

ЗДОБУТКИ УКРАЇНСЬКОЇ ПСИХОЛОГІЇ ЗА ВОЄННИЙ ЧАС ТА ЦІНА, ЯКУ ВОНА ПЛАТИТЬ ЗА ЦЕ

*Збірник матеріалів
Всеукраїнського наукового круглого столу
(20 травня 2025 року)*





**Національна академія педагогічних наук України
Інститут психології імені Г. С. Костюка
Лабораторія загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця
Лабораторія психології особистості ім. П. Р. Чамати**

ЗДОБУТКИ УКРАЇНСЬКОЇ ПСИХОЛОГІЇ ЗА ВОЄННИЙ ЧАС ТА ЦІНА, ЯКУ ВОНА ПЛАТИТЬ ЗА ЦЕ

*Збірник матеріалів
Всеукраїнського наукового круглого столу
(20 травня 2025 року)*



Київ – 2025

Друкується за ухвалою Вченої ради Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України (протокол №8 від 26.06.2025 року).

Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це / Збірник матеріалів Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 20 травня 2025 року) / за ред. С. Д. Максименка, В. В. Турбан. – Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025. 107 с.

Редакційна колегія:

Максименко С. Д., дійсний член НАПН України, доктор психологічних наук, професор; **Турбан В. В.**, докторка психологічних наук, професорка; **Сердюк Л. З.**, докторка психологічних наук, професорка; **Бугайова Н. М.**, кандидатка психологічних наук, старша наукова співробітниця.

До збірника увійшли матеріали щорічного Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу «Здобутки української психології за воєнний час та ціна, яку вона платить за це» (м. Київ, 20 травня 2025 року). На науковому круглому онлайн-столі обговорювалися такі основні питання: незламність та тенденції становлення й розвитку особистості у воєнний час; провідні напрямки досліджень у психології при профілактиці та доланні довготривалого стресу в житті людини; аспекти психологічної допомоги особистості в кризових ситуаціях; саморозвиток і самореалізація особистості у процесі сучасної життєдіяльності. Рекомендації щодо впровадження результатів Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу полягають у підвищенні обізнаності науковців, викладачів і аспірантів щодо використання системного підходу під час організації й здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціально-психологічних служб. Цей підхід дає можливість трактувати реабілітацію як цілісну діяльність, що володіє певними функціональними ознаками та охоплює конкретно визначені компоненти.

Збірник адресований фахівцям-психологам науковцям та практикам, викладачам закладів вищої освіти, педагогам та вихователям, докторантам, аспірантам та студентам.

Матеріали опубліковано в авторській редакції. Відповідальність за достовірність викладеного матеріалу покладено на авторів статей. Думки авторів можуть не збігатися з позицією редколегії.

© Автори статей, 2025

© Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2025

© Бугайова Н. М., дизайн, макет, 2025

З М І С Т

Турбан В. В.	ВІЙНА ЯК ДОСЛІДНИЦЬКИЙ ВИКЛИК І МОЖЛИВІСТЬ: МІЖНАРОДНА ІНТЕГРАЦІЯ УКРАЇНСЬКОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ЕТИЧНІ РИЗИКИ «КАПІТАЛІЗАЦІЇ ТРАВМИ»	7
Березіна О. О.	ТРИВОЖНІСТЬ, ЯК СИМПТОМ ВТОРГНЕННЯ ВІЙНИ В ПСИХІКУ ЛЮДИНИ	10
Бугайова Н. М.	ВИКОРИСТАННЯ AR В РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	15
Вернік О. Л.	СУЧАСНИЙ ІНФОРМАЦІЙНИЙ ПРОСТІР ЯК ПРОБЛЕМА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ОСОБИСТОСТІ	19
Волошин В. М.	ДЕКОМПРЕСІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	21
Гейко Є. В.	ГІПНОЗ: ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ НЕЙРОНАУКИ	24
Гомонюк В. О.	ГРУПОВА ЗГУРТОВАНІСТЬ, СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ТА ДУХОВНІСТЬ ЯК УМОВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	29
Данко Д. В.	ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ МОЛОДІ В КРИЗОВО-ТРАНСФОРМАЦІЙНІЙ СИТУАЦІЇ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА	32
Луньов В. Є.	ОСВІТНЄ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ: НЕВИЗНАЧЕНІСТЬ, САМООСВІТА ТА “НОРМАЛЬНІСТЬ ПІД СИРЕНАМИ”	35
Мельник О. А.	ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ВІЙНИ	38
Москаленко В.В.	АКТИВНЕ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ, САМОЕФЕКТИВНІСТЬ І ПОЗИТИВНА ПЕРЕОЦІНКА ДОСВІДУ ЯК МЕХАНІЗМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ	40
Овчаренко В. В.	ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ: УКРАЇНСЬКИЙ КОНТЕКСТ ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД	43
Пастушенко В.С.	ТРАНСФОРМАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ УКРАЇНСЬКОГО ПСИХОЛОГА В УМОВАХ ЗАТЯЖНОЇ КРИЗИ	54
Родченкова І.В.	СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ НА ПТСР ЗАСОБАМИ ГІПНОТЕРАПІЇ ТА ПСИХОАНАЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ	58

Скальська Л.О., Горбачов В. О.	ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ВІЙСЬКОВИХ І ВЕТЕРАНІВ: ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ УКРАЇНСЬКИХ ФАХІВЦІВ У ПЕРІОД ВІЙНИ _____	62
Сльот М. О.	СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ МОЛОДІ В ПРОЦЕСІ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ВТРАТ І ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ _____	66
Солодчук С. Є.	РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ І ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ: ДВА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ НЕГАРАЗДІВ _____	70
Терещук А. Д.	АФЕКТИВНА ПОВЕДІНКА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК НАСЛІДОК ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ _____	74
Ткач Б. М.	ХРОНІЧНИЙ СТРЕС, НЕВИЗНАЧЕНІСТЬ ТА КОГНІТИВНЕ ВИСНАЖЕННЯ: НЕЙРО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ У ВОЄННИЙ ЧАС _____	76
Торжевська Н.Р.	СИМПТОМИ ДИСТРЕСУ, ВИКЛИКАНОГО ГЕНДЕРНОЮ НЕВІДПОВІДНІСТЮ ТА МЕТОДИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ _____	79
Турбан В. В.	СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІЙНИ: ЕМПІРИЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОФІЛЬ УРАЗЛИВИХ ГРУП _____	84
Хоптій А. Г.	РЕЗИЛІЄНТНІСТЬ ЯК КЛЮЧОВА КАТЕГОРІЯ СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ПСИХОЛОГІЇ: ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧНИЙ ВИМІР _____	87
Чудакова В. П.	ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБИСТОСТІ В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ, У ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ ТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ, РОЗВИТКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ, ЗДАТНОСТІ ДО ШВИДКОЇ АДАПТАЦІЇ І ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ _____	91

Турбан В.В.,

*докторка психологічних наук, професорка,
завідувачка лабораторії загальної психології
та історії психології імені В.А. Роменця
Інституту психології імені Г.С. Костюка
НАПН України,
м. Київ, Україна*

**ВІЙНА ЯК ДОСЛІДНИЦЬКИЙ ВИКЛИК І МОЖЛИВІСТЬ:
МІЖНАРОДНА ІНТЕГРАЦІЯ УКРАЇНСЬКОЇ ПСИХОЛОГІЇ
ТА ЕТИЧНІ РИЗИКИ «КАПІТАЛІЗАЦІЇ ТРАВМИ»**

Актуальність дослідження. Повномасштабна війна зробила український досвід травми, адаптації та резиліентності об'єктом посиленої уваги світової наукової спільноти. Українські психологи задіяні в численних міжнародних проектах, що вивчають психічне здоров'я цивільних, військових, студентів, дослідників, а також феномени надії, моральної травми й міжгенераційних наслідків війни [1–4]. З одного боку, це відкриває безпрецедентні можливості для розвитку української психології, формування потужних доказових баз і впливу на глобальний дискурс. З іншого – постає етичне питання «ціни» такої інтеграції: ризик інструменталізації травматичного досвіду населення, перевантаження респондентів і фахівців, асиметрій у доступі до ресурсів і результатів.

Виклад основного матеріалу. За короткий час були створені масштабні панельні та крос-секційні дослідження, що фіксують динаміку стресу, тривоги, депресії, копінг-стратегій і психосоціальних ресурсів серед різних груп українців [1–3]. Ці проекти реалізуються у співпраці з університетами Європи, Північної Америки та Азії, використовують сучасні цифрові платформи, стандартизовані опитувальники й методи статистичного аналізу.

Для української психології це означає вихід на світовий рівень доказовості та участь у формуванні міжнародних рекомендацій щодо реагування на війни й гуманітарні кризи. Паралельно розвиваються крос-країнові дослідження, які порівнюють рівні дистресу, надії, резиліентності та довіри в Україні та інших країнах, залучених до підтримки чи постраждалих від воєн [4].

Це дозволяє не лише описувати унікальність українського контексту, а й виявляти універсальні та специфічні фактори адаптації, будувати більш тонкі моделі впливу політичних, культурних і соціальних чинників на психічне здоров'я.

Значний внесок українських психологів спостерігається в дослідженнях ПТСР і моральної травми серед цивільних і комбатантів [3; 5].

Ці роботи демонструють, що моральна травма — порушення базових моральних орієнтирів через досвід насильства, безсилля, зради — є важливим предиктором довгострокових психічних наслідків війни.

У поєднанні з дослідженнями міжгенераційної травми [6] це формує основу для прогнозування віддалених наслідків війни та розробки превентивних стратегій для дітей і молоді. Водночас активна дослідницька діяльність пов'язана з низкою етичних ризиків.

Часті опитування вразливих груп (переселенців, осіб, що пережили обстріли, втрати чи тортури) можуть призводити до повторної травматизації, особливо якщо не забезпечено механізмів зворотного зв'язку та доступу до допомоги.

Існує також ризик «капіталізації травми», коли дані, отримані від українських учасників, використовуються переважно для кар'єрного зростання й наукового капіталу закордонних інституцій, а результати, протоколи й ресурси не повертаються в український професійний простір.

Окреслені виклики зумовлюють нагальну потребу в етичних та партнерських стандартах міжнародних досліджень: участь українських фахівців у плануванні дизайну й розподілі ресурсів, обов'язкове забезпечення маршруту допомоги для учасників досліджень, відкритий доступ (або принаймні пріоритетний доступ) українських інституцій до результатів, а також розвиток локальних дослідницьких центрів, здатних виступати рівноправними партнерами.

Висновки

1. Українська психологія у воєнний час стає важливим гравцем на глобальній науковій арені, формуючи унікальні емпіричні бази й моделі розуміння війни, травми, резиліентності та надії.

2. Міжнародна інтеграція відкриває значні можливості для розвитку галузі, але супроводжується етичними ризиками інструменталізації травми й нерівноправних дослідницьких відносин.

3. Майбутнє української психології залежить від здатності поєднати наукову відкритість та міжнародну співпрацю з чіткими етичними стандартами, захистом учасників досліджень і посиленням спроможності національних інституцій.

Список використаних джерел

1. Kurapov A., Kalaitzaki A., Keller V., Danyliuk I., Kowatsch T. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1134780.
2. Kurapov A., Danyliuk I., Loboda A. et al. Six months into the war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1190465.
3. Zasiakina L., Zasiakin S., Kuperman V. Post-traumatic Stress Disorder and Moral Injury Among Ukrainian Civilians During the Ongoing War. *Journal of Community Health*. 2023. P. 1–9. DOI: 10.1007/s10900-023-01225-5.
4. Esbit S., Kaim A., Kimhi S. et al. Hope and Distress: A Cross-Country Study Amid the Russian-Ukrainian War. *Stress and Health*. 2025. Vol. 41. DOI: 10.1002/smi.70033.
5. Pavlova I., Graf-Vlachy L., Petrytsa P., Wang S., Zhang S. Early evidence on the mental health of Ukrainian civilian and professional combatants during the Russian invasion. *European Psychiatry*. 2022. Vol. 65. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2022.2335.
6. Limaj E., Yaroshenko O., Melnychuk N., Moskalenko O., Chung J. The trauma of war: implications for future generations in Ukraine (comparison with the Eastern European countries that were at war at the end of the 20th century). *International Journal of Environmental Studies*. 2023. Vol. 81. P. 111–124. DOI: 10.1080/00207233.2023.2267388.
7. Polyvianaia M., Yachnik Y., Fegert J. et al. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. *BMC Psychiatry*. 2025. Vol. 25. DOI: 10.1186/s12888-025-06654-1.
8. Pinchuk I., Yachnik Y., Goto R., Skokauskas N. Mental health services during the war in Ukraine: 2-years follow up study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2025. Vol. 19. DOI: 10.1186/s13033-025-00667-9.

Березіна О. О.,
кандидатка психологічних наук,
наукова кореспондентка Інституту психології
імені Г. С. Костюка НАПН України,
м. Київ, Україна

ВПЛИВ ТРИВОЖНОСТІ НА ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ ОСОБИСТОСТІ

Останнім часом, у зв'язку з різкими змінами в житті суспільства, інтерес до вивчення тривожності істотно збільшився. Війна посилила емоційні переживання та підвищила рівень тривожності серед населення.

Існують суттєві відмінності між особистісною тривожністю (те, що притаманне людині, незалежно від особливостей ситуації) і ситуативною (яка виникає на основі взаємодії людини з навколишнім світом).

Ситуаційну тривожність визначають як тимчасову емоційну реакцію, що включає почуття страху і напруги. Особистісна тривожність є індивідуальною рисою, яка визначає ймовірність появи тривоги у людини, що опинилася в стресовій ситуації.

Тривожність є природною і обов'язковою особливістю активної особистості. Існує оптимальний індивідуальний рівень корисної тривоги, але підвищений рівень тривожності є суб'єктивним проявом неблагополуччя особистості.

Для ситуативної тривожності характерні суб'єктивні переживання напруги, нервування, заклопотаності. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і він може бути різним по силі та по дії у часі.

Для особистості з особистісною тривожністю конструктивним являється занижена мотивація тривожності. Це підвищує активність і сприяє досягненню високого результату дій.

Спонукає до пошуку і конкретизації небезпеки активного дослідження ситуації, для визначення загрозливого фактору. У цій ситуації важливо, щоб була вмотивованість на досягнення успіху.

Таблиця 1

Характеристика особистісної та ситуативної тривожності для встановлення елементів посттравматичного зростання

Параметри	Особистісна тривожність		Ситуативна тривожність	
Як проявляється	Виникає в різних життєвих ситуаціях людина відчуває загрозу в будь яких діях та сприймає їх як несприятливі і небезпечні. Така людина менш контактна з оточуючими та сприймає середовище як вороже та таке, що лякає		Виникає конкретній ситуації коли оцінюється складна і значуща діяльність, або очікувана оцінка. Для неї характерні суб'єктивні емоційні хвилювання: напруга, нервування, заклопотаність та ін.	
Причини	За Спілбергером особистісна тривожність — це стійка схильність людини сприймати загрозу своєму "Я" в різних ситуаціях і реагувати на ці ситуації підвищенням ситуативної тривожності		Ситуативна тривожність, це реакція людини на соціально-психологічні стресори. Вона виявляється у випадках очікування негативних подій, безпосередньо агресію до себе, побоюваннями втрати близької людини, матеріальних цінностей, роботи.	
Результат	Конструктивний		Деструктивний	
	Із заниженою мотивацією тривожність людини підвищує активність і сприяє досягненню	-агресія; - надмірна залежність; - занижена самооцінка; - похмурий песимізм	Висока відповідальність та серйозний підхід до вирішення проблем.	- порушення вищих психічних функцій; -напруга, -заклопотаність, -нервозність,

	високого результату. Спонукає: до пошуку і конкретизації небезпеки; активно-го дослідження ситуації для визначення загрозливого фактору	- високий рівень активності; -невпевненість у собі. При високій мотивації тривожність знижує рівень активності і прагнення до високих результатів.		- почуття страху перед тим, що загрожуює невдачею, - неможливість прийняти рішення. Висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.
--	---	--	--	---

Слід зазначити, що тривога виконує певні функції – захисна, пристосувальна функція, спонукання до діяльності, та функція оцінки ситуації, що склалася.

Коли людина аналізує свої відчуття та пошук джерела тривоги, через функцію спонукання до дії, вироблюється пошук діяльності, що спонукає до зменшення тривоги.

