, які виникли під спонуканням зазначеної парадигми: по-перше, мова йде про розведення клінічної психології та психології здоров'я, при тому що остання почала все активніше розглядатися як альтернатива першої; по-друге, - про поступову заміну запозичених психологією з інших наук (передусім, з медицини) моделей репрезентації здоров'я моделями суто психологічними; по-третє, - про перенесення акценту наукового інтересу з вузької психічної складової функціонування людини до феноменів загальноособистісної природи; по-четверте, - про зближення понять норми по відношенню до розвитку та норми по відношенню до психічного функціонування; і, по-п'яте, - про все більш помітну диференціацію категорій «психічного» та «психологічного» в контексті визначення параметрів феномену здоров'я. На думку І. Прошукало, хоча в рамках гуманістичної парадигми безпосередньо не використовувався термін «психоемоційне здоров'я», враховуючи наведені вище тенденції, даний феномен у найвищій ступені чітко фігурував в її категорійному апараті [16].

Також дослідником було зазначено, що подальший розвиток ліній вивчення категорії психоемоційного здоров'я був пов'язаний з низкою доволі стійких та вкрай

важливих ознак. В першу чергу, це – те, що виділення категорії психоемоційного здоров'я ґрунтувалося на актуальному запиті з боку практики, - тобто, було чітке означення проблеми – дослідження повноцінності психоемоційного функціонування особистості не як складової здоров'я загалом, а як автономного самодостатнього явища. На думку І. Прошукало, така ознака є одним з найбільш переконливих аргументів щодо доцільності виділення категорії психоемоційного здоров'я в якості окремого предмету психологічних досліджень. Наступною ознакою автор наводить зв'язок актуалізації особистості та її особистісного розвитку з визначеністю психоемоційного здоров'я на критеріальному рівні. Іншими словами, - валідність вивчення психоемоційного здоров'я має визначатися на основі орієнтирів, що містяться на векторі особистісного формування. Ще однією ознакою автор визначає те, що психоемоційне здоров'я може бути віднесено виключно до людського рівня організації світопорядку, - отже, це відкриває можливості об'єднання даного поняття з категорією здоров'я духовного. Нарешті, остання ознака, на думку автора, вказує на домінування тенденцій щодо визначення психоемоційного здоров'я з позицій нормального розвитку особистості на суб'єктному рівні на противагу акцентів на усуненні патології [16].

Проте, не дивлячись на очевидно потужні зазначені вище аргументи, на сьогоднішній день, як зазначає А. Кічук, у науці наразі все ще не сформовано цілісного психологічно-орієнтованого уявлення щодо змістовного наповнення поняття психоемоційного здоров'я; також не сформовані і основи його категоризації [9]. Відповідно, так само як і у розглянутому вище випадку з аналізом даного поняття в рамках гуманістичної психології, у багатьох інших концепціях психоемоційне здоров'я так само розглядалося при відсутності його термінологічного визначення саме в такому словосполученні.

Зокрема, К. Роджерс відзначав, що психоемоційне здоров'я є нічим іншим, ніж похідною від загального особистісного функціонування [44]. На думку автора, рівні зазначеного функціонування є основною детермінантою самопочуття людини на психоемоційному рівні. Найвищий рівень відповідає абсолютно психоемоційно здоровій людині; середній – нормальному психоемоційному здоров'ю з можливими

проблемами, що значною мірою не ускладнюють функціонування особистості; нижній – виразним проблемам з психоемоційним здоров'ям. При цьому, на думку Роджерса, функціонування особистості як таке не є суцільним, монолітним утворенням, адже воно формується на основі низки процесів: це, по-перше, міра довіри до свого досвіду в процесі ухвалення життєво важливих рішень; по-друге, - загальна відкритість власному досвіду; і, по-третє, спроможність до узгодження життєдіяльності у відповідності до наявних екзистенційних установок та, знову-таки, накопиченого досвіду.

Згідно з А. Маслоу, психоемоційне здоров'я є двокомпонентним утворенням [41]. Першою складовою є особистісна самоактуалізація, тобто, міра повноти самовдосконалення та реалізації власного потенціалу. Другою – гармонійність (передусім, емоційна) – особистісний параметр, що визначає узгодженість установок, потягів, бажань, цінностей, цілей та інших аспектів існування людини. Дослідник вважав, що досягнення найвищого ступеню психоемоційного здоров'я можливо лише при одночасній позитивній виразності обох зазначених компонентів, - тобто, не дивлячись на те, що в основу власної теорії Маслоу виносив самоактуалізацію як найвищу ступінь і кінцеву мету розвитку особистості, вона не могла бути пов'язана з абсолютним психоемоційним здоров'ям без досягнення гармонійності.

М. Джакобою була запропонована п'ятикомпонентна модель психоемоційного здоров'я, до якої увійшов, по-перше, самореалізаційний та духовний вектор особистісного розвитку, - тобто, те, яким чином людина опрацьовує досягнення життєвих задач найвищого порядку. По-друге, - міра адекватності сприйняття поточної реальності – параметр, що визначає оцінне відношення людини до всесвіту з позиції його узгодженості з її особистісним світосприйняттям. По-третє, - особистісні здібності та якості, метою яких є долання щоденних життєвих викликів. По-четверте, - виразність установки на свою особистість в позитивному контексті. І, по-п'яте, - спроможність до самодостатнього та автономного особистісного функціонування [32].

Проте, на противагу розглянутим вище ідеям І. Прошукало щодо

беззаперечної обґрунтованості виділення поняття психоемоційного здоров'я в якості унікального та самодостатнього предмету дослідження, П. Бастін дотримувався радикально відмінної точки зору. Зокрема, дослідник говорив, що при спиранні на конструкт психоемоційного здоров'я як на щось відокремлене можливість диференціювати нездорову та здорову людину з'являється лише в одному випадку: коли виявляється факт неможливості, або навпаки можливості долати життєві негаразди, які регулярно виникають на життєвому шляху людини [24]. При цьому, дослідник відзначав, що кордон між вказаними можливістю та неможливістю є доволі розмитим, - відповідно, за певних умов об'єктивно нездорова людина може мати спроможність долати труднощі, а здорова – ні; отже, в такому випадку критеріальна валідність відокремленого конструкту психоемоційного здоров'я виявляється надто низькою.

Загалом в ході опрацювання наукової літератури нами було виокремлено вісім основних підходів до проблеми психоемоційного здоров'я. Це – системна, нормоцентрична, феноменологічна, функціоналістська, акмеологічна, синергетична, соціогенетична, та вже частково згадана вище гуманістична концепції.

В рамках системного підходу психоемоційне здоров'я визначалося з позиції його визнання як єдиної системи, що може проявляти свої особливості виключно у своїй цілісності, не зведеної до суми особливостей її компонентів. Згідно з М. Кохеном [25], цими компонентами є: психофізична (аспект психоемоційного здоров'я, що зумовлюється біологічними характеристиками індивіда); соціальна (всі психоемоційні процеси, що активізуються в ході міжособистісної взаємодії) та морально-вольова складова (особистісні параметри психоемоційного здоров'я, що визначаються рівнем моральності особистості та її здатністю до збереження цілеспрямованості попри перешкоди, які виникають протягом життєдіяльності).

Прихильники нормоцентричного підходу дотримувалися позиції, згідно з якою про психоемоційно здорову або нездорову людину слід говорити, відштовхуючись від усереднених тенденцій, виявлених в межах певної більш-менш цілісної популяції [47]. Згідно з таким підходом, психоемоційно здорова людина є нормою; нездорова – ненормою. При цьому нормоцентристи доволі ретельно

окреслили коло критеріїв, за якими має визначатися норма психоемоційного здоров'я. До цих критеріїв були віднесені: доцільність поведінки, реалістичність сприйняття, розвиненість мислення та адекватність емоційного реагування. У випадку відповідності нормі усіх вказаних параметрів з'являється можливість говорити про норму психоемоційного здоров'я загалом.

В межах феноменологічного підходу психоемоційне здоров'я ототожнювалося зі спроможністю людини до реалізації у всій повноті проживання сьогоденного моменту за принципом «Тут і тепер». Зокрема, згідно з думками Р. Мея, механізм формування певного рівня психоемоційного здоров'я ґрунтується на тому, що спочатку згадана вище спроможність людини до реалізації проживання сьогоденного моменту призводить до її здатності брати на себе відповідальність за власні дії і взагалі за те, ким вона в решті решт стає [42]. Згодом це визначає здібність людини кидати виклики своїй долі. На думку автора, психоемоційне здоров'я як раз проявляється в тому, наскільки гармонійним буде самовідчуття особистості в рамках зазначених процесів і за їхнім результатом, - відповідно, наскільки у подальшому вона буде здатна проявляти чесність, продовжувати проживати повне життя та відстоювати свою свободу.

Функціоналістський погляд на природу психоемоційного здоров'я розроблявся У. Джеймсом [33]. Основним підґрунтям для визначення параметрів даного феномену автор вважав почуття, - зокрема, їхню збалансованість. На думку дослідника, у почуттів є два дихотомічні параметри: вираження та стримування, - і все що відчуває людина, знаходиться між цими полюсами. Джеймс ототожнював психоемоційне здоров'я з оптимальним балансом вираження і стримування: надмірний ухил в бік чогось одного визнається як хвороба. Так, домінування полюсу стримування призводить до блокування виразу емоцій, - отже хвороба носитиме характер психоемоційного дефіциту. Натомість, протилежна ситуація, за якої психіка буде здебільшого заповнена вираженням, призведе до емоційної нестабільності, мимовільності та надмірної імпульсивності.

В акмеологічному підході до проблеми психоемоційного здоров'я останнє ототожнюється зі спроможністю людини до якомога більш повної реалізації власних

природних, спонтанних, організмичних потенціалів та можливостей найвищого рівня [44]. В першу чергу, мова йде про емоційний потенціал. Тобто, психоемоційно здоровою людиною з даної точки зору визнається та, яка найбільшою мірою актуалізувала власні емоційні ресурси.

Синергетичних поглядів на природу психоемоційного здоров'я дотримувався Дж. Готтсданкер [29]. Дослідником відзначалося, що особистість являє собою індикатор, який демонструє характер взаємодії соціального та індивідуального аспектів її існування. Так само, як і У. Джеймс, Готтсданкер наполягав на необхідності дотримання максимально гармонійного балансу між вказаними аспектами для можливості забезпечення прийняттого рівня психоемоційного здоров'я. Превалювання соціального компоненту буде призводити до втрати індивідуальності та унікальності, - і це неодмінно буде позначатися на психоемоційному самосприйнятті та світосприйнятті у вигляді пригнічення усіх процесів, що протікають в їхніх рамках. Переважання індивідуального навпаки призведе до егоцентричності, на основі якої буде формуватися неадекватна та неприборкувана емоційність. Тобто, в обох випадках слід говорити про проблеми з психоемоційним здоров'ям.

Щодо соціогенетичного підходу до проблеми психоемоційного здоров'я, то Е. Еріксон, один з найвідоміших представників даної течії, відзначав, що зазначений феномен формується на основі взаємодії трьох фундаментальних компонентів [26]. По-перше, це – психологічні характеристики індивіда. В даному випадку мова йдеться про психічне функціонування людини в широкому сенсі значення, яке проявляється на індивідуальному рівні життєдіяльності. По-друге – соціальні параметри – все, що визначає характер взаємодії особистості з іншими. По-третє – біологічні особливості людини – їх Еріксон вважав основою, первинним чинником психоемоційного здоров'я, - адже, на думку автора, саме вони спочатку визначають психоемоційний вектор спрямованості людини, - і вже з огляду на це далі підлаштовуються соціальна та психологічна складові.

Розглянуті класичні підходи до проблеми психоемоційного здоров'я дали поштовх для розвитку низки сучасних теорій, одним з центральних понять в яких є

психоемоційне здоров'я. Так, варто звернути увагу на аналіз зазначеного феномену в контексті відчуття психологічного благополуччя, запропонований К. Ріфф [46]. Дослідниця зазначала, що психоемоційне благополуччя можливе за умови надходження до свідомості людини позитивного сигналу емоційної природи за шістьма основними параметрами життєдіяльності: відчуттям власної автономності, характером взаємовідносин з іншими людьми, самоприйняттям, наявністю мети у житті, особистісним зростанням та спроможністю брати контроль та управляти зовнішнім оточенням.