З. Фрейд та Р. Мей вважали, що велику роль в формуванні особистості відіграє тривога. Вони відрізняли тривогу як сигнал (нормальну, екзистенційну тривогу) як патологію (невротичну тривогу), та вважали що тривожність і страх, більшою мірою, є спонуканням на дії, а також підкреслювали, що тривога може бути конструктивною и стати потужним рушієм дій і розвитку особистості, а не лише деструктивним станом. З. Фрейд пов'язував тривогу з внутрішніми конфліктами та витісненням.

Р. Мей розглядав екзистенційну тривогу як невід'ємну частину людського буття і свободи, що і спонукає особистість до самопізнання та автентичності. При цьому надмірну у тривогу відносив до паралізуючої реакції, що виникає через уникнення екзистенційних питань. Р. Мей наголошував, що подолання тривоги веде до зростання особистості, автентичності та самореалізації.

Тривожність є одним з головних факторів як у розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), так і в механізмах посттравматичного зростання (ПТЗ)

Тривожність, з одного боку, може викликати порушення адаптації, викликаючи уникнення стресових ситуацій, комунікативні проблеми, депресивні стани.

З іншого боку, усвідомлення тривожності та її подолання сприяють інтеграції психотравматичного досвіду, що був пережитий, у загальний життєвий досвід людини, що стає рушієм глибинних змін, переоцінки власних цінностей, сприяє розвитку стійкості, що, у підсумку призводить до позитивних трансформацій особистості та її посттравматичному зростанню. При цьому посттравматичне зростання означає не подолання симптомів, а свідчить про наявність позитивних змін, які виникли після травми.

Таким чином високий рівень тривоги може значно посилювати симптоми ПТСР, що проявляється у гіперзбудженні, появі флешбеків, кошмарів, соціальній ізоляції та уникненні тригерів, що поглиблює дезадаптацію й перешкоджає активізації роботи захисних механізмів психіки та посттравматичному зростанню.

Вміння контролювати тривожність та власні емоції веде до переосмислення життєвих пріоритетів та ситуації, що психотравмує, зміцнює внутрішні ресурси особистості, сприяє емоційній регуляції та, через подолання, сприяє її посттравматичному зростанню.

Терапія тривожності із застосуванням EMDR, КПТ та віртуальної реальності у експозиційній терапії (VR) допомагають інтегрувати травму та піднятися на якісно новий рівень функціонування та осмислення світу і своєї ролі у ньому.

Ознаками посттравматичного зростання є:

1. Змінення життєвих пріоритетів.
2. Відчуття власної сили та стійкості.
3. Підвищення емпатії.
4. Поглиблення комунікативних стосунків.
5. Виникнення нових можливостей.
6. Духовний розвиток.

Висновки. Тривожність є однією із складових особистісного зростання. Якщо тривожність є надмірною то вона викривлює сприйняття особистістю будь якої ситуації, як вкрай загрозової. Якщо тривога не є надмірною і є контрольованою, вона здатна стати каталізатором особистісного зростання у посттравматичний період. Підвищення тривоги є спонуканням до дій, що дозволяють подолати ситуацію, у який тривога виникає та знайти конструктивні рішення для її вирішення.

Список використаних джерел

1. Freud S. Hemmung, Symptom und Angst. Neuausgabe, LIWI Verlag, LIWI Literatur- und Wissenschaftsverlag. Göttingen 2020. 60 Seiten
2. May R. The Meaning Of Anxiety Gebundene Ausgabe – 26. Mai 2012.

Бугайова Н. М.,
кандидатка психологічних наук,
старша наукова співробітниця,
провідна наукова співробітниця
лабораторії загальної психології
та історії психології ім. В. А. Роменця
Інституту психології
імені Г. С. Костюка НАПН України,
м. Київ, Україна

ВИКОРИСТАННЯ AR В РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ-УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Віртуальна реальність (англ. Virtual reality — VR) і доповнена реальність (англ. Augmented Reality — AR) — технології, що поєднують цифровий і реальний світи. Обидві ці реальності використовуються в реабілітаційній діяльності військових, проте вони мають істотні відмінності.

Віртуальна реальність імітує середовище, що дозволяє взаємодіяти з віртуальними об'єктами за допомогою технічних пристосувань — гарнітури, рукавичок, окулярів доповненої реальності тощо.

Віртуальна реальність широко використовується в терапії. Це імерсивне середовище, оскільки повністю занурює користувача в цифровий світ, створюючи ефект присутності.

Доповнена реальність об'єднує цифрові елементи з реальним світом, що покращує сприйняття навколишнього світу і розширює можливості взаємодії з ним за допомогою цифрових технологій. Фактично доповнена реальність використовує накладення віртуальних об'єктів на реальний світ, інтегруючи цифрові зображення, відео текстову або графічну інформацію з частинами фізичного світу.

Доповнена реальність не передбачає повного занурення в цифрове середовище. Використання доповненої реальності можливе за допомогою смартфонів, планшетів або окулярів доповненої реальності. Ці пристрої дозволяють взаємодіяти в AR з цифровим контентом у режимі реального часу.

У корекційних підходах до реабілітації AR та VR є спільні риси та від-

мінності.

Корекційні підходи VR-терапії (терапії за допомогою віртуальної реальності) представлені у схемі №1.

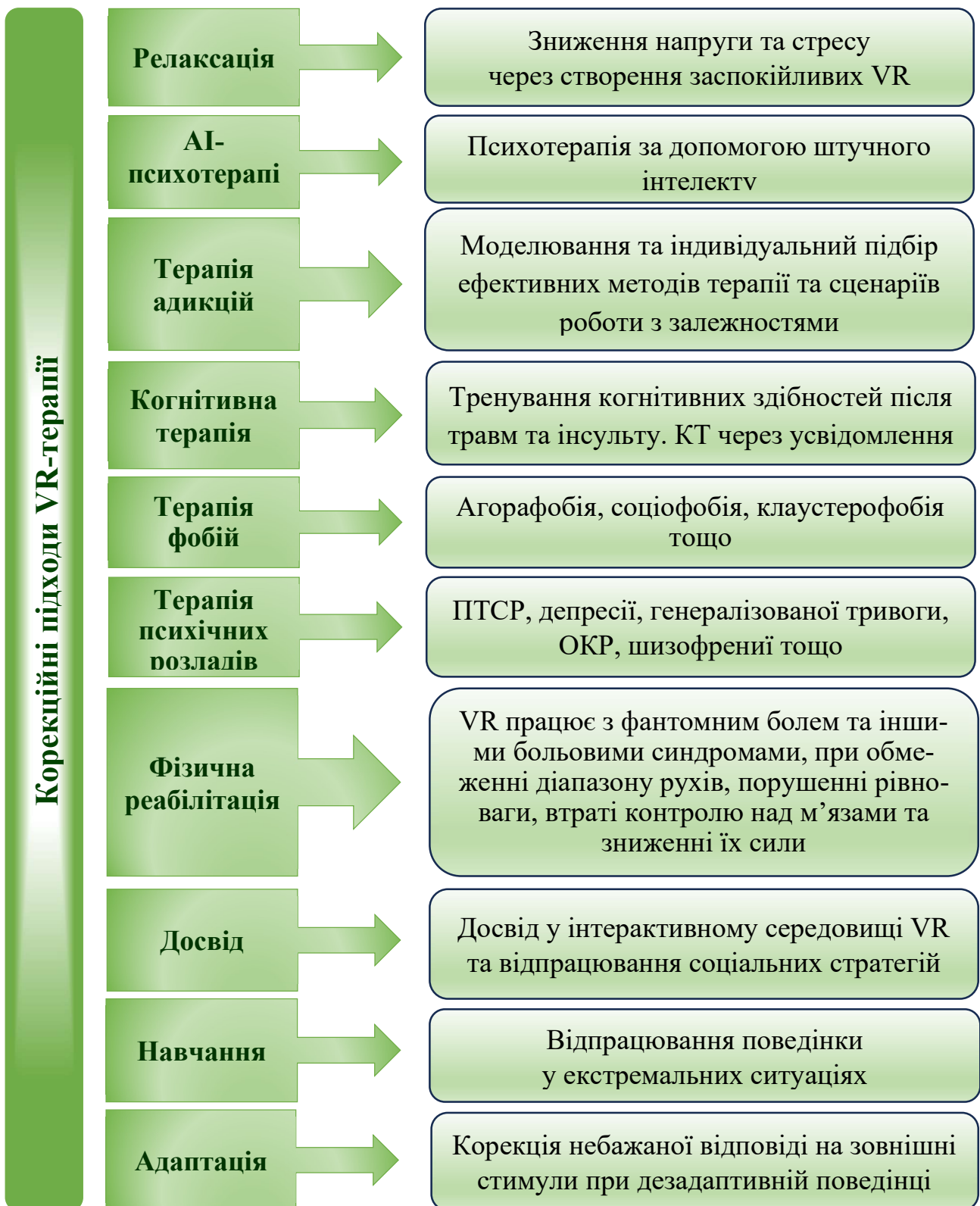


Схема 1. Корекційні підходи VR-терапії

Основна функція доповненої реальності — це поліпшення взаємодії користувача з навколишнім середовищем у реальності, що існує.

Технології доповненої реальності також використовуються в охороні здоров'я і дозволяють створити додаткове середовище для вирішення питань реабілітації та навчання, накладаючи діагностичну та навчальну інформацію на об'єкти фізичного світу.

Доповнена реальність широко застосовується для відновлення рухових навичок після поранень.

Корекційні підходи AR-терапії (терапії за допомогою віртуальної реальності) представлені у схемі №2.



Схема 2. Корекційні підходи AR-терапії

AR-додатки дозволяють накладати цифрову інформацію у вигляді даних і графіків на реальні рухи пацієнта, коригуючи їх дії. Наприклад, при роботі з протезами, AR може відстежувати амплітуду рухів або їх силу. Також AR, доповнюючи реальність, робить процес реабілітації більш комфортним і ефективним.

Також AR покращує взаємодію і координацію різних профільних фахівців, що істотно покращує роботу медичних, реабілітаційних та інших служб, дозволяючи фокусуватися на персоналізованому лікуванні та результатах. Це створює сприятливі умови для розробки та застосування індивідуального підходу в лікуванні та реабілітації пацієнтів

Переваги віртуальної та доповненої реальностей полягають у тому, що вони:

1. Створюють контрольоване, комфортне та безпечне середовище для реабілітації.
2. Мають ігровий підхід до вправ та психологічного процесу реабілітації.
3. Посилюють мотивацію.
4. Сприяють психологічному та фізичному відновленню.
5. Покращують адаптацію.

Віртуальна реальність (VR) і доповнена реальність (AR) мають свої переваги і застосовуються залежно від цілей і завдань, які стоять перед фахівцем.

Доповнена та віртуальна реальності за рахунок роботи в контрольованому середовищі, розширюють можливості фахівців, що працюють з ПТСР, болем, тривогою, фобіями тощо. Це створює нові можливості для реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Вернік О. Л.,
*кандидат психологічних наук,
старший науковий співробітник,
старший науковий співробітник лабораторії
загальної психології та історії психології ім. В. А. Роменця
Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України,
м. Київ, Україна*

СУЧАСНИЙ ІНФОРМАЦІЙНИЙ ПРОСТІР ЯК ПРОБЛЕМА ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

Щодня сучасна доросла людина, громадянин України, зіштовхується з дедалі більшим потоком інформаційних повідомлень. На їх споживання фактично переорієнтовано умови сучасного повсякдення: у транспорті, інших публічних просторах – відео- й графічна реклама на екранах і білбордах, у торговельних центрах – безперервна аудіореклама.

Від нав'язливого, мимовільного контенту люди зазвичай відволікаються, перемикаючись на «добровільне» споживання через сервіси у персональних гаджетах, які, по можливості, мінімізують надлишковий текст. Цю потребу задовольняють, зокрема, Instagram, TikTok і YouTube (у т. ч. Reels).

З іншого боку, вимушене постійне включення у значну сукупність різних спільнот та необхідність невідкладного вирішення виробничих чи-то побутових питань, які постійно поточно з'являються, передбачає актуальне реагування на вхідні повідомлення та бажання поділитися власними думками / переживаннями / спостереженнями / здобутками з іншими. Для цього у персональних гаджетах пропонуються месенджери (Вайбер, Телеграм, ВотсАп, Сигнал, Х й ін.).

Ще, з іншого боку, нікуди не зникало бажання орієнтуватися у поточних подіях в світі. Для чого також пропонуються 24 на 7 безмежна кількість служб офіційних і неофіційних новин.

У вказаних умовах надсильного інформаційного перевантаження виникають тенденції до погіршення психологічного і суб'єктивного благополуччя, до хронічної втоми, що негативно впливає на ментальне і психічне здоров'я, значно знижується рівень критичності в оцінці вхідних повідомлень.

Якщо ж ми додамо до вищенаведеного ще й поточні умови війни, в яких проти України в її суспільному інформаційному просторі методично, постійно і цілеспрямовано проводяться ворожі інформаційно-психологічні операції, спрямовані на підриг державного суверенітету та територіальної цілісності, то ситуація, вважаємо, межує з критичною.

Її ускладнюють ще й внутрішні чинники, такі як, погіршення соціально-економічного становища, ознаки боротьби за владу, що трансюються через ЗМІ того чи іншого підпорядкування, постійне перебування у невизначеності навіть найближчого майбутнього тощо, тобто загальне об'єктивне зниження рівня благополуччя.

Отже, констатуємо значну кількість чинників негативних впливу на особистісний інформаційний простір, який, в умовах агресивного навколишнього інформаційного середовища, часто не усвідомлюється людиною. Це закладає передумови для загального зниження рівня ментального здоров'я і благополуччя.

Волошин В. М.,
кандидат психологічних наук,
провідний науковий співробітник
лабораторії загальної психології
та історії психології ім. В. А. Роменця
Інституту психології імені Г. С. Костюка
НАПН України,
м. Київ, Україна

ДЕКОМПРЕСІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Категорія клієнтів

Діючі військовослужбовці, які потребують декомпресії. Групи формуються за принципом одного підрозділу, роду військ або бригади. Декомпресія проводиться окремо від сімей, оскільки емоційна інтеграція спілкування з рідними може знижувати готовність до виживання в бойових умовах.

Виявлені проблеми

Хронічна втома, порушення сну, флешбеки, важкі спогади, переживання втрат (товаришів, цивільних), суїцидальні думки. Додатково – сімейні проблеми, які накопичилися за час служби. Усе це впливає на бойову ефективність і психічний стан.

Особливості роботи

Декомпресія – це структурована програма з чіткими рамками, розпорядком дня та правилами.

Вказівки надаються в наказовій формі: «Група о 09:00 у залі №3». Інакше військові не виконують.

Розпорядок дня розписаний і поширений заздалегідь. Включає час підйому, заняття, їжу, відпочинок, відбій. Правила чіткі, санкції за порушення – передбачені, особливо за вживання алкоголю. Алкоголь – під заборобою, вільний доступ виключений.

Середовище: тихе, без галасливих груп відпочиваючих, особливо чоловіків – це тригерить.

Психологи, які проводять декомпресію, повинні мати досвід роботи з військовими, уміти задавати жорсткі рамки та вести групу всередині них. Постійний супервізійний супровід обов'язковий.

На початку та в кінці програми – тестування (наприклад, шкали тривоги, депресії, ПТСР), щоб оцінити ефективність.

Програма поділена на два етапи:

1. Стабілізація та розвантаження: тілесна терапія, біосугестивна терапія (БСТ), техніки з когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) і арттерапії (АТ).

2. Активізація бойового функціонування (останні дні): практичні навички – домедична допомога на полі бою, ППД під час бою з відео, засвоєння ЗУН (знань, умінь, навичок). Налаштування на повернення в зону бойових дій. Попередження: після декомпресії можливе тимчасове погіршення стану при поверненні в частину.

Психоедукація – ключовий елемент. Теми:

➤ *Бойовий стрес і його вплив на організм:* чому виникають симптоми, що відбувається з тілом і мозком.

➤ *Ресоціалізація:* типові проблеми при поверненні в суспільство, страхи, адаптація.

➤ *Залежності:* алкоголь, тютюн, їхній вплив на психіку та боєздатність.

Рекомендації для спеціалістів, які взаємодіють з військовими:

Не питати: «Що було найважче?», «Скільки вбивали?», «Як ти це пережив?», «Як бачити поранення?».

Не казати: «Треба вже цю війну закінчувати, ми втомилися», «Прийдеш – знайдеш іншу (дружину, дівчину)».

Такі фрази травмують, демотивують, руйнують довіру.

Рекомендації для психологів:

Задавати чіткі рамки з першого дня. Надавати вказівки в наказовій формі. Забезпечити тишу, безпеку, відсутність тригерів. Формувати групи за бойовим принципом. Проводити тестування на вході й виході. Останні дні – активізація, а не розслаблення. Попереджати про можливе погіршення стану після повернення. Декомпресія з сім'ями – некоректна.

Рекомендації для військових (самодопомога):

Використовувати техніки саморегуляції: дихання (4-7-8, тактичне), тілесні вправи, розтяжки, техніки з уявою (безпечне місце). Дбати про сон, їжу, гігієну.

Регулярно контактувати з психологом – навіть коротко. *Стежити за психікою, як за зброєю*: чистити, перевіряти, не ігнорувати «збої».

Декомпресія – не є просто відпочинком, це перехідний місток між бойовим станом і короткою паузою. Чіткість, структура, безпека – основа. Без рамок – немає ефекту. Програма працює, коли військовий виходить не розслабленим, а зарядженим, усвідомленим і готовим.

Гейко Є.В.,

*докторка психологічних наук,
професорка, професорка кафедри практичної психології
Центральноукраїнського державного університету
імені Володимира Винниченка
(ORCID 0000-0002-2386-9679)
(Web of Science Researcher ID: AAK-7192-2020)*

ГІПНОЗ: ІСТОРІЯ ТА СУЧАСНЕ УЯВЛЕННЯ НЕЙРОНАУКИ

Зіставимо сторінки історії гіпнозу, щоб виокремити досягнення та хибні уявлення науковців, котрі практикували та продовжують практикувати цей метод.

1. Жан-Мартін Шарко (1825-1893): гіпноз як неврологічний феномен.

Здобутки: введення гіпнозу в медичну науку. Жан-Мартін Шарко, знаний невролог, вперше надав гіпнозу статусу легітимного медичного явища; він досліджував гіпноз крізь призму істерії. Він описав три стадії гіпнозу в пацієнтів з істерією: каталепсію, летаргію та сомнамбулізм. Використання гіпнозу в діагностиці та лікуванні нервових розладів. Жан-Мартін Шарко застосовував гіпноз для вивчення механізмів істерії та спробував використовувати його для полегшення симптомів.

Помилки та обмеження: прив'язування гіпнозу лише до істерії. Жан-Мартін Шарко вважав, що гіпнотизувати можна лише пацієнтів з істерією, що згодом спростували Іпполіт Бернгейм та Еміль Куе. Вчений розглядав гіпноз як стан, схожий на нервові розлади, що обмежувало його терапевтичне застосування. Гіпноз згодом віддалився від неврологічної концепції Жана-Мартіна Шарко, коли його учні усвідомили, що гіпнотичний стан можливий і у психічно здорових людей.

2. Нансійська школа (Іпполіт Бернгейм, Еміль Куе): гіпноз як навіювання.

Здобутки: гіпноз як явище навіювання. Іпполіт Бернгейм відкинув концепцію Жана-Мартіна Шарко та запропонував ширше розуміння гіпнозу як стану підвищеної навіюваності. Іпполіт Бернгейм довів, що гіпноз доступний більшості людей, а не лише пацієнтам з істерією; розвиток концепції самонавіювання. Еміль Куе ввів поняття «позитивних афірмацій», стверджуючи, що повторення переконань може викликати бажані зміни у психіці.

Помилки: зведення гіпнозу до навіювання. Нансійська школа звела гіпноз до простого процесу вербального впливу, не враховуючи несвідомі процеси; ігнорування глибинних психодинамічних факторів. На відміну від наступних підходів, Нансійська школа не розглядала внутрішні особистісні конфлікти. Хоча цей підхід значно спростив гіпноз та зробив його доступним, він не пояснював складніших психічних процесів, що згодом було виправлено психоаналізом.

3. Зигмунд Фройд та психоаналітичний підхід (1890-1910): гіпноз та не-свідоме (1890-1910).

Здобутки: використання гіпнозу для доступу до несвідомого. Зигмунд Фройд використовував гіпноз для виявлення витіснених спогадів; розвиток катарсису. Гіпноз допомагав пацієнтам згадати та пережити травматичні події, що сприяло полегшенню симптомів (наприклад, при істерії); формування психоаналізу. Згодом Зигмунд Фройд відмовився від гіпнозу на користь методу вільних асоціацій, але його гіпнотичні експерименти дали поштовх розвитку психоаналізу.

Помилки: розчарування в гіпнозі. Зигмунд Фройд зіткнувся з тим, що деякі пацієнти чинили опір гіпнозу або не входили в глибокий стан, що спонукало його відмовитися від методу. Зигмунд Фройд вважав, що гіпноз дає тимчасові результати, але не усуває корінь проблеми. Попри відмову Зигмунда Фрейда, його ідеї про несвідоме згодом стали основою для глибинної гіпнотерапії.

4. Мілтон Еріксон (1901-1980): ера еріксонівського гіпнозу.

Здобутки: розробка методу непрямого навіювання. На відміну від директивного підходу, Мілтон Еріксон використовував метафори, історії та парадоксальні техніки; робота з опором. Мілтон Еріксон не боровся з опором пацієнтів, а використовував його в терапевтичних цілях; застосування гіпнозу для лікування залежностей, депресії та фобій.

Помилки: відсутність суворих наукових стандартів. Методи Мілтона Еріксона були інтуїтивними та не завжди перевірялися; еріксонівський гіпноз справив величезний вплив на психотерапію, ставши основою сучасної гіпнотерапії.

5. Дейв Елман (1900-1967): розвиток медичного гіпнозу.

Здобутки: розробка технік швидкого гіпнозу. Метод Дейва Елмана дозволяв:

- навести гіпноз у пацієнта за 3-5 хвилин;
- застосування гіпнозу в хірургії та стоматології;
- створення методу регресивного гіпнозу для опрацювання дитячих травм.

Помилки: зосередження на швидкості. Іноді гіпноз Дейва Елмана був поверхневим, недостатньо глибоким для роботи з травмою; техніки й досі використовуються, особливо в медичному гіпнозі.

6. Сучасна гіпнотерапія (1980-2025): науковий підхід.

Здобутки: підтвердження ефективності гіпнозу за допомогою нейровізуалізації (МРТ, ЕЕГ); використання гіпнозу в лікуванні ПТСР, хронічного болю та онкології; розвиток когнітивно-поведінкового гіпнозу (гіпноз + КПТ).

Жан Беккіо (XXI століття).

•**Медичний гіпноз:** Жан Беккіо використовує гіпноз у хірургії, анестезії та лікуванні болю.

•**Наукові дослідження гіпнозу:** вивчення змін у мозку під час гіпнозу.

Концепція Жана Беккіо «Техніки Активування Свідомості» (ТАС) – це сучасний підхід до гіпнозу, що базується на останніх досягненнях нейронауки та клінічної психології. На відміну від традиційних методів, ТАС робить акцент на активній ролі свідомості пацієнта у терапевтичному процесі, використовуючи зосереджену увагу та переспрямування свідомості для досягнення терапевтичних цілей.

Основні принципи ТАС:

1. Активування свідомості: Замість введення пацієнта в глибокий транс, ТАС прагне зберегти активний та усвідомлений стан, в якому пацієнт бере активну участь у терапевтичному процесі.

2. Зосередження уваги: Методи ТАС спрямовані на перенаправлення та інтенсифікацію уваги пацієнта, що дозволяє більш ефективно працювати з його внутрішніми ресурсами та переживаннями.

3. Психосоматичний підхід: ТАС визнає важливість тіла в психотерапевтичному процесі, використовуючи тілесні відчуття та рухи як частину терапії.

4. Використання даних нейронауки: Методологія ТАС базується на сучасних дослідженнях мозку, що дозволяє більш точно та ефективно застосовувати техніки гіпнозу в клінічній практиці.

Жан Беккіо детально описує ці підходи у своїй книзі «Що нового в гіпнозі: Техніки Активування Свідомості», яка також містить історії реальних пацієнтів та вправи для самостійної практики.

На відміну від традиційних методів, ТАС робить акцент на активній ролі свідомості пацієнта у терапевтичному процесі, використовуючи зосереджену увагу та перенаправлення свідомості для досягнення терапевтичних цілей.

Досягнення нейронауки в сучасній гіпнотерапії: Сучасні дослідження нейронауки значно розширили наше розуміння гіпнозу та його впливу на мозок:

•**Функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ):** Дослідження з використанням фМРТ показали, що під час гіпнозу активуються певні ділянки мозку, пов'язані з увагою, усвідомленням та контролем болю.

Девід Шпігель, доктор медичних наук, ад'юнкт-професор психіатрії та поведінкових наук у Стенфордському університеті, директор Центру інтегративної медицини в Медичній школі Стенфордського університету та директор Центру стресу та здоров'я, зазначає, що гіпноз – це особлива форма активності мозку, яка включає високу концентрацію, дисоціацію та відкритість до навіювання, а також здатність регулювати сприйняття. Останні дані фМРТ демонструють функціональний зв'язок між мережею виконавчого контролю та мережею вираженості у людей з високою гіпнабельністю.

Гіпнотичний стан включає зниження активності в передній поясній корі, важливій частині мережі вираженості, збільшення зв'язності між лівою дорсолатеральною префронтальною корою, ключовою частиною мережі виконавчого контролю, та інсулою, яка відповідає за зв'язок розуму і тіла та відчуття болю, та збільшення зв'язності між дорсолатеральною префронтальною корою та мережею пасивного режиму роботи, яка відповідає за самоаналіз.

Гіпнотична здатність зосереджувати увагу та контролювати сприйняття має безпосереднє клінічне застосування, зокрема, в управлінні болем та тривогою. Рандомізовані клінічні випробування продемонстрували реальну ефективність гіпнозу у зниженні болю, тривоги, соматичних ускладнень та медичних процедур. Інші дослідження показали, що гіпноз ефективний у зменшенні хронічного болю у онкохворих. Крім того, було продемонстровано ефективність технік гіпнозу у контролюванні різних нервово-м'язових розладів та ПТСР.

Гіпноз – це ефективна навичка, що базується на функціонуванні мозку, якій можна легко навчитися для боротьби з різними психологічними та соматичними проблемами.

•**Електроенцефалографія (ЕЕГ):** Дані ЕЕГ показують зміни в мозкових ритмах під час гіпнозу, особливо в альфа- та тета-діапазонах, що відображає стан підвищеної концентрації та розслаблення.

•**Нейронні зв'язки:** Спостерігається посилення взаємодії між різними нейронними мережами, зокрема між мережею виконавчого контролю та мережею

значущості. Це сприяє підвищенню навіюваності та здатності зосереджувати увагу в гіпнотичному стані.

•**Генетичні дослідження:** Деякі дослідження вказують на те, що регулярна практика гіпнозу та медитації може впливати на експресію генів, пов'язаних зі стресом та імунною функцією.

Висновки: Історія гіпнозу демонструє шлях від експериментального методу до науково обґрунтованої терапії. Помилки минулого (обмежені погляди Жана-Мартіна Шарко, відмова Зигмунда Фрейда, інтуїтивність Мілтона Еріксона) призвели до переосмислення підходів.

Сучасна гіпнотерапія поєднує в собі досягнення всіх етапів, залишаючись потужним інструментом у психології та медицині. Концепція Жана Беккіо «Техніки Активування Свідомості» (ТАС) – це сучасний підхід до гіпнозу, що базується на останніх досягненнях нейронауки та клінічної психології.

Гомонюк В. О.,
науковий співробітник
лабораторії вікової психофізіології
Інституту психології
імені Г.С. Костюка НАПН України,
м. Київ, Україна

ГРУПОВА ЗГУРТОВАНІСТЬ, СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ТА ДУХОВНІСТЬ ЯК УМОВИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Актуальність дослідження. Військова служба завжди має колективний характер: бої ведуться у складі підрозділу, травма переживається в спільному досвіді, а повернення додому відбувається на тлі стосунків із родиною, побратимами та спільнотами. Тому психологічне благополуччя й посттравматичне зростання (ПТЗ) військовослужбовців неможливо розглядати лише як індивідуальний феномен. Міжнародні дослідження підтверджують, що групова згуртованість, соціальна підтримка та релігійно-духовні ресурси є ключовими факторами посттравматичного благополуччя серед військових і ветеранів [1–4]. В українських умовах, де бойовий досвід переплітається із переміщенням родин, втратами, тривалою небезпекою, ці чинники набувають особливої ваги.

Виклад основного матеріалу. Якісні та кількісні дослідження елітних військових підрозділів (зокрема спеціальних сил) показують, що високий рівень групової згуртованості – відчуття взаємної довіри, «плеча побратима», безпеки в підрозділі – асоціюється не лише з нижчими показниками ПТСР, а й із більш виразним ПТЗ у доменах міжособистісних стосунків, духовної глибини та відчуття життєвої місії [1]. Військові, які бачать свій підрозділ як «другу сім'ю» і мають досвід взаємної підтримки в боях, частіше повідомляють про переоцінку пріоритетів, посилення відповідальності й смислу служби.

Соціальна підтримка родини й цивільного оточення відіграє не менш важливу роль. Лонгітюдні дані показують, що підтримка партнера, прийняття військового досвіду, відсутність стигматизації психічних розладів у родині пов'язані з кращими показниками адаптації й вищим рівнем ПТЗ у ветеранів, зокрема у

сферах «нові можливості» та «цінування життя» [2; 3]. Навпаки, сімейні конфлікти, нерозуміння та очікування «швидкого повернення до довоєнної нормальності» підвищують ризик хронічного дистресу й загострення ПТСР.

Окремий вимір посттравматичного благополуччя – духовність і релігійність. Дослідження серед військових різних країн показують, що внутрішня релігійність (усвідомлене, особистісне переживання віри), релігійне подолання (молитва, звернення до вищої сили, довіра Божому промислу) та включеність у релігійну спільноту асоціюються з вищими показниками ПТЗ [3; 4].

Ветерани, які інтерпретують свої переживання через призму духовних смислів, частіше повідомляють про відчуття внутрішньої трансформації, примирення з втратами, переосмислення поняття «служіння».

Значну увагу в сучасних програмах допомоги приділяють структурованим формам групової підтримки – peer-based training, де ветерани допомагають ветеранам. ПТЗ-орієнтовані програми, в яких учасники опрацьовують бойовий досвід у безпечній групі, обговорюють зміни в цінностях і життєвих цілях, демонструють позитивний вплив на психологічне благополуччя, зниження симптомів ПТСР і посилення ПТЗ як у коротко-, так і в довгостроковій перспективі [5].

Для українського контексту перспективним є поєднання групової згуртованості підрозділу, сімейно-центричних програм (робота з подружжям, дітьми), капеланського служіння та ПТЗ-орієнтованих груп ветеранів, інтегрованих у систему військової психосоціальної підтримки.

Висновки:

1. Психологічне благополуччя та посттравматичне зростання військово-службовців є результатом взаємодії індивідуальних і колективних чинників, серед яких провідну роль відіграють групова згуртованість, соціальна підтримка та духовно-релігійні ресурси.

2. Позитивний потенціал цих чинників реалізується за умови відсутності стигматизації психічних розладів, визнання досвіду військового та створення безпечних просторів для обговорення травматичних подій.

3. Українська система допомоги військовим має розвивати інтегровані моделі підтримки, що поєднують роботу з підрозділом, родиною, ветеранськими спільнотами та капеланською службою, орієнтуючись на підсилення ПТЗ, а не лише на зниження симптомів.

Список використаних джерел

1. Park J., Lee J., Kim D., Kim J. Posttraumatic growth and psychosocial gains from adversities of Korean special forces: a consensual qualitative research. *Current Psychology*. 2021. Vol. 42. P. 10186–10199. DOI: 10.1007/s12144-021-02308-z.
2. Canning L., Davis J., Prindle J. et al. Military sexual trauma, childhood trauma, and combat trauma: Associations with longitudinal posttraumatic growth among U.S. Veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*. 2024. DOI: 10.1037/tra0001810.
3. Kang H., Fischer I., Dickinson S. et al. Posttraumatic Growth in U.S. Military Veterans: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *The Psychiatric Quarterly*. 2023. DOI: 10.1007/s11126-023-10061-8.
4. Distor J., Jacob A. Minitmething Kapayapaan: An Interpretative Phenomenological Analysis of Posttraumatic Growth Among Military Personnel Who Fought in the Marawi Siege. *Social Sciences Development Review*. 2023. DOI: 10.70922/0kbw7r17.
5. Rhodes J., Tedeschi R., Moore B., Alldredge C., Elkins G. Posttraumatic growth-oriented peer-based training among U.S. veterans: evaluation of post-intervention and long-term follow-up outcomes. *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 14. DOI: 10.3389/fpsyg.2023.1322837.
6. Ohunene L., Ohikhuame A., Rafiu Y. Social Support and Resilience as Predictors of Post-Traumatic Growth among Combat-Wounded Soldiers at 44 Nigerian Army Reference Hospital, Kaduna. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*. 2025. Vol. 8, No. 12. DOI: 10.47772/ijriss.2024.8120127.