Доволі схожою на модель К. Ріфф є модель психоемоційного здоров'я М. Шелдон, в якій, окрім вже згаданих спроможності управляти зовнішнім оточенням, особистісного зростання та характеру взаємовідносин з іншими людьми, були виділені самореалізація та мета-орієнтації (емпірично сформованих образів установок людини) [46].

Х. Грехем сумісно з С. Мартін, так само як і К. Ріфф, розглядали психоемоційне здоров'я та психологічне благополуччя як суміжні поняття, проте дослідники виходили з того, що благополуччя є лише однією зі складових здоров'я [30]. Окрім нього, ними також виділялися: емоційне благополуччя (міра позитивних емоцій, які переживає людина); фізичне (організмичне самовідчуття); та духовне (те, наскільки позитивні емоційні сигнали людина отримує в ході опрацювання власних цінностей та ідеалів). На думку авторів, у сукупності зазначені параметри є єдиним механізмом, що визначає психоемоційний стан і, відповідно, самопочуття людини.

К. Райт зазначає, що психоемоційне здоров'я є продуктом реалізації людиною свого особистісного потенціалу на шляху розвитку власної особистості [50]. При цьому позитивність характеру даного продукту, на думку дослідника, визначається мірою гармонійності у співвідношенні сформованих цінностей і цілей. Якщо вона є виразною на високому рівні, - психоемоційний стан людини буде відповідним: адекватним, здоровим, передбачуваним та безпроблемним. Якщо ж виявляється помітна дисгармонійність, внутрішні конфлікти активізують низку негативних тенденцій, що призводить до погіршення психоемоційного здоров'я.

Ф. Лусанс наполягає на тому, що психоемоційне здоров'я детермінується

низкою відповідальних за нього психологічних ресурсів, названих дослідником психологічним капіталом [39]. Цими ресурсами є: оптимізм (переконаність у позитивних перспективах майбутнього); самовизначеність (стабільність в емоційному відношенні до свого Я-образу); емоційна стійкість (характеристика емоційно-вольової сфери, що визначає спроможність людини зберігати самовладання попри життєві виклики); та соціальна компетентність (емоційний та соціальний інтелект, емпатійні здібності тощо).

Варто відзначити, що сьогоденні наукові тенденції у вивченні психоемоційного здоров'я значною мірою спрямовані на заперечення розглянутого вище нормоцентричного підходу до даного феномену. Так, С. Рен-Льюїс разом з А. Александровою [49] наполягали на неприпустимості зрівнювання категорій психоемоційного здоров'я та психоемоційної норми, - хоча також дослідники заперечували і можливість ототожнення здоров'я з благополуччям, постульовану К. Ріфф. Натомість, авторами зазначалося, що психоемоційне здоров'я є певним посередником між вказаними двома категоріями, - тобто, воно є нічим іншим, ніж первинним фактором, що формується на основі норми (на основі протікання психоемоційних процесів без відхилень), і в подальшому створює основу для досягнення благополуччя.

К. Андраде та колеги відстоювали точку зору, що психоемоційне здоров'я є цілком підпорядкованим когнітивним процесам, що реалізуються людиною [23]. Автори, хоч і визнавали, що даний феномен бере свою природу в емоційно-вольовій сфері, при цьому наполягали на тому, що його регулювання виключно за рахунок даної сфери є неможливим, адже найбільшу ефективність в цьому може продемонструвати лише когнітивна складова організації особистості. В якості доказів дослідники наводили ситуації, за яких людина, народжена з абсолютно «здоровими» емоційно-вольовими завдатками, могла швидко втрачати психоемоційне здоров'я через недостатність когнітивної компетентності у доланні життєвих труднощів. Таким чином, дослідники виділили три головні на їхню думку чинники, що формують певний рівень психоемоційного здоров'я: самооцінку як здатність визначати вагомість власного Я; впевненість у собі як параметр, що

відповідає за непорушність самосприйняття та світосприйняття при дії збурення; та самоефективність як спроможність до адекватної оцінки власної компетентності у справах, що становлять основу життєдіяльності.

Таким чином, ми бачимо, що на сьогоднішній день до проблеми визначення психоемоційного здоров'я існує доволі багато підходів, які пропонують доволі різноманітні шляхи інтерпретації даного феномену. Проте, узагальнивши їх, ми можемо виділити три основні лінії, які характерні для переважної більшості розглянутих наукових концепцій. По-перше, слід виділяти психоемоційне здоров'я як таке, або, по-іншому, - «ядерне» психоемоційне здоров'я, яке включає емоційну та нервово-психічну стійкість, адекватність емоційних проявів та відповідність психоемоційного функціонування людини оптимальному орієнтиру. По-друге, - психоемоційні стани як індикатори психоемоційного здоров'я, за якими можна визначити його рівень. І, по-третє, - психологічна складова психоемоційного здоров'я, тобто, ментальне здоров'я – характеристика, що відповідає за афективну складову відчуття особистістю щастя та благополуччя; за її спроможність приймати та усвідомлювати власні переживання; за здатність до ефективного додання ситуацій, що викликають стрес, тривогу та інші негативні збурення.

1.2. Медитативні практики як один із засобів організації психічної активності особистості

Хоча медитативні практики існували ще за стародавніх часів, науковий інтерес до їхнього ефекту на психіку людини почав виникати лише у двадцяті роки ХХ століття у зв'язку з черговою актуалізацією уваги до східних культур. Серед перших вчених, хто націлювався на дослідження даного феномену можна виділити: Ф. Перлза [43], З. Фрейда [27], К. Юнга [34], Е. Фромма [28] та О. Лоуена [38].

Згідно з А. Кузнецовою, медитативні практики – це різновид ментальної активності особистості, спрямований на досягнення унікального, особливого, специфічного стану свідомості в рамках реалізації духовно-морального та загального ментального оздоровлення [12].

В ході великого узагальнюючого аналізу авторка сумісно з Д. Губаревою, О.

Чумаченком, М. Паламарчуком та В. Шепелла визначили основні різновиди медитативних практик, вплив яких на психологічне функціонування людини на сьогоднішній день є доведеним [12]. Один з них – медитація усвідомленості, або, по-іншому, медитація відкритості та спостережливості – форма активності, спрямована на вдосконалення такої особистісної риси, як спостережливість, до рівня усвідомлення рефлексивної природи. В даному випадку мова йде про спрямованість на максимально відкрите сприйняття та інтерпретацію поточного моменту. Медитація усвідомленості дещо нагадує інстроспекціонізм, поширений у науці до відкриття Вундтом наукової психології, адже в ній передбачено розвиток здібностей до безпристрасного аналізу власних емоцій, відчуттів та думок. Автори стверджують, що даний тип медитативних практик здатен призводити до певних трансформацій у структурах мозку, завдяки яким покращуються когнітивні здібності, знижується рівень стресу, та зростають здібності емоційної саморегуляції. Приклади таких практик – здійснювані в рамках школи Сото Дзен техніки Шикантадза та Віпасана.

Інший тип медитативних практик, який виділяється дослідниками, - трансцендентальна медитація – група вправ, спрямована на подолання психологічних бар'єрів, що у звичайних умовах не дають людині змоги вийти за кордони актуальних процесів мислення. Зазвичай дані практики реалізуються за рахунок циклічного повторення мантральних звуків. Зазначені техніки також визнані науковцями як ефективний інструмент зі зниження стресу, хоча, окрім цього, вони також надають змогу для самоперевершення, збільшення обсягу свідомості та загальної релаксації. Крім того, вони виявляють і суто фізіологічний ефект, який проявляється у зниженні артеріального тиску.

Ще один різновид медитативних практик – Меттапрактики, або практики любові та доброти – група технік, спрямованих на розвинення емпатійних здібностей по відношенню до інших, та співчуття – до себе. Базуються на розширенні семантичного простору понять, що виражають добру волю, за рахунок циклічного проговорення відповідних слів. Передусім, дані практики розвивають просоціальну поведінку та роблять більш успішною соціальну інтеграцію

особистості у соціум.

Також А. Кузнецова з колегами виділяли такий тип медитативних практик, як медитація концентрації уваги – техніки, основним призначенням яких є розвинення здатності на звуженні сприйняття певних вагомих об'єктів. В якості цих об'єктів можуть виступати як сенсорні феномени, - образи, запахи, відчуття, так і ментальні системи: ідеї, цінності, візуалізовані установки тощо. Ефект від таких медитацій, в першу чергу, проявляється у позитивізації когнітивних процесів, і це стосується не тільки уваги, а й мислення, пам'яті тощо.

В окрему групу медитативних технік автори виділяють йогу – комплекс вправ, що базується на постановці фізичних поз та дихання, і переслідує в якості цілі досягнення усвідомлення екзистенційної природи. Йога може бути репрезентована як у формі усвідомленої медитації (цілеспрямованого зосередження на досягненні чітко визначеного результату), так і у формі відкритого моніторингу (ретельний аналіз середовища за відсутності реагування на збурення, що визначаються в ньому). На думку дослідників, йога здатна не тільки знижувати стрес та покращити позитивність самовідчуття, а й допомогти людині досягнути гармонійності в узгодженні тілесних відчуттів та відчуттів, що формуються виключно на ментальному рівні.

Нарешті, авторами виділяються ще два унікальних різновиди медитативних практик: медитацію Віпасана та Дзен-медитацію. Перша – заснована на інсайті, що формується в ході спостереження за власними емоціями та відчуттями. Друга – базується на спрямуванні на неконцептуальне усвідомлення власного досвіду. В обох випадках в контексті впливу на психіку людини мова йде про формування самосвідомості, емоційної регуляції та відчуття благополуччя [12].

Дещо відмінну класифікацію медитативних практик пропонують А. Лутз із колегами [40]. Згідно з дослідниками, слід виділяти: 1) Згадані у попередній класифікації медитації усвідомленості, які автори ще визначають терміном «Майндфулнес»; 2) Мантра-медитації (тобто, аналог трансцендентальних технік, про які говорилося А. Кузнецовою з колегами, проте в даному випадку більшою мірою акцент робиться на технічній реалізації вправ; 3) Динамічна медитація –

техніки, представлені у танцях, рухових вправах йоги, дихальні вправи тощо; 4) Концентраційна медитація – більш загальне поняття по відношенню до медитації концентрації уваги, розглянутої вище; основна відмінність – мова йде про концентрацію не тільки когнітивних процесів, а й усіх психологічних та психофізичних ресурсів людини на об'єкті медитації; та 5) Візуалізаційна медитація – техніки, засновані на фокусуванні на певних сформованих самою людиною образах.

Не дивлячись на різноманіття підходів до класифікації медитативних технік, усіма авторами відзначається позитивний вплив останніх на формування психоемоційного здоров'я особистості.

Зокрема, К. Юнг розглядав медитативні практики як поле, що здатне розширити світогляд людини в бік більшої чуттєвості. Наводячи в якості прикладу йогу, в якій дослідник знайшов певні підтвердження гіпотетичних інтерпретацій власних психічних переживань, він визнавав дану медитативну техніку в якості надзвичайно ефективного інструменту для доповнення західного мислення, обмеженого науковими та релігійними парадигмами, чуйною свідомістю. Але важливо зазначити, що, згідно з Юнгом, медитативні техніки не можуть розглядатися як окремий каталізатор особистісного розвитку, - особливо якщо мова йде про особистість, що формувалася поза межами східної культури; автор підкреслював, що медитації можуть нести користь лише за умови збереження людиною зв'язку з джерелами свого вихідного становлення [34].