Данко Д. В.,
*кандидатка педагогічних наук, доцентка кафедри
соціальної медицини та гігієни, ДВНЗ
«Ужгородський національний університет»,
м. Ужгород, Україна*

ПРОБЛЕМА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ МОЛОДІ В КРИЗОВО-ТРАНСФОРМАЦІЙНІЙ СИТУАЦІЇ РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА

Підтримка здоров'язбереження є важливою умовою вітальної, тобто, само-збережувальної поведінки молодої людини. На жаль, останніми роками все частіше спостерігаються негативні тенденції зниження рівня здоров'я молоді. Не останню роль у цьому процесі відіграє недостатня увага до важливості дотримання принципів здорового життя у суспільстві [1, 2].

Відомо, що у визначенні поняття «здорового життя» враховують два відправних чинника – генетичну природу даної людини та її відповідність конкретним умовам життєдіяльності. З цих позицій здоровий спосіб життя є способом життєдіяльності, що відповідає генетично обумовленим типологічним особливостям людини, конкретним умовам життя, і спрямований на формування, збереження та зміцнення здоров'я та на повноцінне виконання людиною її соціально-біологічних функцій.

При цьому акцент робиться на індивідуалізації поняття, тобто за наявності основоположних рекомендацій щодо побудови здорового способу життя у кожної людини вона має бути суто індивідуальною, мати власні специфічні особливості.

Так, у розробці програми здорового способу життя для кожної людини необхідно враховувати як її типологічні особливості (тип темпераменту, морфофункціональний тип, що переважає, механізми вегетативної нервової регуляції тощо), так і віково-статеву приналежність, національність і соціальну обстановку, в якій вона живе, сімейне положення тощо.

Крім того, у вихідних посилках важливе місце повинні займати особистісно-мотиваційні особливості молоді, її життєві орієнтири.

Провідні положеннями, які лежать в основі здорового способу життя молоді:

- активним носієм здорового способу життя є конкретна людина як суб'єкт та об'єкт своєї життєдіяльності та соціального статусу;
- у реалізації здорового способу життя людина виступає у єдності своїх біологічного та соціального початку;
- в основі формування здорового способу життя лежить особистісно-мотиваційна установка молодої людини на втілення своїх соціальних, фізичних, інтелектуальних та психічних можливостей та здібностей;
- здоровий спосіб життя є найбільш ефективним засобом та методом забезпечення здоров'я, первинної профілактики хвороб та задоволення життєво важливої потреби у здоров'ї.

Важливим аспектом здоров'язбереження є психологічне здоров'я молоді.

Термін «психічне здоров'я» неоднозначний, він пов'язує дві галузі – медичну і психологічну.

В останні десятиліття на перетині медицини та психології виникла особлива наукова галузь – психосоматична медицина, в основі якої лежить розуміння того, що будь-яке соматичне порушення завжди так чи інакше пов'язане із змінами психічного стану.

У свою чергу, психічні стани стають головною причиною соматичного захворювання або поштовхом, що веде до хвороби. Іноді особливості психіки впливають на перебіг хвороби, іноді фізичні недуги викликають психічні переживання і психологічний дискомфорт.

В цілому, здоров'я вітального рівня життєдіяльності характеризується динамічною рівновагою всіх функцій внутрішніх органів, що адекватно реагують на вплив зовнішнього середовища, які прагнуть підтримки гомеостатичного стану всього організму в цілому.

Рівень соціального функціонування молодої людини характеризується складною системою суб'єкт-об'єктних відносин, що містять як суб'єктні, так і об'єктні характеристики.

До суб'єктних характеристик можна віднести закономірності психічної організації молодої людини, які у функціонуванні емоційно-вольової і когнітивних сфер, дають основу формування особистості, інтегрованої ціннісно-моральної системою у світогляді.

Об'єктні характеристики також мають певні закономірності, які мають прояв у суспільних відносинах, заданих нормами культурного середовища, соціальної та державної організаціями чи субкультурними цінностями.

Тому єдиних критеріїв соціальної норми немає, кожне культурне середовище формує свої норми, а показником соціального здоров'я є рівень адаптивності до норм того соціуму, у якому людина живе.

Соціальним імунітетом на суб'єктному рівні є інтеріоризовані суспільні та культурні норми, представлені в структурі цінностей та еталоні міжособистісних відносин, порушення або невиконання яких фруструє людину, виявляючись у зовнішньому чи внутрішньому конфлікті, що викликає тривогу, яка сигналізує про можливість виникнення проблем із соціальним здоров'ям.

Екзистенційний рівень життєдіяльності також має свої критерії та показники здоров'я.

Насамперед, до них можна віднести наявність сенсу життя, що визначає прагнення молоді людини до ідеалу, здійснення яких пов'язане, як правило, з боротьбою ідеалу та дійсності. Екзистенційний ідеал визначається як мета людського існування.

Здоров'я представляється молоді як ресурс, який забезпечує довге і безтурботне життя – у відповідях переважає зовнішня мотивація і лише 5% респондентів вбачають можливість актуалізації свого потенціалу для реалізації себе.

Привертає увагу стереотипність уявлення молоді про здоров'я, яке нав'язується оточенням, засобами масової інформації.

Що стосується респондентів з порушеним здоров'ям, то варто зазначити, що здоров'я вони визначають для себе як запоруку успішної діяльності, хорошої кар'єри та життя взагалі, а не як запоруку довгого безтурботного життя (думка респондентів).

Список використаних джерел

1. Deleuze G., Guattari F. *Anti-Œdipus: Capitalism and Schizophrenia*. New York: Viking Press, 1977.
2. Miquelon P., Vallerand R.J. Goal motives, well-being, and physical health: Happiness and self-realization as psychological resources under challenge. *Motivation and Emotion*, 2006. 30 (4): 259-272.

Луньов В. Є.,
*кандидат психологічних наук, доцент,
провідний науковий співробітник
лабораторії психології навчання
Інституту психології імені Г.С. Костюка
НАПН України,
м. Київ, Україна*

**ОСВІТНЄ ТА ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ
УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ В УМОВАХ ВІЙНИ:
НЕВИЗНАЧЕНІСТЬ, САМООСВІТА
ТА “НОРМАЛЬНІСТЬ ПІД СИРЕНАМИ”**

Актуальність дослідження. Повномасштабна війна суттєво деформувала освітній простір українських студентів, які залишилися в Україні.

Навчання відбувається в умовах постійної небезпеки, повітряних тривог, перебоїв із електропостачанням, вимушених релокацій та хронічного стресу.

Водночас від системи вищої освіти очікують збереження академічної безперервності та якості, а від самих студентів – стійкості й здатності до самоорганізації [1–3].

Це створює парадоксальну ситуацію «нормальності під сиренами», коли освітній процес іде паралельно з загрозою життю, що має потужні наслідки для психологічного благополуччя молоді.

Виклад основного матеріалу. Емпіричні дослідження показують, що освітній процес у закладах вищої освіти відбувається на тлі повітряних тривог, перебування в укриттях, нестабільного електропостачання, гібридних чи повністю онлайн-форматів [1; 2].

Це ускладнює концентрацію уваги, засвоєння матеріалу, планування академічної траєкторії. Відзначається зростання ролі самоосвіти, зокрема використання відкритих онлайн-курсів, автономного опрацювання матеріалу, індивідуальних навчальних планів [1; 3].

Проте така «автономізація» навчання часто супроводжується відчуттям покинутості, браком структурованої підтримки з боку інституцій та викладачів.

Психологічне навантаження студентів включає поєднання навчального стресу, тривоги за життя рідних, невизначеності щодо майбутнього й відчуття відповідальності за власну «корисність» під час війни (волонтерство, допомога ЗСУ, підтримка родини) [2; 4].

Дослідження адаптації студентів у кризових умовах вказують на зростання тривоги, депресивних симптомів, втоми, емоційного виснаження, а також труднощів із мотивацією та регуляцією навчальної діяльності [2; 4].

Окремі дослідження демонструють, що студенти медичних та інших «критичних» спеціальностей часто поєднують навчання з клінічною практикою, волонтерською діяльністю й участю в системі охорони здоров'я, що посилює ризики вигорання та емоційного виснаження [5].

При цьому значна частина молоді продовжує навчання в містах, наближених до зони бойових дій або з регулярними обстрілами, що підвищує рівень небезпеки і формує специфічний профіль хронічного стресу [3; 6].

Попри це, фіксуються й адаптивні тенденції: посилення почуття відповідальності, переоцінка цінностей, зростання суб'єктивної значущості освіти як інструменту майбутнього відновлення країни.

Частина студентів повідомляє про формування навичок саморегуляції, тайм-менеджменту, взаємопідтримки в академічних групах, що частково компенсує негативний вплив невизначеності [2; 4].

Висновки

1. Освітній простір українських студентів в умовах війни характеризується поєднанням фізичної небезпеки, нестабільної інфраструктури та зростання ролі самоосвіти, що створює хронічне навантаження на психічне здоров'я молоді.

2. Психологічне благополуччя студентів істотно порушується через тривогу, депресивні симптоми, емоційне виснаження та невизначеність майбутнього, особливо серед тих, хто навчається в прифронтових або постійно обстрілюваних регіонах.

3. Перспективним напрямом є розроблення цілісних програм підтримки студентів, які поєднують гнучкі освітні формати, психологічний супровід, розвиток навичок самоорганізації та підкріплення мотивації до навчання як частини стратегії відновлення країни.

Список використаних джерел

1. Bondarenko H. Ukrainian Education in Wartime: Challenges and Problems. The Journal of V. N. Karazin Kharkiv National University. Series: History. 2022. No. 62. DOI: 10.26565/2220-7929-2022-62-06.
2. Pantiuk T., Pantiuk M., Pahuta M. et al. Adaptation peculiarities of higher education students in crisis conditions. Society. Integration. Education: Proceedings of the International Scientific Conference. 2023. DOI: 10.17770/sie2023vol1.7081.
3. Mytsyk H., Balaban O., Furmanova T. et al. Where it seems impossible: School education in the occupied and front-line territories of Ukraine. Review of Education. 2025. DOI: 10.1002/rev3.70062.
4. Danyliuk I., Tokhtamysh O. Characteristics of war stress experienced by Ukrainians. Ukrainian Psychological Journal. 2024. No. 1 (21). DOI: 10.17721/upj.2024.1 (21).2.
5. Korda M., Shulhai A., Shevchuk O. et al. Psychological well-being and academic performance of Ukrainian medical students under the burden of war: a cross-sectional study. Frontiers in Public Health. 2025. Vol. 12. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1457026.
6. Nechitailo I. Mental health of the civilians in war conditions: indicators, measurement, prospects for further research (based on the example of the Kharkiv region population). Innovation: The European Journal of Social Science Research. 2025. Vol. 38. P. 269–279. DOI: 10.1080/13511610.2025.2464757.

Мельник О. А.,
докторка психологічних наук,
старша наукова співробітниця,
старша наукова співробітниця
лабораторії загальної психології і
історії психології ім. В. А. Роменця
Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України,
доцентка кафедри загальної психології
КНУ імені Тараса Шевченка
м. Київ, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ВІЙНИ

Психологічна війна не вкладається в рамки прийнятих уявлень про війну. Вона ведеться перед звичайною війною, під час її та після припинення військових дій. Ця війна не спрямована проти співробітників апарату противника. Вона не підкоряється ухваленим законам та правилам війни і не має нічого спільного з такими поняттями, як «поле бою», «бойовий наказ», «бойові дії».

Психологічна війна є тривалим процесом. Успіх чи невдача в ній часто з'ясовується лише через кілька місяців чи навіть років після проведення відповідних операцій. Іноді навіть незначний успіх може бути вирішальним, а невдача, хоч і малопомітна, може спричинити згубні наслідки.

Своєю точністю та визначеністю військова наука завдячує тому, що вона має справу з чітко визначеним предметом – застосування організованого та узаконеного насилля. Офіцер або солдат зазвичай може приступити до виконання свого завдання – використання масового насилля лише тоді, коли це завдання окреслено і схвалено політичною владою і після того, як противника визначено законним та авторитетним розпорядженням.

Психологічна війна у зв'язку з особливим її характером методів та завдань розгортається задовго до початку військових дій. У цій війні противники зазвичай маскують своє справжнє обличчя, прикриваючись ім'ям Батьківщини, Бога, Церкви, користуючись послугами «дружніх засобів масової інформації». Ті, що ведуть психологічну війну, перебувають у досить не простому становищі.

Вони повинні боротися проти військових угруповань та населення противника – ворожої аудиторії, яка сама безпосередньо ніколи не відповідає їм [1] .

Психологічна війна пройшла тривалий етап становлення як одного з засобів впливу на емоційний стан і сприйняття дійсності.

Поняття «психологічна війна» має два основні значення. У розумінні професіоналів, тобто професіоналізм у психологічній війні передбачає *наявність фахівців*, які мають, **по-перше**, наукові знання про її специфіку, а **по-друге**, мають спеціальну підготовку, у тому числі практичний досвід цілеспрямованого психологічного впливу на людей. Дане поняття відображає зміст діяльності спеціальних органів однієї держави, що здійснюють психологічний вплив на цивільне населення та на військовослужбовців іншої держави задля досягнення своїх політичних, а також суто військових цілей.

Психологічна війна проти іноземних держав офіційно ведеться лише з санкції президента, уряду або ради національної безпеки.

Фактично ж у країнах зі слабкою виконавчою владою та загальною зневагою до чинного законодавства психологічна війна здійснюється за допомоги засобів, контрольованих тими чи іншими політичними силами, або фінансово-промисловими транснаціональними групами.

Психологічний вплив може здійснюватися різними методами. Зокрема, власне здійснюючи вплив на свідомість людей через ЗМІ. В такому разі навіюються, пропагуються громадянам вигідні для визначених осіб переконання, погляди, які сприяють розпалу забобонів й зростанню невдоволень. І як результат, у свідомості людей відбувається боротьба мотивів, що нерідко веде до зниження рівня морально-психологічного стану населення та особового складу збройних сил.

Психологічний вплив може також здійснюватися військовими засобами – розміщення на границі військ і ракет, так би мовити демонстрація військової сили.

Для психологічного впливу може використовуватися система торгових та фінансових санкцій, спрямованих на економічний підрив потенційного супротивника. Проте однією з найнебезпечніших сфер психологічного впливу, на думку автора, є вплив, що задіює саме релігійні переконання.

Список використаних джерел

1. Кіндратець О. М. Психологічна війна як елемент гібридної війни. *Науковий журнал «Політичне життя»*. DOI 10.31558/2519-2949.2021.1.10

Москаленко В. В.,
докторка філософських наук,
професорка, головна наукова співробітниця
лабораторії загальної та історії психології
Інституту психології імені Г.С. Костюка
НАПН України,
м. Київ, Україна

**АКТИВНЕ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ, САМОЕФЕКТИВНІСТЬ
І ПОЗИТИВНА ПЕРЕОЦІНКА ДОСВІДУ
ЯК МЕХАНІЗМИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ
У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

Актуальність дослідження. Тривала війна та повторювані ротації створюють ситуацію, коли ветерани стикаються не лише з гострим стресом, а й із хронічним виснаженням ресурсів. Традиційні моделі психічного здоров'я військових зосереджуються переважно на діагностиці та лікуванні ПТСР, депресії, тривоги, ігноруючи потенціал посттравматичного зростання (ПТЗ).

Сучасні дослідження демонструють, що активні стратегії подолання, віра у власну здатність впоратися зі стресом (самоефективність) і позитивна переоцінка травматичних подій є ключовими механізмами ПТЗ у різних військових контингентах [1–4]. Для України це відкриває можливість інтегрувати тренінги копінгу й самоефективності в системи реабілітації та повернення до цивільного життя ветеранів.

Виклад основного матеріалу. Активне подолання стресу включає спрямовані на проблему дії (пошук інформації, планування, залучення підтримки), а також когнітивну переробку досвіду – рефлексію, смислову інтерпретацію, прийняття невідворотних втрат.

Дослідження військовослужбовців, що проходили службу в Іраку й Афганістані, показали, що ПТЗ частіше зустрічається у тих, хто використовує активні копінг-стратегії й демонструє готовність інтегрувати травматичний досвід у власну життєву історію, натомість уникання й румінації пов'язані з гіршими показниками психічного здоров'я [2; 3].

Самоефективність виступає центральною ланкою між травматичним досвідом, посттравматичними симптомами й ПТЗ. У дослідженнях ізраїльських жінок-комбатанток було показано, що саме відчуття власної спроможності впоратися зі стресом частково медіює зв'язок між симптомами ПТСР та ПТЗ: у разі високої самоефективності навіть за наявності виражених симптомів ПТСР ветерани демонструють більш виразне зростання в доменах особистісної сили та нових можливостей [4; 5].

Особистісні чинники – відкритість до досвіду, самоспівчуття, гумор, толерантність до невизначеності – підсилюють ефективність подолання і підвищують ймовірність позитивної переоцінки травми [1; 6].

У дослідженні військових психічного здоров'я, які працюють із випадками несуїцидальної самоушкоджувальної та суїцидальної поведінки, було виявлено, що когнітивна гнучкість, здатність до рефлексії й схильність до смислової інтерпретації страждання асоціюються з більш вираженням ПТЗ [6].

Крім того, у рамках психології праці показано, що якість умов служби («decent work»), доступ до ресурсів і можливостей професійного розвитку може сприяти як зниженню ризику дистресу, так і посиленню ПТЗ, якщо військово-службовець має можливість інтерпретувати свій досвід як значущий і суспільно корисний [7].

Для українських ветеранів це означає критичну роль програм перепідготовки, коучингу кар'єрних траєкторій та психоедукації щодо копінгу й самоефективності.

Висновки:

1. Активні копінг-стратегії (планування, пошук підтримки, смислова рефлексія) у поєднанні з високою самоефективністю та позитивною переоцінкою травматичного досвіду є ключовими механізмами посттравматичного зростання у ветеранів бойових дій.

2. Самоефективність виконує медіаторну роль між посттравматичними симптомами та ПТЗ, дозволяючи трансформувати навіть інтенсивний травматичний досвід у джерело розвитку, за умови належної підтримки.

3. Програми психосоціальної реабілітації українських ветеранів доцільно доповнити модулями тренування копінгу, розвитку самоефективності та навичок позитивної переоцінки, інтегруючи їх у багаторівневі маршрути повернення до служби або цивільного життя.

Список використаних джерел

1. Kondratyuk V., Puchalska-Wasyl M. Posttraumatic growth, resiliency, and basic hope in soldiers fighting in Eastern Ukraine. *Roczniki Psychologiczne*. 2020. Vol. 22, No. 3. P. 213–231. DOI: 10.18290/rpsych.2019.22.3-2.
2. Dyball D., Taylor-Beirne S., Greenberg N., Stevelink S., Fear N. Post-traumatic growth among UK military personnel deployed to Iraq or Afghanistan: data from phase 3 of a military cohort study. *BJPsych Open*. 2022. Vol. 8. DOI: 10.1192/bjo.2022.570.
3. Dyball D., Bennett A., Schofield S. et al. Post-traumatic growth amongst UK armed forces personnel who were deployed to Afghanistan and the role of combat injury, mental health and pain: the ADVANCE cohort study. *Psychological Medicine*. 2022. Vol. 53. P. 5322–5331. DOI: 10.1017/S0033291722002410.
4. Zerach G. Posttraumatic growth among Israeli female combat veterans: The mediating roles of posttraumatic stress symptoms and self-efficacy. *Stress and Health*. 2024. Article e3486. DOI: 10.1002/smi.3486.
5. Zerach G. Constellations of posttraumatic stress symptoms and posttraumatic growth among Israeli female combat veterans: A latent profile analysis approach. *Journal of Clinical Psychology*. 2024. DOI: 10.1002/jclp.23671.
6. Moryosef S., Ben-Ari O. Posttraumatic growth among mental health officers who treat soldiers with non-suicidal self-harm/suicidal behavior: The role of cognitive and personality characteristics. *Military Psychology*. 2024. Vol. 37. P. 318–329. DOI: 10.1080/08995605.2024.2370707.
7. Seol J., Sohn Y., Yoo M., Park Y. Decent Work, Posttraumatic Stress Disorder, and Posttraumatic Growth From the Psychology of Working Perspective: A Three-Wave Study of Military Personnel. *Journal of Career Assessment*. 2023. Vol. 32. P. 26–47. DOI: 10.1177/10690727231163321.
8. LaRocca M., Avery T. Combat Experiences Link with Posttraumatic Growth Among Veterans Across Conflicts: The Influence of PTSD and Depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2020. DOI: 10.1097/NMD.0000000000001147.

Овчаренко В.В.,
*керівник Центру соціально-психологічної допомоги
постраждалим від воєнних конфліктів,
президент Асоціації «Ренесанс Одеси»,
м. Одеса, Україна*

ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ НАСЕЛЕННЯ В УМОВАХ ВІЙНИ: УКРАЇНСЬКИЙ КОНТЕКСТ ТА МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД

1. Вступ. Актуальність

Сучасні військові конфлікти стають не лише викликом для держави у військово-політичній сфері, але й серйозним випробуванням для психічного здоров'я населення.

Тривала війна в Україні призвела до значного зростання рівня стресу, а також до тривожних та депресивних розладів серед цивільних і військових.

Психоемоційна напруга, втрата близьких, вимушене переселення та постійна небезпека – все це формує глибокі психологічні травми, які впливатимуть на суспільство роками.

Актуальність теми обумовлена необхідністю комплексного підходу до психологічної допомоги постраждалим, залученням немедикаментозних методів реабілітації, а також вивченням міжнародного досвіду, зокрема, уроків, отриманих після тривалих конфліктів у інших країнах.

У таких умовах надзвичайно важливим стає впровадження ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації, які дозволять зменшити негативні наслідки війни як для окремих людей, так і для суспільства в цілому.

2. Психологічні наслідки тривалого військового конфлікту

Дослідження свідчать, що під час затяжних конфліктів в організмі людей відбуваються гормональні зміни, а саме, підвищується рівень кортизолу, гормону стресу, що при хронічному впливі може призводити до емоційного вигорання, проблем зі сном, когнітивних розладів та психосоматичних захворювань [1].

Тривалі військові дії також призводять до масштабних змін у психоемоційному стані суспільства.

За даними ВООЗ, у країнах, що пережили багаторічні війни, від 20% до 30% населення мають симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії або тривожних розладів [2].

В Україні, за оцінками Міністерства охорони здоров'я, кількість людей із психологічними наслідками війни вже перевищує 7 мільйонів, включаючи військових, цивільних, дітей і підлітків. Найпоширеніші прояви:

- ПТСР (нічні кошмари, флешбеки, гіперзбудження);
- тривожні розлади (панічні атаки, постійне відчуття загрози);
- депресія (апатія, зниження мотивації, суїцидальні думки);
- психосоматичні симптоми (головний біль, порушення роботи серця, шлунку, тощо).

Додатковим чинником є хронічний стрес, що підтримується постійним потоком негативних новин, нестабільністю майбутнього та невизначеністю.

Підвищений рівень кортизолу в таких умовах негативно впливає на імунну систему, когнітивні функції й емоційний стан. Важливим є не лише лікування наявних розладів, а й профілактика їх розвитку, що вимагає системної роботи як на рівні державних інституцій, так і громадських ініціатив.

3. Досвід Югославії та його значення для України

Розглядаючи сучасні підходи до психологічної підтримки в Україні, важливо також враховувати міжнародний досвід. Приклад Югославії демонструє, як тривалі військові конфлікти можуть змінювати структуру суспільства та впливати на його психологічний стан. Порівняння цих двох випадків дозволяє виявити ефективні стратегії та методи вирішення проблем.

Війна на Балканах (1991–2001 рр.) супроводжувалася етнічними конфліктами, руйнуванням інфраструктури та масовими переміщеннями населення.

Досвід тривалого військового конфлікту в колишній Югославії показав, що психоемоційний стан населення змінюється не лише під час бойових дій, але й багато років після їх завершення.

Після завершення бойових дій у більшості країн, що утворилися на місці Югославії, було розгорнуто багаторівневу систему психологічної та соціальної підтримки:

- групова психотерапія для ветеранів та їхніх родин;
- програми для дітей та підлітків, що зазнали травматичних подій;
- арт-терапія та музикотерапія для зниження рівня тривожності;
- центри соціально-психологічної допомоги у кожному регіоні;

➤ реабілітаційні табори для цивільних, які пережили втрату житла чи родичів.

Дослідження показали, що країни, які інвестували у відновлення психологічного здоров'я, зменшили рівень соціальної напруги та насильницької злочинності. Проте там, де реабілітаційні програми були обмеженими, зберігалися високі показники депресій, залежностей та міжетнічної ворожнечі.

Для України цей досвід важливий з кількох причин:

1. Тривалі наслідки: навіть після перемоги значна частина населення матиме психологічні травми.

2. Потреба в комплексній реабілітації: необхідне поєднання медичних, психологічних і соціальних заходів.

3. Фактор єдності: у збереженні цілісності країни велике значення має психологічний захист населення, адже в Югославії одним із чинників розпаду була втрата суспільної єдності.

Порівняльний аналіз психологічної реабілітації в умовах довготривалого конфлікту: Україна та Югославія

Досвід довготривалого воєнного конфлікту в Югославії мав значний вплив на психоемоційний стан суспільства.

Проводилась багаторічна робота з населенням, спрямована на зниження рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР), відновлення соціальної взаємодії та збереження культурної ідентичності (Klaric et al., 2008).

В Україні, починаючи з 2022 року, активно впроваджуються програми психологічної підтримки, але з урахуванням особливостей сучасного суспільства та фактору єдності як важливого ресурсу для перемоги у війні, тому необхідно зберігати психологічний захист населення (Міністерство охорони здоров'я України, 2023).

Таблиця 1

Порівняння психологічної реабілітації в Україні та Югославії

Параметр	Україна (2022–2025)	Югославія (1991–2001)
Тривалість конфлікту	3+ роки (станом на 2025 р.)	10 років
Основні психологічні проблеми	ПТСР, тривожність, депресія, втрата близьких, соціальна дезадаптація	ПТСР, депресія, агресія, соціальна дезадаптація

Методи реабілітації без медикаментів	Арттерапія, музикотерапія, спортивні програми, робота з дітьми та батьками, підтримка тварин, групові обійми, психоосвітні тренінги	Групова арттерапія, волонтерські програми, комунальні культурні проекти, робота з біженцями, молодіжні спортивні клуби
Медикаментозне лікування	Призначається спеціалістами, але акцент на немедикаментозних методах	Широке використання антидепресантів і транквілізаторів
Рівень доступу до допомоги	Нерівномірний: великі міста – вище, села – нижче	Після війни — централізовані програми, але нерівномірна якість
Результати	Поступове зростання психологічної підтримки, акцент на громадських ініціативах, фактор єдності країни як ресурс (МОЗ України, 2023)	Часткове відновлення соціальної стабільності, але збереження регіональних конфліктів і психологічної напруги (Klaric et al., 2008)

4. Методи немедикаментозної психологічної реабілітації

В умовах довготривалого військового конфлікту немедикаментозні методи реабілітації набувають особливого значення, оскільки дозволяють знизити рівень стресу, кортизолу в організмі та відновити ресурсний стан особи без постійної фармакологічної підтримки (World Health Organization, 2022).

В Україні активно впроваджуються такі підходи:

- **Арттерапія** – створення малюнків, робота з кольорами, декоративно-прикладне мистецтво допомагають зменшити тривожність і відновити емоційний баланс (Hass-Cohen & Findlay, 2015).

- **Музикотерапія та вокалотерапія** – спільний спів, музичні інструменти та ритмічні вправи стимулюють вироблення ендорфінів, знижують рівень кортизолу (Fancourt & Finn, 2019).

- **Спортивна терапія** – фізична активність, командні ігри, йога та плавання підтримують психологічне здоров'я через фізичну стабілізацію та соціальну інтеграцію (Pedersen & Saltin, 2015).

- **Робота з дітьми та батьками** – сімейні заняття, спільні творчі проекти та ігрові методики зміцнюють внутрішньосімейні зв'язки, зменшують ризик розвитку ПТСР у дітей (Brymer et al., 2018).

- **Терапія обіймами** – короткі фізичні контакти сприяють зниженню тривожності та формують відчуття безпеки (Light et al., 2005).

• **Терапія допомогою тваринам (анімотерапія)** – догляд за собаками, котами чи кінна терапія допомагають відновити емоційний баланс та соціальні навички (Barker et al., 2010).

Важливо зазначити, що хоча фармакологічне лікування призначається лікарями за потреби, постійна ставка лише на медикаменти є ризикованою, оскільки не формує внутрішніх психологічних ресурсів. Тому сучасні програми в Україні, як і у випадку Югославії, орієнтовані на комплексну підтримку, де ліки є лише одним з інструментів (МОЗ України, 2023).

Таким чином, використання немедикаментозних методів реабілітації дозволяє не лише відновити психологічний стан постраждалих, але й створити умови для формування довготривалої стійкості суспільства до стресових факторів війни. Однак, ефективність цих заходів значно підвищується, коли вони реалізуються на тлі збереження внутрішньої єдності країни та довіри між громадянами.

Цей фактор має стратегічне значення для України, адже досвід інших держав, зокрема Югославії, показує, що втрата національної єдності призводить до поглиблення психологічної травматизації населення та ускладнює процес відновлення.

5. Вплив фактору єдності на психологічну стійкість суспільства

Єдність українського суспільства сьогодні виступає одним із ключових чинників, що визначає здатність країни протистояти військовій агресії та швидко адаптуватися до викликів.

Психологічна наука підтверджує, що соціальна згуртованість знижує рівень тривоги, сприяє колективній взаємопідтримці та пришвидшує подолання травматичних наслідків війни (Putnam, 2000; Jetten et al., 2017).

Дослідження доводять, що у громадах, де зберігається високий рівень взаємної довіри, посттравматичні розлади розвиваються рідше, а процес відновлення після криз значно швидший (Helliwell & Putnam, 2004).

Єдність спільноти діє як потужний психологічний буфер, знижуючи відчуття безпорадності, нормалізуючи емоційне збудження й підтримуючи мотивацію до відновлення.

У довготривалому конфлікті це прямо пов'язано з меншими ризиками хронізації травматичних симптомів і кращими результатами реабілітації [1-4].

В Україні цей фактор проявляється через:

- ✓ активну волонтерську діяльність;

- ✓ *взаємодопомогу між громадами;*
- ✓ *підтримку внутрішньо переміщених осіб;*
- ✓ *ініціативи психологічної підтримки на місцевому рівні.*

Збереження психологічного захисту населення в умовах війни – це не лише робота фахівців, але й завдання кожного громадянина, який сприяє підтриманню атмосфери солідарності та довіри.

Порівняльний аналіз України та Югославії відкриває можливість глибше зрозуміти, які інструменти психологічної реабілітації виявилися найбільш дієвими, а які потребують адаптації до сучасних українських умов.

У цьому контексті доцільно розглянути ключові елементи реабілітаційних програм обох країн у вигляді узагальненої таблиці, що дозволить наочно продемонструвати схожості та відмінності підходів.

6. Психологічні наслідки тривалого конфлікту та роль єдності: порівняння України та Югославії

Таблиця 2

Психологічні аспекти довготривалого конфлікту: Україна vs Югославія (психологічний акцент)

Параметр (психологія)	Україна (активна фаза з 2022 р.)	Югославія (1990-ті)
Поширення ПТСР (оцінки, частки вибірок)	Високі, з варіабельністю між групами (військові, ВПО, цивільні). У програмах підтримки відмічаються поступові зниження симптомів у учасників [1,2].	Високі й персистентні показники через роки після бойових дій, особливо серед ветеранів і свідків масового насильства [3,4].
Основні стресори	Тривалі повітряні тривоги, втрати, вимушене переміщення, невизначеність, розрив рутин. Підвищення психофізіологічного навантаження через хронічний стрес [1,2].	Тривалі наслідки пережитого насильства, розрив родинних і міжгрупових зв'язків, повторювані тригери травми у повсякденному житті [3,4].
Захисні (буферні) фактори	Єдність і згуртованість спільнот, волонтерство, взаємопідтримка, групова ідентичність «ми разом», довіра до допомоги [2].	Локальні «острівці» підтримки, але загально-слабша міжгрупова довіра; це ускладнювало

		довготривале відновлення [3].
Ефективні немедикаментозні методи	Арт-терапія, музика/вокал, тілесно-орієнтовані практики, спорт, сімейні й батьківсько-дитячі сесії, групи підтримки, залучення до допомоги тваринам [1,2].	Групова психотерапія, ком'юніті-програми, культурні практики; ефективність зростала там, де були стабільні групи підтримки [3,4].
Роль сім'ї та однолітків	Висока: спільні ритуали, «маленькі перемоги», відновлення звичних ролей знижують тривожність і стабілізують емоційний фон [2].	Варіювала: у зонах тривалого напруження міжгрупова взаємодія залишалась слабкою, що погіршувало сімейну динаміку [3].
Довготривалі наслідки без підтримки	Ризик хронізації симптомів, виснаження, соціальної ізоляції; проте єдність пом'якшує траєкторію, сприяє поверненню до функціонування [1,2].	Тривка симптоматика, коморбідні стани (депресія, тривога), у частини — поведінкові стратегії уникання [3,4].
Моніторинг і оцінювання	Розвиваються системи скринінгу в громадах і школах, відстеження участі та ефектів програм [1].	Післявоєнний моніторинг був нерівномірним; там, де він був стабільним, показники поступово покращувались [4].