На думку З. Ревуцького, медитативні практики є у найвищій мірі пов'язаними з особливостями протікання психічної активності індивіда [17]. В першу чергу, автор вбачає в цьому психофізіологічний механізм, який базується на зниженні рівня кортизолу, тобто, гормону стресу, та, знову-таки, стабілізації артеріального тиску в ході виконання медитативних вправ. По-друге, - дослідником пов'язується практика медитації з рефлексивністю, самопізнанням, самосвідомістю; зі зростанням здатності до розуміння власних переживань та емоцій. По-третє – мова йде про нівелювання депресивних симптомів та покращення загального настрою за рахунок медитацій.

Б. Кок з колегами вказують на п'ять основних напрямків впливу медитації на психоемоційне здоров'я особистості, кожен з яких визначається своїм унікальним змістом [37]. Перший – вдосконалення емоційного інтелекту. В даному випадку мова йде про те, що переважна більшість медитативних технік заснована на роботі з відчуттями, - отже, навички, що утворюються в даному процесі неодмінно призводять до формування спроможності коректного сприйняття та інтерпретації як власних емоцій, так і емоцій інших людей. Другий напрямок – долання депресивних проявів та наслідків стресу. Передусім, тут слід мати на увазі психофізіологічні механізми (в тому числі, і згадані вище стабілізацію артеріального тиску та зниження рівні кортизолу): проте, окрім цього, необхідно враховувати і формування до довільного регулювання людиною власних організмичних параметрів. Третій напрямок – керування тривожними станами: пошук психологічних ресурсів для опанування останніх або їхньої заміни іншими, більш позитивними. Четвертий напрямок – робота з когнітивними здібностями – варто, знову-таки, згадати розглянуту вище роботу з увагою, мисленням та усвідомленням. Нарешті, пятий напрямок – той, що до цього ще не фігурував в нашому теоретичному огляді, - долання адиктивних потягів. Б. Кок зі співавторами говорили про те, що медитативні практики є інструментом, що змінюють характер винагороди за досягнення предмету залежності, поступово знецінюючи її.

Б. Холзен з колегами змогли довести, що характер позитивних змін, які несуть в собі медитативні практики, проявляється не просто в контексті загальної особистісної організації, а на тлі конкретної, практичної діяльності, що має свій унікальний зміст, завдання і цілі [31]. Зокрема, вчені встановили, що усвідомлена медитація дозволяє особистості формувати вищу резистивність по відношенню до стресу в умовах видів професійної діяльності, що передбачають багатозадачність.

Д. Кірні відзначає, що, окрім вже названих вище наслідків впливу медитації на психофункціональний стан людини, існує ще один, який дослідником визнавався ефектом вищого порядку – формування здатності до подолання повсякденних труднощів [36]. На думку автора, ця здатність утворюється за рахунок того, що медитативні практики значною мірою базуються на безоцінній інтерпретації

світосприйняття. За таких умов людина оволодіває розвиненими навичками пошуку та вибору найбільш доцільних способів у тій чи іншій проблемній ситуації, - на противагу індивіду, що детермінується значною суб'єктивною та заздалегідь упередженою позицією, що значно заважає їй здійснювати максимально широкий вибір можливих найбільш ефективних альтернатив подолання перепон, які ставлять виклики в ході життєдіяльності.

Крім того, автор говорив про те, що вплив медитативних практик вкрай важливо оцінювати не тільки з позиції ефекту на усі розглянуті вище окремі складові психоемоційного функціонування людини, а й на психічне здоров'я та відчуття благополуччя загалом, - адже саме такий підхід дозволить оцінити внесок медитативних технік комплексно та узагальнено, відкриваючи можливості для кращого моделювання та прогнозування їхнього застосування з метою всебічної позитивізації особистості.

Також варто додати, що на користь конструктивного впливу медитативних практик на формування або відновлення особистості говорить той факт, що на їхній основі було розроблено низку психофізіологічних (наприклад, біологічний зворотній зв'язок, аутогенні процедури) та психологічних (зокрема, аутотренінг Шульца, заснований на науково-медитативних психотехніках) методів. Крім того, низкою практикуючих психологів (Дж. Корнфілд, Т. Брах, Д. Кабат-Зінна та ін.) було опубліковано результати успішного застосування медитативних технік у психологічній практиці [20; 35].

Отже, підведемо підсумок. Медитативні практики – це різновид ментальної активності особистості, спрямований на досягнення унікального, особливого, специфічного стану свідомості в рамках реалізації духовно-морального та загального ментального оздоровлення. На сьогоднішній день існують різні підходи до класифікації медитативних практик, - зокрема, виділяють медитацію усвідомленості, трансцендентальну медитацію, медитацію концентрації уваги, йогу та ряд інших. При цьому науковці одностайно підкреслюють корисний ефект від медитації для психоемоційного здоров'я людини, що проявляється, зокрема, у зниженні стресу, депресивності та тривоги, у покращенні емоційного інтелекту та

когнітивних здібностей, у зростанні спроможності людини боротися із залежною поведінкою та в ряді інших позитивних проявів.

Тим не менш, на сьогодні доволі мало даних щодо вивчення впливу медитативних практик на психоемоційне здоров'я особистості в умовах воєнного стану, який має розглядатися як додатковий вагомий негативний чинник, що детермінує стан індивіда. І, оскільки в Україні досі триває повномасштабний військовий конфлікт, актуальність зазначеної проблематики, на наш погляд, є беззаперечною.

Висновки до розділу I

1. Психоемоційне здоров'я людини – це складна характеристика її психічного та психологічного функціонування, що передбачає наявність трьох компонентів: 1) психоемоційного здоров'я як такого, або, по-іншому, - «ядерного» психоемоційне здоров'я, яке включає емоційну та нервово-психічну стійкість, адекватність емоційних проявів та відповідність психоемоційного функціонування людини оптимальному орієнтиру. 2) психоемоційних станів як індикаторів психоемоційного здоров'я, за якими можна визначити його рівень. 3) психологічної складової психоемоційного здоров'я, тобто, ментального здоров'я – характеристики, що відповідає за афективну складову відчуття особистістю щастя та благополуччя; за її спроможність приймати та усвідомлювати власні переживання; за здатність до ефективного додання ситуацій, що провокують стрес, тривогу та інші негативні збурення.

2. Медитативні практики – це різновид ментальної активності особистості, спрямований на досягнення унікального, особливого, специфічного стану свідомості в рамках реалізації духовно-морального та загального ментального оздоровлення. На сьогоднішній день існують різні підходи до класифікації медитативних практик, - зокрема, виділяють медитацію усвідомленості, трансцендентальну медитацію, медитацію концентрації уваги, йогу та ряд інших. При цьому науковці одноставно підкреслюють корисний ефект від медитації для психоемоційного здоров'я людини, що проявляється, зокрема, у зниженні стресу,

депресивності та тривоги, у покращенні емоційного інтелекту та когнітивних здібностей, у зростанні спроможності людини боротися із залежною поведінкою та в ряді інших позитивних проявів. Проте, не дивлячись на доволі високу ретельність дослідження впливу медитативних практик на психоемоційне здоров'я особистості, наразі відсутні роботи, які б могли наддати аналогічні дані, отримані в умовах воєнного стану, - отже, даний факт дає нам підстави про актуальність продовження роботи в рамках зазначеної тематики в умовах сьогоденної реальності.

РОЗДІЛ II. МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ МЕДИТАТИВНИМИ ПРАКТИКАМИ

2.1. Мета і завдання дослідження. Характеристика вибірки

Об'єкт дослідження – психоемоційне здоров'я особистості.

Предмет дослідження – особливості психоемоційного здоров'я в осіб, що займаються медитативними практиками.

Мета дослідження – встановити особливості психоемоційного здоров'я в осіб, що займаються медитативними практиками.

Завдання емпіричної частини дослідження:

1. Дослідити особливості аксіологічної, когнітивно-афективної, конативно-інструментальної та соціально-орієнтовної складових психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками.

2. Дослідити особливості психоемоційних станів осіб, що займаються медитативними практиками.

3. Дослідити особливості позитивного ментального здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками.

4. Визначити особливості взаємозв'язку складових психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками.

Гіпотеза: припускається, що в осіб, які займаються медитативними практиками, показники психоемоційного здоров'я, психоемоційних станів та ментального здоров'я достовірно переважають аналогічні показники осіб, що не долучені до медитативних занять.

У дослідженні взяла участь 41 особа, що займаються медитативними практиками (зокрема, динамічними медитаціями, дихальними медитаціями, звуковими медитаціями та медитативним малюванням). Вік досліджуваних знаходиться в межах від 27 до 64 років (середнє: 42,24; ст. відх: 9,91). Серед них – 9 досліджуваних чоловічої статі та 32 – жіночої. Досвід залучення до медитативних практик даних осіб становить від шести місяців до трьох років.

Також у дослідження була включена група осіб, що не мають досвіду участі у медитативних практиках у кількості 46 досліджуваних. Вік даних досліджуваних знаходиться в межах від 22 до 54 років (середнє: 39,13; ст. відх: 8,17). Серед них – 10 чоловіків та 36 жінок.

Дослідження було проведене з отриманням згоди усіх учасників на опитування.

2.2. Характеристика методів дослідження

Для досягнення поставлених завдань, і з урахуванням розуміння поняття психоемоційного здоров'я, розглянутого нами в рамках теоретичного аналізу, у дослідження були залучені наступні методи:

1. Методика «Діагностика психоемоційного здоров'я особистості» А. В. Кічук – складається з 4 субшкал, які дозволяють оцінити складові психоемоційного здоров'я особистості.

2. Опитувальник станів тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність Г. Айзенка - складається з 4 субшкал, які дозволяють оцінити такі стани людини, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність.

3. Шкала позитивного ментального здоров'я Дж. Лукат, Дж. Марграф та ін. – містить одну шкалу, яка дозволяє визначити спрямованість ментального здоров'я особистості.

При підборі методів статистичного опрацювання даних нами був зроблений аналіз даних на їхню відповідність закону нормального розподілу із використанням одновибіркового критерію Колмогорова-Смирнова (таблиця 2.1).

Таблиця 2.1

Аналіз даних щодо їхньої відповідності закону нормального розподілу із використанням одновибіркового критерію Колмогорова-Смирнова

| Шкала | Абсолютна розбіжність | Додатна розбіжність | Від'ємна розбіжність | Критерій КС | Р (2-ст) |
|---------------------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|-------------|----------|
| Аксіологічна складова ПЗ | ,091 | ,091 | -,070 | ,091 | 0,075 |
| Когнітивно-афективна складова ПЗ | ,135 | ,135 | -,093 | ,135 | 0,001 |
| Конативно-інструментальна складова ПЗ | ,134 | ,095 | -,134 | ,134 | 0,001 |
| Соціально-визначальна складова ПЗ | ,096 | ,077 | -,096 | ,096 | 0,047 |
| Загальне ПЗ | ,109 | ,103 | -,109 | ,109 | 0,012 |

Таблиця 2.1 (продовження)

Аналіз даних щодо їхньої відповідності закону нормального розподілу із використанням одновибіркового критерію Колмогорова-Смирнова

| Шкала | Абсолютна розбіжність | Додатна розбіжність | Від'ємна розбіжність | Критерій КС | Р (2-ст) |
|--------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|-------------|----------|
| Тривожність | ,152 | ,102 | -,152 | ,152 | 0,000 |
| Фрустрація | ,121 | ,097 | -,121 | ,121 | 0,003 |
| Агресивність | ,086 | ,086 | -,072 | ,086 | 0,151 |
| Ригідність | ,112 | ,098 | -,112 | ,112 | 0,009 |
| Ментальне здоров'я | ,095 | ,087 | -,095 | ,095 | 0,048 |

Як можна бачити, за низкою показників було отримано нижчі за критичний рівень значущості ($p \leq 0,05$) показники, - отже виявлено дані, що не відповідають закону нормального розподілу. Відповідно, у подальшому методи статистичної обробки даних обиралися серед непараметричних альтернатив.

Отже, з метою перевірки відмінностей у мірі виразності показників психоемоційного здоров'я, психоемоційних станів та ментального здоров'я між особами, що займаються медитативними практиками, та тими, хто ними не займається, було залучено U-критерій Манна-Уїтні. Для визначення особливостей взаємозв'язку складових психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками, було застосовано кореляційний аналіз Спірмена.