Аналітичний підсумок (психологічний фокус):

1. Єдність як психологічний ресурс.

Узгоджена групова ідентичність («ми разом») знижує симптоми гіперзбудження, підтримує самоконтроль і надію - це помітно корелює з кращими індивідуальними результатами в реабілітації [2].

2. Групові формати + сімейна взаємодія.

Комбінація індивідуальної роботи з груповими і сімейними сесіями прискорює вихід із гострих станів і зменшує ризик хронізації [1,2].

3. Тривалість підтримки.

Стійкий ефект частіше виникає там, де підтримка регулярна і довготривала, а не одноразова (урок Югославії) [3,4].

7. Практичні рамки немедикаментозної психореабілітації в умовах тривалого конфлікту

Досвід Югославії підтвердив: навіть у найскладніших післявоєнних умовах системна, довготривала і різноманітна психологічна допомога здатна суттєво покращити стан населення, якщо вона ґрунтується на активній взаємодії з громадою.

Україна вже формує власну модель, у якій центральним елементом є єдність і взаємопідтримка, а немедикаментозні методи відіграють провідну роль у щоденному відновленні [1- 4].

Основні принципи підходу:

1. Комплексність: поєднання індивідуальних, групових і сімейних форматів.

2. Регулярність: фіксований графік занять (щотижня або кілька разів на тиждень).

3. Доступність: безкоштовні або умовно-безкоштовні програми у громадах.

4. Залучення громади: волонтерство, групи взаємодопомоги, участь у суспільних ініціативах.

5. Орієнтація на ресурси людини: розвиток особистих і групових навичок подолання стресу.

Таблиця 3

Приклади ефективних методів

Метод	Цільовий ефект	Формат реалізації
Арт-терапія	Зменшення емоційної напруги, розвиток символічної обробки травми	Групові та індивідуальні сесії з художніми матеріалами
Вокал та музика	Стабілізація емоційного стану, зниження тривожності	Хорові гуртки, музичні майстерні
Тілесно-орієнтовані практики та спорт	Розрядка фізичного напруження, відновлення відчуття контролю над тілом	Йога, плавання, командні види спорту
Сімейні сесії	Покращення комунікації, зміцнення емоційних зв'язків	Спільні заняття батьків і дітей, рольові ігри

Зоотерапія (допомога тваринам)	Підвищення емпатії, зниження відчуття ізоляції	Волонтерство у притулках, догляд за домашніми тваринами
Групи підтримки	Обмін досвідом, формування відчуття спільності	Малі групи за інтересами або спільним досвідом

Очікувані результати при впровадженні:

- ✓ Зниження рівня тривожності та симптомів ПТСР у цільових групах [1,2].
- ✓ Зростання довіри до соціальних інститутів і міжособистісної взаємодії [2].
- ✓ Зміцнення групової ідентичності, що підвищує психологічну стійкість у довготривалій перспективі [1-4].

7. Практичні рамки немедикаментозної психосоціальної реабілітації в умовах тривалого конфлікту

Досвід Югославії підтвердив: навіть у найскладніших післявоєнних умовах системна, довготривала і різноманітна психосоціальна допомога здатна суттєво покращити стан населення, якщо вона базується на активній взаємодії державних структур, громадських організацій і самих громадян.

Для України ключовим фактором стійкості у війні є єдність суспільства, яка не лише зміцнює моральний дух, але й забезпечує більш ефективне відновлення після травм.

Психосоціальна реабілітація у цьому контексті повинна розглядатися як спільна відповідальність – кожного громадянина, громади та державних інституцій.

Рекомендації та орієнтири для подальшої роботи:

Досвід тривалих конфліктів у світі показує: відновлення психологічного здоров'я суспільства – це не справа кількох місяців чи навіть років, а довгий і багаторівневий процес. Україна сьогодні має унікальний шанс не повторити чужих помилок, але для цього необхідно діяти вже зараз.

1. Посилення психосоціальної підтримки

- Створення нових і розширення існуючих центрів допомоги для постраждалих від бойових дій, насильства, втрати рідних чи вимушеного переселення.
- Забезпечення доступу до кваліфікованих психологів, психотерапевтів, арт-терапевтів та соціальних працівників у кожній громаді.

2. Підтримка громадських ініціатив та волонтерів:

- Фінансова та організаційна допомога громадським організаціям, що впроваджують дієві методики реабілітації.

- Створення умов, за яких волонтерська робота стає не лише актом доброчинності, а й престижним, суспільно важливим напрямом діяльності.

3. Розвиток немедикаментозних методів відновлення

- Арт-терапія, музична терапія, спорт, зоотерапія, сімейні активності, групи взаємопідтримки.
- Формування культури емоційної взаємодопомоги: прості людські жести від обіймів до розмов за чашкою чаю, можуть мати терапевтичний ефект.

4. Збереження єдності суспільства як ресурсу відновлення:

- Підтримка комунікаційних програм, що зміцнюють відчуття спільності.
- Протидія інформаційним впливам, які намагаються посіяти розбрат і недовіру.

5. Довгострокове планування

- Визнання, що наслідки війни можуть проявлятися десятиліттями.
- Запровадження багаторічних національних програм реабілітації, аби уникнути накопичення “прихованої” травми, яка згодом може перерости у масштабну соціальну кризу.

Якщо ж нехтувати цими напрямками, ми ризикуємо втратити не лише психологічну стійкість нації, але й соціальну єдність – це той самий ресурс, що є ключовим для перемоги й відновлення країни.

Україна має всі можливості для формування психологічно стійкого та згуртованого суспільства.

Збереження єдності, розвиток культури взаємопідтримки та розширення доступу до психосоціальної допомоги дозволять не лише подолати наслідки війни, а й створити основу для здорового розвитку майбутніх поколінь.

Суспільство, яке зберігає єдність, дбає про психологічне здоров'я своїх громадян та вміє ефективно співпрацювати між державними, громадськими й волонтерськими організаціями, стане прикладом для світу того, як навіть після найтяжчих випробувань можна будувати сильну, свідому й гармонійну країну.

Список використаних джерел

1. Betancourt, T.S., Borisova, I.I., de la Soudière, M., Williamson, J. Psychosocial adjustment and social reintegration of children associated with armed forces and armed groups: The state of the field and future directions. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 2011, 32(6), 431–440. DOI:10.1097/DBP.0b013e318223cbb2.

2. Miller, K.E., Rasmussen, A. War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science & Medicine*, 2010, 70(1), 7–16. DOI:10.1016/j.socscimed.2009.09.029.

3. Барановська, О. В., Іванченко, Г. С. Психосоціальна реабілітація учасників бойових дій: міжнародний досвід та українські реалії. *Вісник Національного університету оборони України*, 2020, 3(57), 45–53.

4. UNICEF. Psychosocial support of children in emergencies. New York: UNICEF, 2019. [Електронний ресурс]. Режим доступу: URL: <https://www.unicef.org/psychosocial-support> (дата звернення: 15.08. 2025).

5. Федоренко, О. А., Коваль, Л. М. Вплив збройного конфлікту на психічне здоров'я населення: досвід Балкан та перспективи для України. *Соціальна психологія*, 2021, № 2(80), 54–64.

6. World Health Organization. Mental health and psychosocial support in emergencies. Geneva: WHO, 2018. [Електронний ресурс]. Режим доступу: URL: <https://www.who.int/publications/mhpss-in-emergencies> (дата звернення: 14.08. 2025).

7. International Organization for Migration (IOM). Psychosocial support in crises. Geneva: IOM, 2020. URL: <https://www.iom.int/psychosocial-support> (дата звернення: 14.08.2025).

8. Мельник, І. П. Арт-терапія як метод психологічної допомоги постраждалим від наслідків бойових дій. *Психологія і суспільство*, 2019, № 2, 112–119.

9. Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників АТО. Звіт про діяльність центрів психологічної підтримки за 2023 рік. Київ, 2024. [Електронний ресурс]. Режим доступу: URL: <https://dsvv.gov.ua> (дата звернення: 15.08.2025).

Пастушенко В. С.,
науковий співробітник
лабораторії психології навчання
імені І. О. Синиці Інституту психології
імені Г. С. Костюка НАПН України,
м. Київ, Україна
<https://orcid.org/0000-0003-4477-2769>

ТРАНСФОРМАЦІЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ІДЕНТИЧНОСТІ УКРАЇНСЬКОГО ПСИХОЛОГА В УМОВАХ ЗАТЯЖНОЇ КРИЗИ

Професійна ідентичність є складним динамічним конструктом, який формується у взаємодії особистості з професійним середовищем, освітньою системою, соціокультурним контекстом і конкретними історичними подіями.

В умовах затяжної кризи – соціальної, економічної, політичної чи воєнної – професійна ідентичність фахівця піддається глибокій трансформації.

В Україні така трансформація виявилася особливо актуальною для фахівців у галузі психології, які, з одного боку, самі є учасниками глибоких суспільних змін, а з іншого – виступають важливими агентами підтримки та адаптації інших громадян до нових умов [1].

Професійна ідентичність психолога включає систему уявлень про себе як про фахівця, внутрішньо прийняті цінності, етичні принципи, знання і навички, а також соціальну роль, яку він виконує в суспільстві.

У процесі професійної підготовки студент проходить первинну ідентифікацію з професією через навчання, моделювання ролей, перші практичні завдання.

Згодом, у професійному середовищі формується більш глибоке осмислення своєї ролі, що може змінюватися з часом під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів.

У стабільних умовах цей процес є поступовим, але у періоди соціальних потрясінь, таких як пандемія, воєнний конфлікт або економічна криза, професійна ідентичність зазнає значного навантаження [2].

Від фахівця вимагається не лише фахова гнучкість, а й глибока особистісна перебудова, переосмислення цінностей, способів професійного самовираження та взаємодії з іншими.

Українське суспільство з 2014 року перебуває в умовах постійної напруги: революційні події, анексія Криму, війна на Сході, пандемія COVID-19, повномасштабне вторгнення 2022 року, економічна нестабільність та міграційні процеси. Кожен із цих чинників вплинув не лише на загальний психоемоційний стан населення, а й на запити до психологічної допомоги, а отже, і на професійну діяльність психолога.

У кризовому контексті психолог перетворюється з фахівця, що працює з індивідуальними проблемами клієнтів у безпечному середовищі, на активного учасника суспільних процесів. Його завданням стає не лише допомога окремій людині, а й підтримка цілих соціальних груп – переселенців, військових, дітей, які втратили рідних, родин у стресі, громадських активістів. Зростає значення навичок кризового консультування, психоедукації, міждисциплінарної співпраці[3].

Психолог у мирний час нерідко асоціюється з психотерапевтом, який працює в затишному кабінеті над глибинними конфліктами особистості. Проте у воєнний і післявоєнний період змінюється сама суть запиту до фахівця: людям потрібно швидке зняття тривоги, підтримка в гострій травмі, стабілізація психіки, повернення до базових функцій.

Це спонукає психолога змінити не лише методики, а й загальне розуміння своєї професійної ролі. З'являється новий архетип фахівця – не терапевта, а супутника в кризі, консультанта з виживання, фасилітатора адаптації.

Часто доводиться працювати в польових умовах, у шелтерах, лікарнях, освітніх центрах, військових частинах, за межами традиційної практики. Усе це трансформує не лише поведінкові стратегії, а й внутрішнє «Я» психолога як фахівця. Затяжна криза вимагає не лише гнучкості, а й освоєння нових компетентностей.

Психологи все частіше вдаються до навчання онлайн, вивчають протоколи екстреної допомоги, методи стабілізації, травмофокусовану терапію, когнітивно-поведінкові стратегії короткострокової підтримки.

Зростає потреба в супервізіях, міжособистісній підтримці колег, професійному об'єднанні в команди.

Трансформація ідентичності включає і інтеграцію нових професійних цінностей: зростає значення етичної стійкості, особистої відповідальності, солідарності, глибокого усвідомлення меж допомоги.

Багато психологів вперше стикаються з моральною дилемою, коли доводиться працювати в умовах нестачі ресурсів, обмеженого часу, великої кількості постраждалих.

Особливе місце у трансформації професійної ідентичності займає досвід повномасштабної війни. Психолог не лише працює з травмованими, а й сам є носієм травматичного досвіду.

Професійна дистанція стирається: психолог – біженець, волонтер, мобілізований, той, хто втратив рідних або дім. У таких умовах виникає феномен «подвійної ідентичності»: з одного боку, фахівець повинен зберігати стійкість, а з іншого – визнає власну вразливість.

Це стимулює глибше переосмислення ролі допомоги: психолог не той, хто «лікує», а той, хто поруч, хто проходить через труднощі разом із клієнтом. У цьому зростає значення емпатії, автентичності, партнерського підходу. Відбувається глибока гуманізація професійної ідентичності.

Поряд із трансформацією індивідуального професійного «Я» змінюється і колективна ідентичність психологічної спільноти. Українські психологи демонструють високий рівень мобілізації: створюються громадські організації, волонтерські ініціативи, спільні платформи для супервізій, онлайн-марафони підтримки[4].

Така спільна діяльність сприяє формуванню нових професійних стандартів, розвитку етичних кодексів в умовах війни, формуванню етичного дискурсу.

Водночас виникає необхідність у новому форматі освіти, супервізій, сертифікацій, узгоджених з реаліями кризи.

Не менш важливим аспектом є вразливість фахівців до емоційного вигорання. Під час затяжної кризи психологи працюють у режимі високої інтенсивності, мають справу з численними травмами, гострим болем, втратою.

За відсутності регулярної психологічної підтримки або належної винагороди виникає загроза втрати сенсу, професійного знецінення.

У цих умовах формування професійної ідентичності неможливе без розвитку навичок самодопомоги, саморефлексії, побудови особистих меж.

Професіоналізація полягає вже не лише в знаннях і вміннях, а в здатності зберігати себе як особистість у складних обставинах.

Під впливом війни й затяжної кризи в Україні формується нова філософія психологічної допомоги. Вона базується на принципах гідності, людяності, гнучкості та соціальної відповідальності.

Психолог майбутнього – це не лише фахівець із діагностичних методик, а перш за все – етичний суб'єкт, який уміє бути присутнім, супроводжувати, надихати, підтримувати.

Ця нова парадигма передбачає більшу відкритість до міждисциплінарності, розвиток інноваційних форм допомоги (телемедицина, групова терапія онлайн, мобільні команди), інституційну співпрацю з військовими, освітніми, медичними структурами.

Трансформація професійної ідентичності українського психолога в умовах затяжної кризи – це не лише виклик, а й можливість. Це шанс переосмислити свою роль, посилити гуманістичну складову професії, інтегрувати нові знання й практики.

Криза розкриває внутрішній потенціал особистості, виводить професійну діяльність за межі кабінету і робить психолога одним із ключових агентів суспільного відновлення. Формується новий тип професіонала – стійкого, гнучкого, відповідального, який діє не тільки технічно, а й морально, з усвідомленням своєї місії перед суспільством.

Список використаних джерел

1. Бех І. Д. Виховання особистості: підруч. Для студ. вищ. навч. закл./ І. Д. Бех. – К., Либідь, 2008. – 848 с.
2. Бичко О. В. Психологічні особливості етнічної ідентичності студентської молоді Східного та Південного регіонів України: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / О. В. Бичко. – К., 2004. – 232 с.
3. Гульбс О. А., Кобець О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. Психологічний журнал. Умань: ВПЦ «Візаві», 2021. Вип. 7. С.100-106. Martsyniak-Dorosh, O. (2022). The Heavy Psychological Toll of the War in Ukraine – Mental health support is the need of the hour. Retrieved from: [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.medpagetoday.com/opinion/second-opinions/101119>

Родченкова І. В.,
*докторантка кафедри практичної психології
та соціальної роботи
Східноукраїнського національного університету
імені Володимира Даля,
м. Київ, Україна
<https://orcid.org/0009-0008-9530-2111>*

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ
ЦІННІСНИХ ОРІЄНТАЦІЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ,
ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ НА ПТСР
ЗАСОБАМИ ГІПНОТЕРАПІЇ ТА ПСИХОАНАЛІТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ**

Під час процесу ранжування цінностей згідно з методом непрямих постгіпнотичних навіювань КПВ (О. В. Овчиннікова, Е. Е. Насиновська, М. Г. Іткін) береться до уваги: ступінь статистичної значущості, на якій цінність виявляє свій вплив (за критерієм T).

Чим вище цей рівень статистичної значущості, тим вище місце в ранжуванні отримує цінність; у випадку, коли різні непрямі навіювання з пов'язаними з ними цінностями виявляють вплив на однакових рівнях значущості, проводиться статистичне порівняння індексів цих навіювань.

У деяких, не завжди однозначних ситуаціях, використовувався механізм конфліктного зіткнення двох цінностей в рамках одного непрямого навіювання. Підсумком є створення ієрархії цінностей, отриманої за допомогою методу КПВ, яка порівнюється з ієрархією тих самих цінностей для окремого досліджуваного, визначеною методом опитування.

Порівняльний аналіз емпіричних даних показує, що для всіх досліджуваних персональні ієрархії, сформовані на основі анкети та методу КПВ, були відмінними за якістю. У зв'язку з цим було виведено середні ціннісні ієрархії для всієї когорти досліджуваних.

Таким чином, у узагальненій ієрархії, що була визначена опитуванням, цінність «сімейне благополуччя» розміщена на другій ранговій позиції. В особистих

ієрархіях, сформованих через анкетування, у більшості досліджуваних ця цінність знаходиться на першому місці.

Під час оцінювання особистісної значущості «сімейного благополуччя» за методикою КПВ загалом по групі цінність зміщується на 5-ту позицію. Можливо, це пояснюється тим, що досліджувані здебільшого були молодими людьми, які не мали досвіду власного сімейного життя. Отже, згадана цінність ще не мала чіткого особистісного значення, а була переважно декларативною.

Цінність «улюблена робота», оцінювана за допомогою методики КПВ, опустилася з першої позиції рейтингу на четверту. Причиною є те, що учасники експерименту, переважно, були ще без відповідної освіти, і можливість працювати за фахом видавалась їм поки що мало ймовірною.

Щодо цінностей «успішність у справах» та «здоров'я», їх значення у ієрархії, визначеній методикою КПВ, зросло. Так, «успішність у справах» в середньому перемістилась з п'ятої сходинки на першу. Варто відзначити, що для всіх учасників дослідження цінність «здоров'я» при використанні КПВ була надзвичайно важливою. Те саме можна сказати і про цінність «хороші друзі».

Цінності «побутовий комфорт» та «матеріальний достаток» в основному були розташовані в нижній частині рейтингу під час звичайного ранжування. Однак, при застосуванні методики КПВ, їх позиції у ієрархії у деяких учасників зросли.

Цінності «життєвий комфорт» та «матеріальний достаток» в загальному рейтингу, який проводився серед респондентів, в більшості випадків опинились на останніх місцях. Однак, при застосуванні методики КПВ, у деяких з них спостерігалось зміщення цих цінностей вгору за ієрархічною шкалою. Наприклад, у досліджуваного (М.) цінність «матеріальний достаток» піднялась з 7-го на 5-те рангове місце ($p \leq 0,05$), а у досліджуваного (О.) «життєвий комфорт» – з 7-го на 3-тє ($p < 0,0005$).

Найбільш вірогідно, що цінності «сімейне щастя» та «улюблена робота» в період переживання воєнного стресу, у більшості досліджуваних військовослужбовців з ПТСР, належать до номінальних. В той же час, цінності «успіх у справах», «здоров'я» та «вірні друзі» можна віднести до реально важливих та таких, що мають глибокий сенс. Цінності «життєвий комфорт» та «матеріальний достаток» стали особисто значущими для окремих учасників дослідження в більшій мірі, ніж вони вказували в прямому опитуванні. При ранжуванні респонденти, можливо, враховують соціальні очікування.

Щодо пріоритетності цінностей, пов'язаних з дозволями, слід підкреслити найбільші зміни у ранжуванні цінності «навчання, читання, пізнання» – у середньому зсув з 1-го на 6-те місце ($p < 0,0005$), що відображає тенденцію до зменшення її значення.

Проте, відзначається перехід цінності «дозволя з друзями» з 5-го місця на 1-ше місце у загальному рейтингу ($p \leq 0,05$). Незначною мірою знижується важливість цінності «мистецтво», в той час як позиція «подорожей» зростає.

Цінність «суспільна діяльність» залишається на низьких позиціях при використанні як прямих, так і проєктивних методів. У переважної більшості респондентів виявлено статистично незначущі ефекти (випадок нейтральної цінності), тоді як у одного респондента спостерігалась інверсійна реакція, що вказує на виражене негативне ставлення до суспільної діяльності.

Згідно з результатами експерименту, застосування методики КПВ виводить на перші чотири позиції в ієрархії цінностей, що стосуються дозволя, такі: «дозволя з друзями», «подорожі», «мистецтво», «спілкування з цікавими особистостями».

Беззаперечно, такий перелік найважливіших цінностей визначається віком та соціальним становищем учасників дослідження. Цінністю, яка декларується в опитуванні, є «навчання, читання, процес пізнання».

Таким чином, порівняння ієрархій цінностей, визначених в процесі опитування та за допомогою методики КПВ, показало неоднозначність, розбіжність цих ієрархій.

Ці невідповідності можна пояснити конкретними умовами, в яких перебувають військові та цивільні особи з ПТСР в умовах стресу. Аналіз результатів свідчить, що непрямі навіювання в гіпнозі дійсно створюють умови для вільного вираження учасниками власного особистого ставлення до завдань у форматі непрямих навіювань цінностям, сприяючи формуванню адекватної особистості ієрархії цінностей, відповідно до їхнього власного розуміння.

Отже, важливо відмітити, що особи з ПТСР, що виникло під впливом травмуючого досвіду, часто стикаються з коморбідністю – тобто наявністю інших психічних розладів: депресії, тривожних станів, залежності від психоактивних речовин та інших. До того ж, перманентний стрес значно ускладнює як сам процес терапії та лікування, так і подальше налагодження здорового способу життя.

Звідси, кризи в процесі лікування є абсолютно типовим явищем при роботі з цими проблемами. Усе це негативно впливає на здатність формувати необхідні

навички самоконтролю над емоціями. Труднощі з контролем емоцій, саморуйнівна поведінка, конфлікти з близькими людьми, депресивні стани та схильність до суїцидальних думок – ось характерні прояви у людей, які пережили ПТСР.

Втім, в процесі впровадження програми психологічної підтримки військових та цивільних осіб, які зазнали ПТСР в умовах воєнного стану, що була розроблена у відповідності до концептуального підходу та конкретної концептуальної моделі соціально-психологічної комплексної реабілітації й ресоціалізації, надзвичайно важливим компонентом є психоаналітична терапія, а також гіпнотерапія травматичних спогадів та непряме навіювання через акцентування об'єктивних цінностей особистості, що стосуються самореалізації власних прагнень. Це сприяє формуванню бажаного способу життя та досягнення позитивних змін, що базуються на навичках, здобутих особистістю під час роботи з травматичним досвідом.

Результати психологічного дослідження переконливо свідчать про статистично значущий зв'язок між особистісними цінностями, що формуються завдяки непрямим навіюванням під час гіпносесій, та особистісними сенсами, виявленими за допомогою КПВ. Іншими словами, реабілітація та ресоціалізація людей з ПТСР в умовах воєнного стресу досягає високої ефективності завдяки поєднанню психоаналітичного та гіпнотерапевтичного підходів.

Скальська Л.О.,

*Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України
молодший науковий співробітник
лабораторії загальної психології та
історії психології імені В.А.Роменця
orcid: 0000-0002-0233-4034
м. Київ, Україна*

Горбачов В.О.,

*Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України
молодший науковий співробітник
лабораторії вікової психофізіології,
м. Київ, Україна*

ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА ВІЙСЬКОВИХ І ВЕТЕРАНІВ: ІННОВАЦІЙНІ ПІДХОДИ УКРАЇНСЬКИХ ФАХІВЦІВ У ПЕРІОД ВІЙНИ

Повномасштабна війна, розпочата Російською Федерацією проти України у 2022 році, суттєво трансформувала запити до системи психологічної допомоги. Зростання кількості військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, поранених, демобілізованих та осіб, які пережили полон чи втрати, зумовило необхідність перегляду традиційних методів психотерапевтичної роботи.

Українські фахівці, стикаючись із безпрецедентними викликами, розробляють і впроваджують інноваційні підходи до психологічної підтримки військових і ветеранів, з урахуванням національного контексту, соціально-культурних особливостей і новітніх світових практик. Війна завдає глибоких психологічних травм не лише безпосереднім учасникам бойових дій, а й їхнім родинам, громадам і суспільству в цілому[1].

Серед основних викликів – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні стани, соматизовані реакції, зловживання психоактивними речовинами, складнощі соціалізації після повернення з фронту.

Досвід участі у бойових діях часто супроводжується глибокими екзистенційними переживаннями, втратою сенсу життя, проблемами у стосунках і самоідентифікації [2].

Психологи, які працюють із військовими, зазначають, що психотравмівний досвід у зоні бойових дій відрізняється від мирних травм за інтенсивністю, тривалістю, комплексністю та моральним навантаженням.

Учасники бойових дій не лише стають свідками чи учасниками жорстоких подій, а й часто змушені приймати складні моральні рішення, які впливають на подальше життя.

Починаючи з 2014 року, українська система психологічної допомоги військовим почала активно розвиватися. Було створено спеціалізовані реабілітаційні центри, впроваджено програми підготовки військових психологів, започатковано партнерські проєкти з міжнародними організаціями. Однак саме повномасштабна війна 2022 року активізувала появу інновацій у цій сфері.

На перший план вийшли завдання швидкої психологічної стабілізації в умовах бойових дій, розробки методів кризового втручання, мобільних програм допомоги, дистанційної підтримки та створення інфраструктури для довгострокової реабілітації.

Психологічна служба в армії, яка донедавна існувала переважно формально, нині набуває реального впливу, а фахівці — вагомому авторитету серед військових.

Серед ключових інноваційних підходів, що застосовуються в Україні, варто відзначити кризове втручання на передовій. Українські психологи впроваджують протоколи психологічного дебрифінгу безпосередньо після бойових дій.

Їх мета — знизити ймовірність виникнення ПТСР. Мобільні групи виїжджають до підрозділів на фронті та в тилу, застосовуючи короткотривалі інтервенції, які стабілізують емоційний стан, нормалізують фізіологічні реакції та активують внутрішні ресурси.

В умовах війни широкого розповсюдження набули телемедичні форми підтримки: онлайн-консультації, мобільні додатки, гарячі лінії. Платформи типу «Розкажи мені», «Аврора», «Ти як?» стали доступними інструментами для отримання первинної психологічної допомоги. У деяких проєктах застосовуються чат-боти зі сценаріями самодопомоги.

Все більше уваги приділяється тілесно-орієнтованим практикам, які допомагають працювати з соматичними проявами травм.

Йога-терапія, дихальні техніки, метод Фельденкрайза, соматичне переживання (Somatic Experiencing) використовуються в реабілітаційних центрах і в межах ретритів.

Водночас дедалі частіше застосовується терапія травматичних спогадів.

Метод EMDR (десенсибілізація і репроцесінг за допомогою рухів очей) довів свою ефективність у роботі з бойовими травмами[3].

Зростає кількість сертифікованих EMDR-терапевтів в Україні.

Також використовуються елементи арт-терапії, зокрема методика «Писати, щоб зцілити».

Особливої уваги потребує родина військового, адже повернення з фронту – це адаптація не лише для самого ветерана, а й для його близьких. Психологи проводять сесії родинної терапії, групи підтримки для дружин і матерів, психоедукацію щодо того, як реагувати на симптоми ПТСР, як допомогти з соціальною адаптацією.

Однією з новітніх форм є виїзні програми реабілітації у вигляді кемпів або таборів, які поєднують психологічну допомогу з оздоровленням, природою, фізичною активністю та творчими практиками. Програми «Veteran Hub», «Space of Healing», «Теплий табір» пропонують інтегративний підхід із залученням фахівців різних напрямів.

Паралельно з розширенням практик психологічної допомоги зростає потреба в підготовці самих психологів до роботи в умовах війни.

Важливими є супервізії, запобігання вигоранню, створення професійних спільнот для підтримки. Чимало українських психологів самі є ветеранами або мають досвід роботи в бойових зонах, що створює нову якість терапевтичного контакту.

Україна активно інтегрує міжнародний досвід: співпраця з НАТО, UNDP, IOM, USAID дає змогу залучати провідних фахівців, перекладати методичні матеріали, навчати персонал.

Українські фахівці все частіше виступають на міжнародних конференціях, демонструючи унікальний досвід адаптації психологічної допомоги до умов повномасштабної війни.

Велике значення має також суспільна обізнаність. Кампанії проти стигматизації ПТСР, популяризація психотерапії як форми турботи про себе, поширення історій відновлення ветеранів — усе це створює сприятливе середовище для звернення по допомогу.

Водночас система психологічної підтримки стикається з численними викликами: дефіцит кваліфікованих кадрів, нерівномірний доступ до послуг, відсутність єдиного державного протоколу допомоги, а також недовіра серед ветеранів.

Часто військові не звертаються по допомогу через страх бути незрозумілими, осудженими або через внутрішню установку «триматися».

Необхідною є розробка комплексної державної програми з психічного здоров'я для військових і ветеранів, інтеграція психологічної допомоги на всіх етапах – від мобілізації до повернення додому. Важливо, щоб психологічна освіта в Україні готувала фахівців до реальних викликів: екстремальних умов, моральних дилем, втрат, роботи з важкими емоціями [4].

Психологічна підтримка військових і ветеранів — це не просто лікування окремих осіб. Це процес національного зцілення, відновлення людської гідності, інтеграції воєнного досвіду в суспільну свідомість. Інноваційні підходи українських фахівців демонструють гнучкість, професійність і глибоке розуміння потреб воїнів. Вони формують нову якість української психології — психології, яка стоїть поруч із тими, хто захищає життя і свободу.

У поєднанні з державною політикою, громадською підтримкою та міжнародною солідарністю ці підходи здатні забезпечити повноцінне повернення воїнів до життя, яке варте їхнього подвигу.

Список використаних джерел

1. Алещенко В. І. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами. Харків. ХУПС, 2005. 84 с.
2. Лебедева С. Ю., Овсяннікова Я. О., Похілько Д. С. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів та фахівців ризиконебезпечних професій: світовий досвід. Габітус. 2023. Вип. 45. 139-145 www.doi.org/10.32782/2663-5208.2023.45.23.
3. Радецька Л. В. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України – учасників бойових дій. Медсестринство. 2020. № 4. С. 23-26.
4. Hall D. Stress, Suicide, and Military Service during operation Uphold Democracy. Military Medicine. 1996. №3. 159-162.

Сльот М. О.,
*здобувачка кафедри практичної психології
та соціальної роботи Східноукраїнського
національного університету імені Володимира Даля,
м. Київ, Україна*

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА МОДЕЛЬ РЕАБІЛІТАЦІЇ МОЛОДІ В ПРОЦЕСІ ВІДНОВЛЕННЯ ПІСЛЯ ВТРАТ І ТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ

Аналіз та узагальнення результатів наукових дослідження за проблематикою відновлення особистості після втрат і травматичних переживань, дозволили нам побудувати загальну модель змін у внутрішньому світі особистості в процесі переживання втрат і травматичних досвідів.

I. «Хаос образів». На першій стадії обробки особистість, яка зазнала втрати, постійно відтворює образи конкретних подій у ситуації втрати, їх характерні риси:

- ✓ підвищена інтенсивність (яскравість);
- ✓ неможливість контролю асоціативного потоку;
- ✓ загубленість в образах.