На цьому ми завершуємо огляд моментів, пов'язаних з методологічною організацією дослідження особливостей психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками, - то ж, приступимо к формулюванню висновків.

Висновки до розділу II

1. Формування вибірки дослідження було здійснене за дотримання принципів репрезентативності та еквівалентності груп, з узгодженням по відношенню до мети роботи. У дослідженні взяла участь 41 особа, що займаються медитативними практиками. Вік досліджуваних знаходиться в межах від 27 до 64 років. Серед них – 9 досліджуваних чоловічої статі та 32 – жіночої. Також у дослідження була включена група осіб, що не мають досвіду участі у медитативних

практиках у кількості 46 досліджуваних. Вік даних досліджуваних знаходиться в межах від 22 до 54 років. Серед них – 10 чоловіків та 36 жінок.

2. Підбір психодіагностичного інструментарію дослідження виконано з урахуванням висунутих завдань, а також – у відповідності до визначення категорії психоемоційного здоров'я, розглянутого в рамках теоретичного аналізу. У підсумку до роботи було залучено такі методики, як Методика «Діагностика психоемоційного здоров'я особистості» А. В. Кічук; Опитувальник станів тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність Г. Айзенка та Шкала позитивного ментального здоров'я Дж. Лукат, Дж. Марграф та співавторів.

РОЗДІЛ III. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ОСІБ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ МЕДИТАТИВНИМИ ПРАКТИКАМИ

3.1. Дослідження особливостей аксіологічної, когнітивно-афективної, конативно-інструментальної та соціально-орієнтовної складових психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками

Розглянемо середньовибіркові результати показників аксіологічної, когнітивно-афективної, конативно-інструментальної та соціально-орієнтовної складових психоемоційного здоров'я по групі осіб, що займаються медитативними практиками (таблиця 3.1).

Таблиця 3.1

Описові статистики показників психоемоційного здоров'я осіб, що
займаються медитативними практиками

| Шкала | Мінімум | Максимум | Середнє | Ст. відх. |
|---------------------------------------|---------|----------|---------|-----------|
| Аксіологічна складова ПЗ | 13,00 | 46,00 | 35,10 | 6,59 |
| Когнітивно-афективна складова ПЗ | 22,00 | 48,00 | 38,37 | 5,83 |
| Конативно-інструментальна складова ПЗ | 23,00 | 44,00 | 35,51 | 4,14 |
| Соціально-визначальна складова ПЗ | 25,00 | 45,00 | 34,66 | 4,93 |
| Загальне ПЗ | 95,00 | 172,00 | 143,63 | 17,74 |

Як ми можемо бачити, в осіб, що займаються медитативними практиками, і за всіма складовими психоемоційного здоров'я, і за інтегральним його показником виявлено результат, що відповідає вищому за середній. Іншими словами, якщо визначати помірний інтервал виразності даного феномену як норму, ми маємо говорити про позитивні тенденції у репрезентації психоемоційного здоров'я даних досліджуваних.

Отримані результати вказують, що ці тенденції проявляються і в

гармонійності та узгодженості самовідчуття залучених до медитацій осіб, що формується на основі їхнього ставлення до власної системи цінностей, і в оцінці та інтерпретації власного психоемоційного стану, і в узгодженні поведінкової саморегуляції з ментальними конструкціями, і в можливостях, які надає даним особам їхнє психоемоційне здоров'я щодо організації успішної, ефективної та адекватної взаємодії із соціальним оточенням.

Для того, щоб переконатися в тому, чи пов'язані виявлені тенденції з чинником залученості зазначених досліджуваних до медитативних практик, спочатку поглянемо на середньовибіркові показники по групі осіб, що не займаються медитативними практиками, а потім – проведемо пряме порівняння двох даних категорій. Отже, описові статистики показників психоемоційного здоров'я по групі осіб, що не мають досвіду участі у медитативних практиках, наведено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Описові статистики показників психоемоційного здоров'я осіб, що не займаються медитативними практиками

| Шкала | Мінімум | Максимум | Середнє | Ст. відх. |
|---------------------------------------|---------|----------|---------|-----------|
| Аксіологічна складова ПЗ | 14,00 | 49,00 | 28,13 | 8,97 |
| Когнітивно-афективна складова ПЗ | 14,00 | 49,00 | 28,41 | 8,43 |
| Конативно-інструментальна складова ПЗ | 10,00 | 42,00 | 24,96 | 8,02 |
| Соціально-визначальна складова ПЗ | 15,00 | 45,00 | 26,98 | 7,93 |
| Загальне ПЗ | 61,00 | 185,00 | 108,48 | 31,45 |

Отримані результати вказують на середню виразність як всіх складових психоемоційного здоров'я осіб, що не займаються медитативними практиками, та і його загального показника.

Очевидно, помірність показників, отриманих в ході психодіагностики даних осіб, може пояснюватися контекстом поточної ситуації, що склалася на сьогодні у

суспільстві. Зокрема, наразі можна виділяти дві групи чинників, які збалансовують психоемоційне здоров'я особистості, з одного боку, не даючи йому проявитися на високому рівні за рахунок негативного впливу; з іншого боку, існують чинники, які не дозволяють психоемоційному здоров'ю опуститися нижче певного необхідного для нормального функціонування рівня.

Щодо першої групи чинників, - передусім, ми маємо на увазі воєнний стан, пов'язаний з відчуттям небезпеки за власне життя та здоров'я, суспільної нестабільності, невизначеності тощо. Дані чинники провокують виникнення тривоги, депресивності, сприйняття свого становища як неблагополучного і т.п., - тобто, негативних феноменів, що безпосередньо визначають психоемоційне здоров'я особистості. Безперечно, за таких умов достатніх можливостей для позитивних тенденцій у формуванні психоемоційного здоров'я не виявлятиметься.

З іншого боку, даній групі чинників будуть протиставлятися ресурси, що зазвичай забезпечують адаптивність особистості у складних умовах життєдіяльності: стресостійкість, оптимізм, резильєнтність, життєстійкість та низка інших. На наш погляд, дані ресурси, не дивлячись на виразний негативний вплив екстремальних умов, здатні утримувати психоемоційне здоров'я особистості на певному прийнятному рівні, достатньому для більш-менш нормального функціонування.

Отже, ми вважаємо, що у підсумку зазначені групи чинників, що врівноважують одна одну, формуючи психоемоційне здоров'я осіб, що не займаються медитативними практиками, на виявленому нами помірному рівні.

Результати порівняльного аналізу показників аксіологічної, когнітивно-афективної, конативно-інструментальної та соціально-орієнтовної складових психоемоційного здоров'я, а також інтегрального його значення, у групах осіб, що займаються медитативними практиками, та тих, хто не мав досвіду долучення до медитативних практик, представлено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Результати порівняльного аналізу показників психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками та осіб, що не мали досвіду залученості до медитативних практик

| Шкала | Група* | Ср. ранг | U Манна-Уїтні | Z | P (2-ст) | Розбіжність |
|-----------------------------------|--------|----------|---------------|--------|----------|-------------|
| Аксіологічна складова ПЗ | МП | 56,55 | 428,5 | -4,379 | ,000 | Значуща |
| | НМП | 32,82 | | | | |
| Когнітивно-афективна складова ПЗ | МП | 58,91 | 331,5 | -5,206 | ,000 | Значуща |
| | НМП | 30,71 | | | | |
| Конативно-інструм-на складова ПЗ | МП | 60,04 | 285,5 | -5,599 | ,000 | Значуща |
| | НМП | 29,71 | | | | |
| Соціально-визначальна складова ПЗ | МП | 57,16 | 403,5 | -4,592 | ,000 | Значуща |
| | НМП | 32,27 | | | | |
| Загальне ПЗ | МП | 58,79 | 336,5 | -5,158 | ,000 | Значуща |
| | НМП | 30,82 | | | | |

* Примітка: МП – особи, що займаються медитативними практиками; НМП – особи, що не займаються медитативними практиками

Як можна бачити з таблиці 3.3, за всіма складовими психоемоційного здоров'я встановлено достовірне переважання показників у групі осіб, що займаються медитативними практиками. Тобто, дані особи мають значущу перевагу перед тими, хто не займається медитативними практиками, і в гармонійності та узгодженості самовідчуття, що формується на основі ставлення до власної системи цінностей, і в оцінці та інтерпретації власного психоемоційного стану, і в узгодженні поведінкової саморегуляції з ментальними конструкціями, і в можливостях, які надає даним особам їхнє психоемоційне здоров'я щодо організації успішної, ефективною та адекватної взаємодії із соціальним оточенням.

Враховуючи те, що в рамках теоретичного аналізу нами було розглянуто ряд робіт, в яких доводиться спроможність медитативних практик знижувати рівень стресу та депресивності, стабілізувати психоемоційний стан, покращувати саморегуляцію (як емоційно-вольову, так і поведінкову) і т.п., такий результат був в цілому очікуваним, і його статистичне підтвердження дозволяє говорити про медитативні практики в двох аспектах.

По-перше, в аспекті переконливого підтвердження наявних наукових досліджень щодо ефективності застосування медитативних практик з метою покращення психоемоційного здоров'я. Причому, як ми бачимо, мова йде про вплив не вибіркового, а всебічного характеру, за якого позитивізація психоемоційного здоров'я спостерігається у всіх його аспектах.

По-друге – в аспекті збереження зазначеного впливу в екстремальних умовах життєдіяльності, до яких, безумовно, відноситься воєнний стан. На початку роботи, при обґрунтуванні актуальності обраної нами для дослідження проблематики, зазначалося, що на сьогодні вкрай мало даних, які б могли підтвердити, що медитативні практики можуть мати таку ж, або наближену до такої самої ефективність у детермінації позитивного психологічного функціонування особистості. Тепер же, співставивши отримані нами дані з тими, що публікувалися раніше, до початку повномасштабного вторгнення до України, ми маємо усі підстави для ствердження, що згаданий вплив зберігається і в екстремальній ситуації війни.

Отже, підведемо підсумок і зробимо проміжний висновок за результатами вивчення особливостей аксіологічної, когнітивно-афективної, конативно-інструментальної та соціально-орієнтовної складових психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками. Як ми могли бачити, отримані емпіричні дані вказують, що за усіма наведеними аспектами, досліджувані, що є долученими до медитативних занять, переважають тих, хто такої долученості не має. Даний факт підтверджує виявлену в інших дослідженнях ефективність медитативних практик щодо впливу на психоемоційне здоров'я особистості, а також – стійкість цього впливу по відношенню до мінливих умов середовища, в якому

перебуває людина.

То ж, переходимо до вивчення особливостей психоемоційних станів осіб, що займаються медитативними практиками.

3.2. Дослідження особливостей психоемоційних станів осіб, що займаються медитативними практиками

Аналогічно до структури попереднього підрозділу, в поточному ми спочатку розглянемо середньовибіркові результати дослідження психоемоційних станів по двом досліджуваним групам, а потім проведемо їхній прямий порівняльний аналіз.

Отже, описові статистики показників психоемоційних станів осіб, що займаються медитативними практиками, представлено у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Описові статистики показників психоемоційних станів осіб, що займаються медитативними практиками

| Шкала | Мінімум | Максимум | Середнє | Ст. відх. |
|--------------|---------|----------|---------|-----------|
| Тривожність | 0,00 | 18,00 | 7,83 | 4,71 |
| Фрустрація | 0,00 | 19,00 | 7,37 | 4,89 |
| Агресивність | 2,00 | 15,00 | 8,59 | 3,60 |
| Ригідність | 1,00 | 14,00 | 7,02 | 4,11 |

З результатів, представлених у таблиці 3.4, можна бачити, що показники ригідності та фрустрації осіб, що займаються медитативними практиками, мають низький рівень виразності. Показники тривожності та агресивності – припадають на межу між низьким та помірним рівнями, то ж, навіть якщо формально їх віднести до середньовиразних, ми не маємо права ігнорувати виявлену тенденцію до заниження.

У сукупності на основі репрезентації психоемоційних станів осіб, що займаються медитативними практиками можна говорити, що в даному аспекті вони доволі переконливо вказують на позитивність психоемоційного здоров'я зазначених

досліджуваних.

Тепер поглянемо на аналогічні показники, отримані по групі осіб, що не займаються медитативними практиками (таблиця 3.5).

Таблиця 3.5

Описові статистики показників психоемоційних станів осіб, що не займаються медитативними практиками

| Шкала | Мінімум | Максимум | Середнє | Ст. відх. |
|--------------|---------|----------|---------|-----------|
| Тривожність | 2,00 | 19,00 | 10,93 | 4,91 |
| Фрустрація | 2,00 | 19,00 | 11,74 | 4,57 |
| Агресивність | 2,00 | 19,00 | 10,46 | 3,94 |
| Ригідність | 1,00 | 17,00 | 9,54 | 4,54 |

Спираючись на результати, представлені у таблиці 3.5, ми бачимо, що такі стани, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність, в осіб, що не займаються медитативними практиками, виразні помірно.

Таку помірність ми можемо пов'язувати з кількома можливими причинами. По-перше, знову-таки, слід говорити про врівноваження – з одного боку, вплив негативних чинників, що пригнічують стан людини (що є особливо актуальним, з огляду на поточні суспільно-політичні процеси), та, з іншого боку, - згадуваних вище психологічних ресурсів особистості, що владні стримувати ці впливи, не допускаючи особистісної деструкції.

По-друге, - на психофізіологічному рівні також існує низка механізмів, що сприяють більш-менш прийнятній адаптації людини навіть у доволі екстремальних умовах. Зокрема, - адаптивні активації мозкових структур, природні адаптивні можливості нервової системи, нейрогуморальна регуляція тощо. Крім того, сюди ж можна включати дію механізмів психологічного захисту (за якої, наприклад, надмірно інтенсивні негативні переживання витісняються або раціоналізуються), або спроможність до довільного опанування власних емоційних станів, яка в тій чи іншій мірі є властивою

кожній людині, що пройшла соціалізацію.

По-третє, може мати місце певний оптимум функціонування особистості, який виявляється у формуванні такої психічної активності, якої, з одного боку, має бути достатньо для вирішення особистістю більшості повсякденних задач, а з іншого, - яка не має бути надмірною настільки, щоб це могло призводити до швидкого виснаження психологічних ресурсів людини.

Іншими словами, помірний результат у виразності досліджуваних психоемоційних станів можна розглядати одночасно і як позитивний (з позиції недопущення його надмірного падіння у надскладних умовах, що на сьогодні склалася в країні), і як негативний (якщо розглядати цей результат з позиції міри реалізованості його потенціалу).

Таким чином, вказані дві полярні групи чинників врівноважують одна одну, формуючи середньовиразну репрезентацію тривожності фрустрації, агресивності та ригідності осіб, що не займаються медитативними практиками.

Тепер, повертаючись до осіб, що є долученими до медитативних практик, і до виявлених результатів, що вказують на низьку (або тенденцію до низької) виразність зазначених негативних станів, - ми, знову-таки, отримуємо підстави визначати позитивний вплив медитативних вправ на зазначені параметри. Проте, так само, як і в попередньому підрозділі, ми не можемо остаточно стверджувати подібне до здійснення прямого порівняльного аналізу групи осіб, що займаються медитативними практиками, та тих, хто не долучається до них, за вказаними параметрами.

Отже, такий аналіз було зроблено, і його результати представлено далі, у таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Результати порівняльного аналізу показників психоемоційних станів осіб, що займаються медитативними практиками та осіб, що не мали досвіду залученості до медитативних практик

| Шкала | Група* | Ср. ранг | U Манна-Уїтні | Z | P (2-ст) | Розбіжність |
|--------------|--------|----------|---------------|--------|----------|-------------|
| Тривожність | МП | 35,73 | 604,0 | -2,891 | ,004 | Значуща |
| | НМП | 51,37 | | | | |
| Фрустрація | МП | 32,89 | 487,5 | -3,883 | ,000 | Значуща |
| | НМП | 53,90 | | | | |
| Агресивність | МП | 38,38 | 712,5 | -1,967 | ,049 | Значуща |
| | НМП | 49,01 | | | | |
| Ригідність | МП | 36,91 | 652,5 | -2,477 | ,013 | Значуща |
| | НМП | 50,32 | | | | |

* Примітка: МП – особи, що займаються медитативними практиками; НМП – особи, що не займаються медитативними практиками

Як можна бачити з отриманих результатів, в контексті усіх показників досліджуваних психоемоційних станів отримано достовірні розбіжності, за яких особи, що займаються медитативними практиками демонструють значущо менший рівень виразності.

Щодо розбіжностей за рівнем тривожності, - на наш погляд, найбільш очевидне їхнє пояснення криється в результатах наявних наукових досліджень, зокрема, Б. Кока та інших, в яких йдеться про емпіричне підтвердження ефекту медитативних практик, що проявляється у зниженні вказаного переживання.

Стосовно відмінностей за виразністю фрустрації – тут, знову-таки, слід послатися на здійснений нами теоретичний аналіз, в рамках якого зазначалося, що долученість до медитативних практик сприяє покращенню саморегуляції, яка, в свою чергу, дозволяє особистості ефективно опановувати переживання, пов'язані з неможливістю задовольнити власні потреби, вирішити поставлені завдання, або

досягти висунутих цілей.

Нижчу виразність агресивності в осіб, що займаються медитативними практиками, окрім вже загаданої саморегуляції, ми схильні також пояснювати розглянутими в рамках теоретичного розділу думками А. Кузнецової та колег, згідно з якими розвивають просоціальну поведінку, неодмінним атрибутом якої є неагресивне ставлення до інших, та роблять більш успішною соціальну інтеграцію особистості у соціум.

Нарешті, щодо ригідності, - варто згадати, що багатьма авторами, які досліджували аналізовану нами проблематику, підкреслювався позитивний вплив медитативних практик на когнітивні здібності особистості. Очевидно, що в мінливих сьогоденних умовах, які для успішної адаптації вимагають від людини швидкого ухвалення рішень, гнучкості у способах дії, уважності та інших параметрів, що протиставляються стану ригідності, розвинені когнітивні процеси є у високій ступені підходящими; відповідно, їхня розвиненість має сприяти зниженню стану ригідності.

Таким чином, і про психоемоційні стани як про складову психоемоційного здоров'я, так само як ми це робили у попередньому підрозділі, можна говорити у двох основних аспектах: по-перше, в аспекті підтвердження даних наявних досліджень щодо позитивного впливу медитаційних вправ на функціонування особистості; по-друге, - в плані доведення збереження зазначеного впливу в екстремальних умовах переживання ситуації бойових дій.

На цьому підведемо підсумок і зробимо проміжний висновок за результатами вивчення особливостей психоемоційних станів осіб, що займаються медитативними практиками.

Для осіб, що займаються медитативними практиками, у порівнянні з тими, хто не є долученим до цих практик, спостерігається достовірно нижчий рівень внутрішньої психоемоційної напруги, знервованості, неспроможності знайти спокій та почуттєву рівновагу; переживань, пов'язаних з неможливістю задовольнити власні потреби, вирішити поставлені завдання, або досягти висунутих цілей; ворожнечі, метою якої є заподіяння шкоди іншим людям; та стану, пов'язаного з

нездатністю до оперативної перебудови власних психологічних ресурсів у відповідності до вимог мінливих обставин.

Даний факт підтверджує виявлену в інших дослідженнях ефективність медитативних практик щодо впливу на психоемоційне здоров'я особистості, а також – стійкість цього впливу по відношенню до мінливих умов середовища, в якому перебуває людина.

Далі переходимо до вивчення особливостей позитивного ментального здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками.

3.3. Дослідження особливостей позитивного ментального здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками

У таблиці 3.7 представлено описові статистики показника позитивного ментального здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками.

Таблиця 3.7

Описові статистики показника позитивного ментального здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками

| Шкала | Мінімум | Максимум | Середнє | Ст. відх. |
|--------------------|---------|----------|---------|-----------|
| Ментальне здоров'я | 12,00 | 34,00 | 26,90 | 5,02 |

Як можна бачити, середньовибірковий результат вказує на помірність позитивного ментального здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками. То ж, дані показники можна сприймати як дещо відмінні від тих, що виявлялися нами до цього: якщо вище по даній групі досліджуваних нами виявлялися здебільшого позитивні тенденції, то зараз мова йде про помірність такої складової психоемоційного здоров'я, як ментальне здоров'я.

На наш погляд, це може бути зумовлено тим, що ментальне здоров'я є більш комплексним та складним конструктом, ніж ті, що розглядалися раніше. Як слідує з нашого теоретичного аналізу, ментальне здоров'я – це характеристика, що відповідає за афективну складову відчуття особистістю щастя та благополуччя; за її спроможність приймати та усвідомлювати власні переживання; за здатність до

ефективного додання ситуацій, що провокують стрес, тривогу та інші негативні збурення. З огляду на таку широту визначення, коло зовнішніх чинників, що можуть мати вплив на ментальне здоров'я, значно збільшується. Зокрема, відчуття щастя є пов'язаним не тільки із самовідчуттям самої людини, а й з її переживаннями за різноманітні аспекти світоустрою загалом: переживаннями за благополуччя рідних, близьких, друзів та просто знайомих; переживаннями за долю країни; переживаннями за людство в цілому тощо. Очевидно, що сьогоденна ситуація війни не може значною мірою забезпечити зазначені переживання високою позитивністю, - відповідно, саме цим ми схильні пояснювати те, що, на відміну від попередніх результатів (де в осіб, що займаються медитативними практиками, спостерігалися благодотворні тенденції), показники позитивності ментального здоров'я характеризуються лише помірною виразністю.

При цьому, щоб відповісти на питання, чи проявляє себе в даній ситуації чинник долученості до медитативних практик, ми маємо спочатку розглянути аналогічні показники по виборці осіб, що не займаються цими практиками, а потім провести порівняльний аналіз даних груп.

Описові статистики показника позитивного ментального здоров'я осіб, що не займаються медитативними практиками, представлено у таблиці 3.8.

Таблиця 3.8

Описові статистики показника позитивного ментального здоров'я осіб, що не займаються медитативними практиками

| Шкала | Мінімум | Максимум | Середнє | Ст. відх. |
|--------------------|---------|----------|---------|-----------|
| Ментальне здоров'я | 13,00 | 32,00 | 21,35 | 5,16 |

Результати, представлені у таблиці 3.8, вказують на те, що середньовибірковий показник по групі осіб, що не займаються медитативними практиками, вказує на низький рівень позитивності ментального здоров'я даних досліджуваних.

На наш погляд, такий результат може бути пов'язаний з двома основними моментами. По-перше, з тим, що він значною мірою детермінується складним

комплексом зовнішніх умов, в яких перебуває особистість, - отже, він може виступати як певний індикатор психологічних процесів, що домінують у суспільстві. В ситуації війни людина значну частину часу переживає відчуття небезпеки (через обстріли, через загрозу захоплення територій, через близькість бойових дій, через невизначеність, яку несе війна для майбутнього тощо), - отже, переживати у всій повноті щастя, позитивні емоції, благополуччя та інші почуття, на основі яких базується ментальне здоров'я вона з об'єктивних причин не може.

По-друге, - з тим, що у зазначених екстремально складних умовах, за відсутності додаткових засобів підтримки психоемоційного здоров'я (в якості яких цілком можна розглядати, зокрема, і медитативні практики), внутрішніх ресурсів людини недостатньо навіть для утримання ментального здоров'я хоча б на помірному рівні позитивності.

Тепер, щоб остаточно переконатися у можливості затвердження впливу медитативних практик на ментальне здоров'я особистості, проведемо порівняльний аналіз двох досліджуваних груп за даним параметром (таблиця 3.9).

Таблиця 3.9

Результати порівняльного аналізу показника позитивного ментального здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками та осіб, що не мали досвіду залученості до медитативних практик

| Шкала | Група* | Ср. ранг | U Манна-Уїтні | Z | P (2-ст) | Розбіжність |
|--------------------|--------|----------|---------------|--------|----------|-------------|
| Ментальне здоров'я | МП | 56,91 | 413,5 | -4,510 | ,000 | Значуща |
| | НМП | 32,49 | | | | |

* Примітка: МП – особи, що займаються медитативними практиками; НМП – особи, що не займаються медитативними практиками

Як можна бачити з таблиці 3.9, за показником позитивного ментального здоров'я було отримано достовірну розбіжність щодо його виразності у двох досліджуваних групах, за якої він є значущо більш виразним в групі осіб, що займаються медитативними практиками.

Отже, ми бачимо, що, не дивлячись на те, що в сучасних умовах розвинення високої позитивності ментального здоров'я є недосяжним навіть попри цілеспрямоване ментальне вдосконалення (яким є медитативні практики), користь від останнього, все ж, спостерігається, як мінімум, у вигляді того, що медитативні заняття не дають зазначеному параметру опуститися до низького рівня виразності.

В якості припущень, на основі яких можна пояснити такі результати, ми схильні наводити кілька моментів.

По-перше, слід виходити з того, що ментальне здоров'я являє собою стан особистості, за якого вона, відчуваючи добробут, спрямовується на реалізацію своїх творчих здібностей та на наповнення сенсом власного життя. З цієї позиції медитативні практики, оскільки вони являють собою певний вид захоплень для людей, що долучаються до них, можна розглядати як засіб реалізації себе; як один з можливих шляхів збільшення осмисленості життєдіяльності (адже кожна людина приходить в ці практики, переслідуючи мету, сповнену особистих інтересів).

По-друге, - ми припускаємо, що тут може мати місце і певний змістовний аспект медитативних занять, - адже їхня сутність полягає у покращенні стану людини – як фізичного, так і ментального. Відповідно, долучення до них має виявляти певний ефект в аспекті покращення ментального здоров'я, - що у підсумку і було виявлено на основі отриманих результатів.

Отже, підведемо підсумок і зробимо проміжний висновок за результатами дослідження особливостей позитивного ментального здоров'я досліджуваних. Як ми могли бачити, в сучасних умовах позитивність ментального здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками не може бути розвинена до високого рівня виразності, проте її падіння до низького рівня в неї також не спостерігається. При цьому, даний параметр у зазначених досліджуваних демонструє достовірно вищу виразність в порівнянні з особами, що не є долученими до медитативних практик.

На цьому ми переходимо до вивчення взаємозв'язку складових психоемоційного здоров'я та його факторної структури в осіб, що займаються медитативними практиками.

3.4. Визначення особливостей взаємозв'язку складових психоемоційного здоров'я в осіб, що займаються медитативними практиками

З метою визначення особливостей взаємозв'язку складових психоемоційного здоров'я в осіб, що займаються медитативними практиками спочатку нами був проведений кореляційний аналіз по кожній з досліджуваних груп. Після цього ми зіставили отримані по вибірках результати, і виділили ті з них, де значущий взаємозв'язок є характерним тільки для однієї з груп (тобто, ті, завдяки яким можна стверджувати про відмінний характер кореляцій у двох групах).

Спочатку поглянемо на загальний характер кореляційних зв'язків, отриманих по кожній з груп (див. додатки А, Б).

Виявляючи взаємозв'язки з найбільш високими кореляційними коефіцієнтами, по групі осіб, що займаються медитативними практиками (додаток А), було виявлено дві доволі виразно диференційовані кореляційні плеяди. До першої увійшли такі позитивно корелюючі змінні, як: аксіологічна, когнітивно-афективна, конативно-інструментальна та соціально-визначальна складові психоемоційного здоров'я, загальний показник психоемоційного здоров'я, та ментальне здоров'я.

До іншої кореляційної плеяди увійшли такі позитивно корелюючі змінні, як тривожність, фрустрація та ригідність, які за рахунок комплексу від'ємних кореляцій протиставляють дану плеяду наведеній вище.

При цьому слід звернути увагу на те, що така змінна, як агресивність, залишилась осторонь цих двох кореляційних плеяд, не продемонструвавши значущих зв'язків із жодною з досліджуваних шкал.

Тепер проведемо аналогічний аналіз по групі осіб, що не займаються медитативними практиками, з тим, щоб співставивши результати по двох вибірках, виявити специфіку організації структури взаємозв'язків психоемоційного здоров'я в кожній з них.

Отже, по групі осіб, що не мають досвіду долучення до медитативних практик, було виявлено також дві протилежно спрямовані тенденції, що визначають узагальнений характер кореляційних зв'язків. Одна з них вказує на такі позитивно

пов'язані змінні, як: аксіологічна, когнітивно-афективна, конативно-інструментальна та соціально-визначальна складові психоемоційного здоров'я, загальний показник психоемоційного здоров'я, та ментальне здоров'я. Друга визначає поєднання таких корелюючих змінних, як: тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність. Проте, на відміну від групи осіб, що займаються медитативними практиками, ці дві тенденції ще також міцно поєднуються між собою зворотними зв'язками, - отже, утворюють собою єдину велику кореляційну плеяду.

Таким чином, по групі осіб, що не беруть участь в медитативних практиках, усі складові психоемоційного здоров'я об'єдналися в один єдиний комплекс, що свідчить, про те, що всі вони мають спільну спрямованість, і не диференціюються так, як в осіб, що є долученими до медитативних практик.

На наш погляд, такий результат може свідчити про те, що люди, які займаються медитаціями, більшою мірою схильні розподіляти поле своїх внутрішніх переживань (аксіологічне ставлення до власних цінностей, когнітивно-афективна оцінка власного психоемоційного стану тощо) та поле переживань, пов'язаних з характером взаємодії із зовнішнім середовищем (фрустрація через бар'єри середовища, ригідність як показник перебудови у відповідь на зміну зовнішніх обставин і т.д.). Ми припускаємо, що це спричиняється вже згадуваним вище фактом щодо того, що медитативні практики сприяють розвитку рефлексивності та усвідомлюваності людиною власних почуттів, - завдяки чому така людина здатна більш чутко визначити, що має відношення виключно до неї, а що – до її взаємодії з іншими. При цьому, такий розподіл може мати суто практичне значення, адже внутрішній індивідуальний світ людини є інструментом реалізації медитативних практик, - отже, його відокремлення є необхідною умовою їхньої успішності, - якщо людина в ході медитацій буде змішувати власні відчуття та ті, що їй нав'язуються соціумом, ефективність вправ буде неодмінно знижуватися.

Тепер більш детально поглянемо на виявлені кореляції, достовірність яких є значущо відмінною в двох досліджуваних групах (таблиця 3.10).

Таблиця 3.10

Відмінності у значущості кореляцій показників психоемоційного здоров'я по групах осіб, що займаються медитативними практиками, та осіб, що не мали досвіду залученості до медитативних практик

| Пара змінних | Показник | МП* | НМП* |
|--|------------|-------|-------------|
| Когнітивно-афективна складова ПЗ - агресивність | Коеф. кор. | -,104 | -,335** |
| | P (2-ст) | ,517 | ,023 |
| Конативно-інструментальна складова ПЗ - агресивність | Коеф. кор. | -,049 | -,330** |
| | P (2-ст) | ,760 | ,025 |
| Соціально-визначальна складова ПЗ - тривожність | Коеф. кор. | -,291 | -,454*** |
| | P (2-ст) | ,065 | ,002 |
| Соціально-визначальна складова ПЗ - агресивність | Коеф. кор. | -,263 | -,418*** |
| | P (2-ст) | ,096 | ,004 |
| Загальне ПЗ - агресивність | Коеф. кор. | -,186 | -,351** |
| | P (2-ст) | ,245 | ,017 |
| Фрустрація - агресивність | Коеф. кор. | ,112 | ,389*** |
| | P (2-ст) | ,487 | ,008 |
| Агресивність - ригідність | Коеф. кор. | ,286 | ,445*** |
| | P (2-ст) | ,070 | ,002 |
| Агресивність - ментальне здоров'я | Коеф. кор. | -,200 | -,331** |
| | P (2-ст) | ,209 | ,025 |

* Примітка: МП – особи, що займаються медитативними практиками; НМП – особи, що не займаються медитативними практиками. ** - $p \leq 0,05$; *** - $p \leq 0,01$.

Як ми бачимо, якщо відкинути значущі кореляції, які є однаковими для двох груп, виявляється низка пар корелятивів, які демонструють достовірність по групі осіб, що не займаються медитативними практиками, і не демонструють її щодо тих, хто є долученим до цих практик.

На основі цього виникають підстави для припущення, що медитативні практики можуть сприяти руйнуванню низки взаємозв'язків показників психоемоційного здоров'я, що є характерними для людей, що цими практиками не займаються.

Зокрема, як видно з отриманих результатів, для осіб, що займаються медитативними практиками, характерна відсутність зв'язку когнітивно-афективної складової психоемоційного здоров'я та агресивності, - на відміну від осіб, що не є долученими до медитативних практик, у яких спостерігається достовірна зворотна пов'язаність цих двох змінних.

На наш погляд, якщо відштовхуватися від того, що без додаткових ментальних тренувань для людини характерне падіння здатності до оцінювання та інтерпретації власного психоемоційного стану зі зростанням агресивності, і навпаки – зростання її виразності за умови опанування агресивності, то людей, що займаються медитативними практиками, можна розглядати як таких, що оволоділи здатністю до «ізолювання» власної агресивності, - тобто, здатністю до такого опанування даного стану, за якого він не є пов'язаним з тим, як відчуває себе людина в контексті інших параметрів, репрезентованих на психоемоційному рівні. Іншими словами, ми маємо підстави стверджувати, що особи, що займаються медитативними практиками, здатні опанувати власну агресивність, не даючи їй «втручатися» до інших феноменів, що визначають функціонування особистості.

На наш погляд, такий результат цілком узгоджується з тим, що, як було розглянуто нами в рамках теоретичного аналізу, медитативні практики сприяють розвитку емоційної саморегуляції особистості. На наш погляд, ця саморегуляція значною мірою дозволяє людині опанувати власну агресивність, - відповідно, зв'язок агресивності з саморегуляцією в такому випадку буде зміцнюватися, в той час як з рештою складових психоемоційного здоров'я – навпаки послаблюватися та зникати.

Аналогічним чином ми можемо інтерпретувати невиявлений достовірний зв'язок агресивності з конативно-інструментальною та соціально-визначальною складовими психоемоційного здоров'я по групі осіб, що займаються медитативними практиками. І, підсумовуючи ці результати, ми можемо узагальнено сказати, що однією з особливостей психоемоційного здоров'я цих осіб є те, що в даних людей оцінки та інтерпретації власного психоемоційного стану, узгодження поведінкової саморегуляції з ментальними конструкціями, а також можливості, які надає їм їхнє

психоемоційне здоров'я щодо організації успішної, ефективної та адекватної взаємодії із соціальним оточенням, не мають відношення до агресивних потягів, - і це має свідчити про доволі високу стабільність їхнього психоемоційного здоров'я. Натомість щодо осіб, що не є долученими до медитативних практик, - то у них агресивність задіється у зазначених процесах, - відповідно, враховуючи імпульсивну природу агресії, ми маємо підстави стверджувати, що дані люди мають менше можливостей стосовно опанування власних психоемоційних станів.

Далі ми бачимо, що, на відміну від осіб, що не займаються медитативними практиками, досліджувані, що ними займаються, не виявляють достовірного зв'язку між соціально-визначальною складовою психоемоційного здоров'я та тривожністю, - і це означає, що, з одного боку, міра їхньої внутрішньої психоемоційної напруги та знервованості, виразність їхніх переживань, що проявляються у неможливості знайти спокій та почуттєву рівновагу, - не є залежними від можливостей, які надає їм їхнє психоемоційне здоров'я щодо організації успішної, ефективної та адекватної взаємодії із соціальним оточенням; і навпаки, з іншого боку, - ці можливості не є залежними від тривожності даних осіб. Говорячи узагальнено, - дані особи здатні до побудови продуктивних, адекватних та успішних взаємин з іншими, навіть якщо їхній поточний стан не надає для цього прийнятних передумов. На наш погляд, в даному випадку ми маємо, знов-таки, говорити про розвинення саморегуляції, яке надають людині медитативні практики, і про те, що саме розвинена саморегуляція дозволяє опанувати себе в межах соціальної взаємодії за будь-якого поточного психоемоційного стану. Натомість, як ми бачимо з отриманих результатів, досліджувані, що не займаються медитативними практиками, такої здібності не мають, адже чим вищою в них є тривожність, тим менш виразною в них є соціально-визначальна складова психоемоційного здоров'я і навпаки, - тобто, такі люди за виразної внутрішньої психоемоційної напруги будуть виявляти неспроможність до успішної, ефективної та адекватної взаємодії із соціальним оточенням. Ми припускаємо, що це зумовлено, по-перше, недостатньо-розвиненою вже згаданою вище саморегуляцією, через яку дані досліджувані не можуть «ізолювати та відділити» свою тривогу від тих аспектів життєдіяльності, з якою не пов'язане її

виникнення; по-друге, - тим, що через брак здібності до безпомилкового визначення власних емоцій, більш притаманної особам, що займаються медитативними практиками, дані люди значною мірою переспрямовують свої психологічні ресурси з соціально-психологічного до індивідуального контексту, що, безумовно, не може не позначитися на характері взаємодії з соціумом.

Також з результатів, представлених у таблиці 3.10, ми бачимо, що особи, які займаються медитативними практиками, на відміну від тих, хто ними не займається, демонструють відсутність пов'язаності фрустрації та ригідності з агресивністю. Тобто, якщо для останніх, в яких виявлено додатний зв'язок, зазначених змінних, може бути характерною комплексна активація перелічених психоемоційних станів, то у досліджуваних, що займаються медитативними практиками, зазначені явища можуть проявлятися незалежно один від одного. На наш погляд, причина цьому криється у можливостях кращого визначення та розпізнавання емоцій; у рефлексивних здібностях, що, як ми бачили в рамках теоретичного огляду, надають медитативні практики. Мова йде про те, що, коли особистість здатна чітко та безпомилково визначати власний стан та виявляти його джерело, в неї буде з більшою імовірністю проявлятися лише саме цей стан, - тобто, той, що має безпосереднє відношення до контекстної ситуації. Натомість, коли у визначенні стану та його походження присутня певна невизначеність, цей стан може провокувати виникнення суміжних з ним переживань. Так, неусвідомлюваний страх може викликати тривогу, горе, або навіть провину тощо. Так само – і у випадку з досліджуваними, що не займаються медитативними практиками: виникнення одного стану з тріади агресивність-фрустрація-ригідність з високою долею імовірності буде провокувати активацію решти.

Нарешті, як ми бачимо, особи, які займаються медитативними практиками, на відміну від тих, хто ними не займається, демонструють відсутність пов'язаності агресивності та ментального здоров'я (в останніх виявляється достовірний зворотній зв'язок). Такий результат ми схильні пояснювати тим, що людина, яка не має додаткової підтримки психоемоційного здоров'я (в якості якої можуть розглядатися медитативні практики), у разі його зниження (падіння відчуття щастя, позитивності

власного фізичного та емоційного стану тощо) можуть відчувати виразне неблагополуччя, яке буде призводити до сильної внутрішньої психоемоційної напруги. І агресія, на наш погляд, в даному випадку цілком може розглядатися як інструмент, що може дозволяти людині дещо знижувати цю напругу; «випустити» її назовні. Відповідно, для осіб, що займаються медитативними практиками, така закономірність не є характерною, адже, по-перше, вони мають згадану вище підтримку для власного ментального здоров'я, завдяки якій їхнє відчуття благополуччя нездатне падати так само сильно, як у випадку з контрольною групою, - отже, і викликати внутрішнє психоемоційне напруження; по-друге, - як ми вже неодноразово зазначали, завдяки медитативним практикам дані особи мають більше когнітивних та рефлексивних можливостей для того, щоб опанувати власні відчуття та емоції, - отже, й відділяти їхні поточні прояви від самовідчуття загалом.

Отже, підведемо підсумок, узагальнивши всі результати, отримані на основі вивчення особливостей взаємозв'язку складових психоемоційного здоров'я та його факторної структури в осіб, що займаються медитативними практиками.

Для осіб, що займаються медитативними практиками, у порівнянні з тими, хто не є долученими до них, спостерігається відсутність пов'язаності з агресивністю таких складових психоемоційного здоров'я, як оцінка та інтерпретація власного психоемоційного стану, узгодження поведінкової саморегуляції з ментальними конструкціями, можливості, які надає психоемоційне здоров'я щодо організації успішної, ефективної та адекватної взаємодії із соціальним оточенням, фрустрація, ригідність та ментальне здоров'я. Крім того, даних осіб відрізняє незалежність соціально-визначального компоненту психоемоційного здоров'я та агресивності.

Також виявлено і відмінності у структурній організації психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками. Так, якщо для тих, хто до даних практик не є долученим, характерне поєднання всіх складових даного феномену в один єдиний комплекс, то для людей, що займаються медитаціями, характерна виразна диференціація відчуттів, що стосуються внутрішніх переживань, та тих відчуттів, що ґрунтуються на інформації, отримуваній ззовні.

Висновки до розділу III

Особи, що займаються медитативними практиками, мають вищий за середній рівень виразності показників психоемоційного здоров'я, - зокрема, таких його складових, як аксіологічна, когнітивно-афективна, конативно-інструментальна та соціально-орієнтовна. При цьому, дані люди, у порівнянні з тими, хто не займається медитативними практиками, демонструють достовірно вищу гармонійність та узгодженість самовідчуття, що формується на основі ставлення до власної системи цінностей; позитивність оцінок та інтерпретацій власного психоемоційного стану; узгодження поведінкової саморегуляції з ментальними конструкціями; та можливості, які відкриває психоемоційне здоров'я щодо організації успішної, ефективної та адекватної взаємодії із соціальним оточенням.

Показники таких психоемоційних станів, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність в осіб, що займаються медитативними практиками, виразні на низькому рівні. При цьому в даних людей, у порівнянні з тими, хто не є долученим до медитативних практик, спостерігається достовірно нижчий рівень внутрішньої психоемоційної напруги, знервованості, неспроможності знайти спокій та почуттєву рівновагу; переживань, пов'язаних з неможливістю задовольнити власні потреби, вирішити поставлені завдання, або досягти висунутих цілей; ворожнечі, метою якої є заподіяння шкоди іншим людям; та стану, пов'язаного з нездатністю до оперативної перебудови власних психологічних ресурсів у відповідності до вимог мінливих обставин.

В осіб, що займаються медитативними практиками, спостерігається помірна виразність позитивності ментального здоров'я, при тому, що за даним показником вони достовірно переважають людей, які до цих практик не є долученими, - що проявляється у характерній для них вищій мірі задоволеності життям, позитивності фізичного та емоційного стану, спроможності отримувати насолоду від життєдіяльності, впевненості у власних силах, врівноваженості та емоційної стабільності.

Для осіб, що займаються медитативними практиками, у порівнянні з тими, хто не є долученими до них, спостерігається відсутність пов'язаності з агресивністю

таких складових психоемоційного здоров'я, як оцінка та інтерпретація власного психоемоційного стану, узгодження поведінкової саморегуляції з ментальними конструкціями, можливості, які надає психоемоційне здоров'я щодо організації успішної, ефективної та адекватної взаємодії із соціальним оточенням, фрустрація, ригідність та ментальне здоров'я. Крім того, даних осіб відрізняє незалежність соціально-визначального компоненту психоемоційного здоров'я та агресивності.

Для осіб, що до медитативних практик не є долученим, характерне поєднання всіх складових даного феномену в один єдиний комплекс, в той час як для людей, що займаються медитаціями, характерна виразна диференціація відчуттів, що стосуються внутрішніх переживань, та тих відчуттів, що ґрунтуються на інформації, отримуваній ззовні.

ВИСНОВКИ

1. Психоемоційне здоров'я людини – це складна характеристика її психічного та психологічного функціонування, що передбачає наявність трьох компонентів: 1) психоемоційного здоров'я як такого, або, по-іншому, - «ядерного» психоемоційне здоров'я, яке включає емоційну та нервово-психічну стійкість, адекватність емоційних проявів та відповідність психоемоційного функціонування людини оптимальному орієнтиру; 2) психоемоційних станів як індикаторів психоемоційного здоров'я, за якими можна визначити його рівень; 3) психологічної складової психоемоційного здоров'я, тобто, ментального здоров'я – характеристики, що відповідає за афективну складову відчуття особистістю щастя та благополуччя; за її спроможність приймати та усвідомлювати власні переживання; за здатність до ефективного додання ситуацій, що провокують стрес, тривогу та інші негативні збурення. Медитативні практики – це різновид ментальної активності особистості, спрямований на досягнення унікального, особливого, специфічного стану свідомості в рамках реалізації духовно-морального та загального ментального оздоровлення. На сьогоднішній день існують різні підходи до класифікації медитативних практик, - зокрема, виділяють медитацію усвідомленості, трансцендентальну медитацію, медитацію концентрації уваги, йогу та ряд інших. При цьому науковці одностайно підкреслюють корисний ефект від медитації для психоемоційного здоров'я людини, що проявляється, зокрема, у зниженні стресу, депресивності та тривоги, у покращенні емоційного інтелекту та когнітивних здібностей, у зростанні спроможності людини боротися із залежною поведінкою та в ряді інших позитивних проявів.

2. Особи, що займаються медитативними практиками, мають вищий за середній рівень виразності показників психоемоційного здоров'я, - зокрема, таких його складових, як аксіологічна, когнітивно-афективна, конативно-інструментальна та соціально-орієнтовна. При цьому, дані люди, у порівнянні з тими, хто не займається медитативними практиками, демонструють достовірно вищу гармонійність та узгодженість самовідчуття, що формується на основі ставлення до власної системи цінностей; позитивність оцінок та інтерпретацій власного

психоемоційного стану; узгодження поведінкової саморегуляції з ментальними конструкціями; та можливості, які відкриває психоемоційне здоров'я щодо організації успішної, ефективної та адекватної взаємодії із соціальним оточенням.

3. Показники таких психоемоційних станів, як тривожність, фрустрація, агресивність та ригідність в осіб, що займаються медитативними практиками, виразні на низькому рівні. При цьому в даних людей, у порівнянні з тими, хто не є долученим до медитативних практик, спостерігається достовірно нижчий рівень внутрішньої психоемоційної напруги, знервованості, неспроможності знайти спокій та почуттєву рівновагу; переживань, пов'язаних з неможливістю задовольнити власні потреби, вирішити поставлені завдання, або досягти висунутих цілей; ворожнечі, метою якої є заподіяння шкоди іншим людям; та стану, пов'язаного з нездатністю до оперативної перебудови власних психологічних ресурсів у відповідності до вимог мінливих обставин.

4. В осіб, що займаються медитативними практиками, спостерігається помірна виразність позитивності ментального здоров'я, при тому, що за даним показником вони достовірно переважають людей, які до цих практик не є долученими, - що проявляється у характерній для них вищій мірі задоволеності життям, позитивності фізичного та емоційного стану, спроможності отримувати насолоду від життєдіяльності, впевненості у власних силах, врівноваженості та емоційної стабільності.

5. Для осіб, що займаються медитативними практиками, у порівнянні з тими, хто не є долученими до них, спостерігається відсутність пов'язаності з агресивністю таких складових психоемоційного здоров'я, як оцінка та інтерпретація власного психоемоційного стану, узгодження поведінкової саморегуляції з ментальними конструкціями, можливості, які надає психоемоційне здоров'я щодо організації успішної, ефективної та адекватної взаємодії із соціальним оточенням, фрустрація, ригідність та ментальне здоров'я. Крім того, даних осіб відрізняє незалежність соціально-визначального компоненту психоемоційного здоров'я та агресивності. Також виявлено і особливості у структурній організації складових психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками. Так, якщо для тих, хто до

даних практик не є долученим, характерне поєднання всіх складових даного феномену в один єдиний взаємопов'язаний комплекс, то людям, які займаються медитаціями, притаманна виразна диференціація відчуттів, що стосуються внутрішніх переживань, та тих відчуттів, що ґрунтуються на інформації, отримуваній ззовні.

Отже, на основі отриманих результатів ми маємо підстави говорити про те, що гіпотеза нашого дослідження була повністю підтверджена.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васильченко О. М., Зубенко М.В. Медитативні практики як техніки роботи із стресовими станами особистості. *Вчені записки університету "КРОК". Серія : Економіка*. 2021. Вип. 3. С. 189-194.
2. Галдецька І. Д., Золотарьова О. А., Крупська О. О., Олексюк Т. В., Романенко Ю. П., Сергієнко А. В., Сергієнко Т. А., Трінька І. С., Шведін Р. М., Корнієнко О. Г. Особиста безпека людини: вплив катастроф і воєн на психічне здоров'я особистості та суспільства. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2013. Вип. 40. С. 342-349.
3. Гончар Ю. О. Різні підходи до вивчення емоційної сфери та особливості емоційного розвитку дітей. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2015. № 4. С. 51-56.
4. Джеджеря О. В. Емоції та емоційні переживання як предмет наукового дослідження: історичний аспект. *Психологія: реальність і перспективи*. 2013. 2. С. 63-67.
5. Зубенко М. В., Васильченко О. В. Медитативні практики як психофізіологічний, етнокультурний та психотерапевтичний феномен. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку: матеріали II Міжнародної конференції (20 листопада 2020 р.)*. Частина 2. Київ : ВНЗ «Університет економіки та права «КРОК», 2020. С. 153-154.
6. Квасній Л. Г., Мураль В. Я., Баланда Н. О. Вплив війни на фізичне та психічне здоров'я населення. *Суспільство та національні інтереси*. 2024. № 5. С. 27-35.
7. Кириленко Т. Емоційна сфера особистості: вектори вивчення. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія*. 2018. Вип. 1. С. 26-30.
8. Кічук А. В. Психологічна ресурсність як основа психоемоційного здоров'я особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2020. № 3. С. 92-98.
9. Кічук А. В. Психологічний супровід зміцнення психоемоційного здоров'я студентів: про один із підходів до набуття ознак конструктивності. *Габітус*.

2023. Вип. 46. С. 85-89.
10. Кобель І. Г. Як духовність та релігійність можуть впливати на психічне здоров'я нечуючих людей: огляд зарубіжної літератури. Актуальні питання корекційної освіти. *Педагогічні науки*. 2017. Вип. 9(1). С. 98-112.
 11. Кочарян О. С., Півень М. А. Особливості організації емоційної сфери особистості з різним рівнем емоційної зрілості. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія: Психологія*. 2014. № 1110, Вип. 55. С. 27-31.
 12. Кузнецова А.В., Губарева Д.В., Чумаченко О.Ю., Паламарчук М.О., Шепелла В.Ю. Медитація та її вплив на психологічний стан особистості. *Наукові інновації та передові технології*. 2024. №6 (34). С. 1590-1602.
 13. Лазуренко О. О. Психологічний аналіз основних напрямків дослідження емоційної сфери. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка Національної АПН України. Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2012. Т. 24, ч. 5. С. 83-93.
 14. Лантух А., Гульбс О., Лантух І., Тишакова Л. Здоров'я людини в дискурсі її психоемоційного стану. *Педагогічні інновації: ідеї, реалії, перспективи*. 2022. Вип. 1. С. 97-104.
 15. Полілуєва І.В. Основні підходи до аналізу закономірностей емоційно-вольової регуляції діяльності людини. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2016. Вип. 53. С. 186-194.
 16. Прошукало І.Л. Основні підходи до вивчення проблеми психологічного здоров'я особистості в науковій літературі. *Вісник післядипломної освіти. «Серія «Соціальні та поведінкові науки»*. 2019. Випуск 9(38). С. 55-72.
 17. Ревуцький З. Я. Медитативні практики в психотерапії психосоматичних розладів. *Український вісник психоневрології*. 2006. Т. 14, вип. 2. С. 74-77.
 18. Романчук О. І. Майндфулнес-орієнтована КПТ – новий ефективний метод попередження рецидиву депресії. *НейроNews*. 2012. № 3. С. 40-45.
 19. Саннікова О. П. Емоційність у структурі особистості. Одеса: Хорс, 1995. 334 с.
 20. Христюк О. Л. Сучасні виміри психологічної практики: майндфулнес-підхід.

Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2018. №1. С. 153-161.

21. Чебикін О., Кічук А. Дослідження взаємозв'язку особливостей психоемоційного здоров'я з даними життєдіяльності у молоді. *Наука і освіта.* 2022. № 1. С. 22-29.
22. Ярощук М. В. Релігійність та емоційно-почуттєва сфера особистості: теоретико-емпіричне дослідження. *Психологічні перспективи.* 2017. Вип. 29. С. 360-369.
23. Andrade C., Tavares M., Soares H., Coelho F., Tomás C. Positive Mental Health and Mental Health Literacy of Informal Caregivers: A Scoping Review *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022. 19(22). P. 152-176.
24. Bastin P., Bastard M., Rossel L., Melgar P., Jones A., et al. Description and Predictive Factors of Individual Outcomes in a Refugee Camp Based Mental Health Intervention (Beirut, Lebanon). 2013. 8(1). P. 541-557.
25. Cohen M. A systemic approach to understanding mental health and services. *Social Science & Medicine.* 2017. 191. P. 1-8.
26. Erikson E.H. *Childhood and Society.* New York: Norton, 1950. 448 p.
27. Freud S. The Ego and the Id. In J. Strachey et al. (Trans.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Volume XIX. London: Hogarth Press. 1923. P. 12-66.
28. Fromm E. *The Fear of Freedom* (2nd ed.). Routledge, 2001. 272 p.
29. Gottsdanker J. S. A synergistic approach to community psychology through a community human relations program. *Professional Psychology.* 1975. 6(3). P. 310-318.
30. Graham H., Martin S. Narrative descriptions of miyo-mahcihoiyan (physical, emotional, mental, and spiritual well-being) from a contemporary néhiyawak (Plains Cree) perspective. *Int J Ment Health Syst.* 2016. 10 (58). P. 55-71.
31. Hölzel B.K., Lazar S.W., Gard T., Schuman-Olivier Z., Vago D.R., Ott U. How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on Psychological Science.* 2011.

- T. 6, No 6. P. 537-559.
32. Jacoba M. Long-term cognitive impairments in kidney transplant recipients: impact on participation and quality of life. *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2022. 38. P. 27-49.
 33. James W. The principles of psychology, Vol. 1. Henry Holt and Co, 1890. 1393 p.
 34. Jung C.G. Yoga and the West. In: Collected works. London: Routledge Kegan Paul, 1969. 523 p.
 35. Kabat-Zinn J. An Outpatient Program in Behavioral Medicine for Chronic Pain Patients Based on the Practice of Mindfulness Meditation: 43 Theoretical Considerations and Preliminary Results. *General Hospital Psychiatry*. 1982. Vol. 4. P. 33-47.
 36. Kearney D.J., Malte C.A., McManus C., Martinez M.E. Loving-Kindness Meditation for Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study: Loving-Kindness Meditation for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*. 2013. No 4. P. 426-434.
 37. Kok B.E., Coffey K.A., Cohn M. A. How Positive Emotions Build Physical Health: Perceived Positive Social Connections Account for the Upward Spiral Between Positive Emotions and Vagal Tone. *Psychological Science*. 2013. No 7. P. 1123-1132.
 38. Lowen A. Love And Orgasm. New York: Macmillan Publishing Co, 1975. 303 p.
 39. Luthans F. Positive Psychological Capital in the Workplace. *A Quarterly Refereed Journal of Dialogues on Education*. 2022. 11 (3). P. 167-183.
 40. Lutz A., Slagter H.A., Dunne J.D., Davidson R.J. Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*. 2008. No 4. P. 163-169.
 41. Maslow A. H. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943. 50. P. 370-396.
 42. May R. The Meaning of Anxiety. N.Y. : Pocket Books. 2019. 549 p.
 43. Perls F.S., Hefferline R.E., Goodman P. Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality. Dell, New York, 1951. 561 p.
 44. Rogers C. R. Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*. 1975. 5(2). P. 2–10.

45. Rosenwein B., Cristiani R. *What is the History of Emotions?* Cambridge: Polity, 2018. 163 p.
46. Ryff C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. 57(6). P. 1069-1081.
47. Schaefer J.D., Caspi A., Belsky D.W., Harrington H., Houts R., Horwood L. J., Hussong A., Ramrakha S., Poulton R., Moffitt T. E. Enduring mental health. *Prevalence and prediction*. 2017. 126(2). P. 212-224.
48. Vivekananda S., Jung C.G. *Yoga in the West*. Strategic Book Publishing, 2023. 720 p.
49. Wren-Lewis S., Alexandrova A. Mental Health Without Well-being. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*. 2021. Volume 46, Issue 6. P. 684-703.
50. Wright K., Rosenbaum S., Furzer B. Mental health and illness. *Exercise Management for Referred Medical Conditions*. 2022. pp. 447-475.

Анотація

Сухорецька О. - Особливості психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками

Робота присвячена дослідженню особливостей таких складових психоемоційного здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками, як «ядерне» психоемоційне здоров'я, ментальне здоров'я та характер особистісного функціонування, що визначається на основі станів тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності.

В рамках емпіричного дослідження відбувався порівняльний аналіз осіб, що займаються медитативними практиками (зокрема, динамічними медитаціями, дихальними медитаціями, звуковими медитаціями та медитативним малюванням), та тих, хто не має досвіду долучення до таких практик, за показниками, отриманими на основі методики «Діагностика психоемоційного здоров'я особистості», Опитувальника станів тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність та Шкали позитивного ментального здоров'я. Крім того, проведено вивчення особливостей взаємозв'язку складових психоемоційного здоров'я в осіб, що займаються медитативними практиками.

За результатами дослідження встановлено, що в цілому психоемоційне здоров'я осіб, що займаються медитативними практиками, є достовірно більш високим, ніж в тих, хто не має досвіду долучення до таких практик. Крім того, виявлено, що для людей, які медитують, характерне більш виразне диференціювання відчуттів, що стосуються внутрішніх переживань, та тих відчуттів, що ґрунтуються на інформації, отримуваній із зовнішнього середовища.

Ключові слова: психоемоційне здоров'я, ментальне здоров'я, складові психоемоційного здоров'я, тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність, медитативні практики, медитація.

Summary

Sukhoretska O. – The psycho-emotional health features of persons, engaged in meditative practices

The work is devoted to the study of the features of such components of psycho-emotional health of persons engaged in meditative practices, such as "nuclear" psycho-emotional health, mental health and the nature of personal functioning, which is determined on the basis of states of anxiety, frustration, aggressiveness and rigidity.

As part of the empirical study, a comparative analysis of persons engaged in meditative practices (in particular, dynamic meditations, breathing meditations, sound meditations, and meditative drawing) and those who do not have experience of engaging in such practices was carried out, according to the indicators obtained on the basis of the "Diagnostics of the individual psycho-emotional health", Questionnaire of states anxiety, frustration, aggressiveness, rigidity and Scale of positive mental health. In addition, the peculiarities of the relationship between the components of psycho-emotional health in persons engaged in meditative practices were studied.

According to the results of the study, it was found that in general, the psycho-emotional health of people engaged in meditative practices is significantly higher than that of those who have no experience of engaging in such practices. In addition, it was found that people who meditate are characterized by a more expressive differentiation of sensations related to internal experiences and those sensations based on information received from the external environment.

Key words: psycho-emotional health, mental health, components of psycho-emotional health, anxiety, frustration, aggressiveness, rigidity, meditative practices, meditation.