Особистість, яка зазнала втрати, має знижену саморегуляцію (довільна поведінка), тому регуляторами для неї виступають зовнішні впливи (оточуючі люди, соціальні норми поведінки). На цій стадії особистість мислить егоцентрично: вона перебуває всередині ситуації, не здатна рефлексувати власні почуття та сприймає події лише з позиції свого ставлення до себе.

II. Ідентифікація окремих подій та елементарних зв'язків. Ця стадія починається з вербалізації події: мова образів перекладається у слова. На цьому етапі з'являється «зовнішній спостерігач» (близька людина, друг, що знаходиться поруч), якій особистість розповідає про те, що сталося. Переклад образів у слова приводить до початку структурування поля події. Відсутність здатності до вербалізації уповільнює цей процес.

В результаті вербалізації ідентифікуються окремі події та формується зв'язний наратив. Це підвищує усвідомлення подій, хоча зв'язки між ними залишаються асоціативними.

На емоційному рівні відчувається тотальна недиференційована емоційна реакція на те, що відбувається. Окремі почуття ще погано усвідомлюються.

Характерною рисою є те, що особистість не бере на себе роль «того, хто втратив». Вона максимально зосереджена на зовнішніх подіях. Близька людина для неї «ще жива», і та, що втратила, підсвідомо чекає її появи. Це очікування проявляється у феномені «хибного впізнавання».

III. Диференціація образів фактичних подій та реакцій на них з боку того, хто сумує. В образі ситуації втрати виділяються значущі елементи: учасники та їх взаємодії. Одночасно образ ситуації розділяється на дві категорії: зовнішні події (візуальні, слухові тощо) та внутрішні події (власні почуття та думки про те, що сталося). В середині кожного ряду починають з'являтися зв'язки між подіями: хронологічні та причинні. Однак зв'язків між зовнішнім і внутрішнім рядами подій ще немає. Хоча той, хто сумує, вже здатний називати свої почуття – гнів, провина, лють, жах, – він ще не пов'язує їх з конкретними подіями.

Особистість, яка зазнала втрати, відчуває яскраве відчуття відсутності та втрати близької людини у зовнішньому сенсі: її немає в повсякденній діяльності, в якій вона брала участь, а її соціальна роль вакантна. Втрата власної соціальної ролі щодо втраченої особистості також визнається.

Події теперішнього життя переживаються як такі, що існують лише в зовнішньому вимірі, і особистість відзначає їх фізичну та соціальну відсутність.

IV. Структурування подій у внутрішньому вимірі. Той, хто сумує, вже визнає існування як зовнішніх, так і внутрішніх подій. Відбувається поступова диференціація подій на внутрішньому плані. Почуття розпізнаються та систематично «об'єктивізуються», чітко пов'язуючись з подіями у «зовнішньому порядку».

VI. Усвідомлення багатогранної та багатовимірної сутності подій. Увесь процес осмислення того, що сталося, переміщується на внутрішній план, що веде до глибшого опрацювання подій та більшого рівня абстракції у продуктах цієї роботи. Особистість в скорботі виходить за межі егоцентричного сприйняття ситуації, починає виникати зацікавленість в інших точках зору та інших психологічних аспектах подій. Зовнішній план подій стає незначним.

Розпочинається процес активного пригадування: особистість, яка втратила близьку людину, свідомо бажає розмовляти про минуле з тими, хто її знав.

Ці спогади відтворюють минуле в зовнішньому світі, в якому жила людина. Особа починає усвідомлювати свою роль у відносинах з іншими людьми, згадувати дії та події, пов'язані з втраченою особою.

Одним з повсякденних показників перенесення втрати на внутрішній план є спокійніше ставлення до особистих речей втраченої людини: вони несуть на собі слід її присутності, але не символізують її фізичну наявність.

Створюється більш повний образ втрати, об'єктивно представлений у ширшій системі координат.

Ситуація втрати повністю інтеріоризується і до цього моменту набуває форми завершеного образу та вербального представлення у вигляді своєрідної «історії про втрату». Власний досвід втрати систематизується. Особистість розуміє, як змінилися вона сама та її життя. На цьому етапі формується новоутворення «психологічний образ втрати».

VII. Перехід від роботи з образами подій до роботи з їхніми значеннями.

Відбувається якісний стрибок в розумінні того, що сталося. Матеріалом для психологічної роботи є вже не образи подій, а їхні значення.

Особа намагається артикулювати свою реакцію на те, що сталося, у формі певних базових ідей, що є результатом її внутрішньої роботи. Суб'єктивно вони переживаються як «внутрішньо очевидні істини», що стають регуляторами її поведінки.

Формується розуміння особистісного значення втрати для тих, хто залишився. Втрачена людина тепер має певне місце у внутрішньому світі тих, хто залишився – «екологічну нішу». Її образ більше не з'являється мимоволі і не викликає неконтрольованих спогадів.

Створюється складний образ втраченої людини. Може виникнути також символічна роль втраченої людини в житті того, хто втратив («приклад для життя», «янгол-охоронець»). Визначається форма та місце можливого існування втраченої людини (це пов'язано зі світоглядом: наприклад, рай, інший вимір, реінкарнація тощо) та визначається спосіб зв'язку з втраченою людиною (через уявне спілкування з нею, молитву тощо).

Втрачена людина починає існувати в контексті всього життя того, хто її втратив: визнається значення її появи (або існування) в житті скорботної особи, а також взаємний вплив, який вони мали один на одного. Завершується формування нового психологічного зв'язку з втраченою людиною.

Екзистенційні теми набувають особистісного значення. На цьому етапі особистість здатна відповісти на питання на кшталт: яким був особисто для неї сенс самотності, випробування, втрати. Виникають складні зв'язки між різними екзистенційними темами.

XIII. Робота з екзистенційними значеннями у всесвітньому масштабі.

Відносини з втраченими піднімаються на новий рівень абстракції та переживаються як модель набуття та втрати близьких стосунків.

Особа узагальнює патерни, виявлені у своєму житті, та порівнює їх з патернами життя інших людей.

Основні риси розуміння того, що відбувається на цьому етапі, можна підсумувати так:

- максимальна відстороненість від фактичного змісту подій;
- відстороненість від емоційних реакцій;
- розгляд подій з високого рівня абстракції;
- та здатність «застосовувати» розпізнані патерни до конкретних ситуацій.

Солодчук С. Є.,

молодша наукова співробітниця

Інституту психології імені Г. С. Костюка

НАПН України,

м. Київ, Україна

<https://orcid.org/0000-0003-2432-255X>

РЕЗИЛЬЄНТНІСТЬ І ПОСТТРАВМАТИЧНЕ ЗРОСТАННЯ: ДВА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ НЕГАРАЗДІВ

Сучасний світ характеризується високим рівнем невизначеності та частими кризовими ситуаціями, які можуть призводити до глибоких психологічних травм. Однак реакція людини на стресові події не завжди є руйнівною (Garmezy, 1993; Masten, 2001).

Психологічна наука виокремлює два взаємопов'язані, але відмінні шляхи подолання життєвих труднощів: **резильєнтність** та **посттравматичне зростання**. Обидва феномени відображають здатність людини адаптуватися й розвиватися після травматичних переживань, але реалізуються різними механізмами.

Резильєнтність визначається як динамічний процес успішної адаптації до несприятливих обставин (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Це не вроджена риса, а комплексна система когнітивних, емоційних і соціальних механізмів, що допомагають людині залишатися ефективною навіть під тиском сильного стресу.

Основні характеристики резильєнтності (Masten, 2014):

- гнучкість мислення та поведінки;
- здатність до конструктивного оптимізму;
- активне використання соціальної підтримки;
- уміння знаходити сенс у випробуваннях.

Наукові дослідження українських психологів (Ассонов, Хаустова, 2020); Каліна, 2019; Кокун, 2025; Яковенко, 2022) засвідчують, що розвиток резильєнтності є ключовим чинником збереження психічного здоров'я.

Відтак, резильєнтність виступає захисним механізмом, який допомагає людині **повернутися до звичного життя** після стресу, зберегти рівновагу, мінімізуючи негативні наслідки травматичних подій.

Посттравматичне зростання — це якісно інший процес. Він передбачає не лише відновлення після травми, а й **вихід на новий рівень особистісного розвитку** (Tedeschi & Calhoun, 2004).

Людина починає по-іншому сприймати світ, цінувати життя, поглиблює духовність, налагоджує міжособистісні стосунки.

Основні характеристики посттравматичного зростання (Tedeschi & Calhoun, 2004):

- зростання особистісної сили;
- поява нових життєвих цінностей і цілей;
- відчуття більшої глибини у взаєминах;
- розвиток духовності та пошук сенсу життя.

Українські науковці (Титаренко, 2016; Кочубейник, 2021) наголошують, що посттравматичне зростання може виступати ресурсом не лише для окремої людини, але й для суспільства загалом, зокрема в умовах воєнних викликів.

Отже, резильєнтність і посттравматичне зростання – дві концепції, які описують реакцію людини на травматичні події.

Резильєнтність фокусується на відновленні та адаптації, спираючись на індивідуальні сильні сторони особистості.

Посттравматичне зростання спонукає до переосмислення життєвих цінностей, зміцнення міжособистісних зв'язків і розвитку нових життєвих смислів. Тобто, вони відрізняються своїми результатами та спрямованістю. Більш детально відмінності продемонстровано у таблиці 1.

Таблиця 1

Основні відмінності між резильєнтністю і посттравматичним зростанням

	Резильєнтність	Посттравматичне зростання
Мета	Повернення до попереднього рівня функціонування	Перевищення попереднього рівня, розвиток нових якостей
Процес	Швидке відновлення завдяки наявним ресурсам	Повільний процес переосмислення травми, що веде до зростання
Результат	Стабільність, адаптація	Трансформація, нові сенси чи цінності
Час	Може проявлятися одразу після стресу	Зазвичай потребує часу для рефлексії та внутрішньої роботи

Взаємозв'язок	Може бути основою для посттравматичного зростання, оскільки здатність адаптуватися до травми створює умови для глибшого переосмислення	Не кожна стійка людина переживає РТГ, і не кожна людина з РТГ буде стійкою до травми.
----------------------	--	---

Таким чином, обидва поняття важливі, але вони *підкреслюють різні аспекти реакції на травму: резильєнтність — це хороша адаптація, а посттравматичне зростання — це трансформація*. Вони є окремими, але пов'язаними конструкціями, що доповнюють одну одну.

Наукові дослідження взаємозв'язку між посттравматичним зростанням і резильєнтністю демонструють непослідовні емпіричні дані.

Частина досліджень вказує на **позитивний зв'язок**: люди з більшою стійкістю мають більше ресурсів для перетворення травми у зростання (Bensimon, 2012; Yu et al., 2014; Duan et al., 2015).

Інші – **відсутність або навіть негативний зв'язок**: занадто стійкі особи рідше переосмислюють життєві орієнтири, а отже, менш схильні до посттравматичного зростання (Levine et al., 2009; Zerach et al., 2013).

Існують дані, які свідчать про те, що саме помірно низький або середній рівень резильєнтності може бути сприятливим для посттравматичного зростання (Музичко, 2024).

Люди з дуже високою стійкістю можуть просто «відновитися» без значних позитивних змін, тоді як ті, хто пережив глибоке потрясіння, можуть відчувати потребу в пошуку нового сенсу, що і спричиняє зростання.

Відповідно, можна зробити припущення, що відносини між посттравматичним зростанням та резильєнтністю **не лінійні, а радше контекстуальні** й можуть варіюватися залежно від інтенсивності травми, особистісних ресурсів, соціальної підтримки тощо.

Резильєнтність і посттравматичне зростання — це два взаємодоповнюючі шляхи подолання негараздів.

Усвідомлення й розвиток обох механізмів особливо важливі в сучасних умовах війни, коли перед особистістю та суспільством постають надзвичайні випробування.

Список використаних джерел

1. Асонов, Д. О., Хаустова, О. О. (2020). Резилієнс у ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку: огляд та клінічний випадок. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*, 14, 58-67.
2. Каліна, Н. Ф. (2019). Психологічна резильєнтність військовослужбовців як чинник подолання стресових ситуацій. *Вісник Національного університету оборони України*, 5, 112–118.
3. Кокун, О. М. (2025). *Життєстійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика* : монографія. Видавництво Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. [Електронний ресурс]. Режим доступу: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744751/1/Монографія_Кокун.pdf
4. Кочубейник, О. (2021). Посттравматичне зростання в умовах воєнного конфлікту: соціально-психологічний аспект. *Соціальна психологія*, 4, 45–53.
5. Музичко, Л. В. (2024). *Резильєнтність і посттравматичне зростання особистості внаслідок стресу*. *Журнал соціальної та практичної психології*, 3, 44–49. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://eprints.zu.edu.ua/41350/>
6. Титаренко, Т. М. (2016). Життєстійкість і посттравматичне зростання особистості. *Психологія і суспільство*, 2, 52–61.
7. Яковенко, С. І. (2022). Резильєнтність як умова психічного здоров'я військовослужбовців. *Психологічний журнал*, 8 (3), 77–85.
8. Garmezy, N. (1993). Vulnerability and resilience. In D. C. Funder, R. D. Parke, C. Tomlinson-Keasey, & K. Widaman (Eds.), *Studying lives through time: Personality and development* (pp. 377–398). American Psychological Association. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://doi.org/10.1037/10127-032>
9. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562.
10. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.
11. Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Development*, 85(1), 6–20.
12. OpenAI. ChatGPT [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://chat.openai.com>. Порівняльна таблиця: Резильєнтність vs Посттравматичне зростання. Дата звернення: 16.04.2025.
13. Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1–18.

Терещук А. Д.,
кандидатка психологічних наук,
старша наукова співробітниця,
провідна наукова співробітниця,
Інститут психології імені Г.С. Костюка
НАПН України,
м. Київ, Україна

АФЕКТИВНА ПОВЕДІНКА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК НАСЛІДОК ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ПЕРЕЖИВАНЬ

Бойові дії та участь у військових конфліктах є надзвичайним стресогенним чинником, який призводить до значних психологічних наслідків. Одним із найбільш поширених і деструктивних наслідків є розвиток ПТСР.

Хоча ключові симптоми ПТСР включають інтрузії, уникнення та гіперзбудження, особливу увагу привертає афективна поведінка, що виступає як реакція на внутрішній дистрес, зумовлений травматичними переживаннями. Ці афективні прояви не лише ускладнюють перебіг самого розладу, але й становлять серйозну небезпеку для реінтеграції військовослужбовців у цивільне життя.

У військовому контексті афективні реакції формуються під дією екстремальних бойових умов, які вимагають високого рівня мобілізації, швидкого прийняття рішень і водночас створюють постійне відчуття небезпеки.

Емоційне напруження, страх за життя, втрата побратимів та почуття безсилля сприяють розвитку емоційних зривів, що можуть переходити в стійкі патерни афективної поведінки.

Хронічне перебування у стані емоційного напруження призводить до емоційного вигорання, деструктивних форм агресії, алкогольної або медикаментозної залежності, соціальної ізоляції. Афективні зриви можуть стати причиною дисциплінарних порушень, конфліктів у підрозділі, а в післявоєнний період – руйнування сімейних стосунків.

Уникання травматичних спогадів призводить до накопичення негативного афекту.

Військовослужбовці, навчені стримувати емоції в бойових умовах (концепція «військової маскулінності»), після демобілізації стикаються з «відкатом»: пригнічені емоції проявляють у формі гніву або депресії.

Афективна поведінка як наслідок ПТСР проявляється у кількох формах:

1. Гіперзбудження: військовослужбовці можуть демонструвати надмірну дратівливість, агресивність або імпульсивність. Військовослужбовці можуть відчувати постійне внутрішнє напруження, що легко трансформується у спалахи гніву або немотивовану агресію у відповідь на незначні подразники. Ця реакція часто є проявом гіперпильності та постійної бойової готовності, які зберігаються і в мирному середовищі.

2. Емоційне заціпеніння: це уникання емоційних зв'язків, апатія або дисоціація, що призводить до соціальної ізоляції та проблем у сімейних відносинах. Військовослужбовці втрачають інтерес до колишніх хобі та відносин. Для деяких ветеранів характерне зниження або повна втрата здатності відчувати позитивні емоції та відчуття причетності до подій навколо. Це захисний механізм, спрямований на уникнення болючих спогадів, але він призводить до відчуженості від близьких та втрати інтересу до звичної діяльності.

3. Депресивно-тривожні стани: коморбідність ПТСР з депресією сягає 50–70%, що проявляється в суїцидальних думках або самодеструктивній поведінці (Panagioti, 2012). Нав'язливі почуття ірраціональної провини, пов'язаної з бойовими діями (наприклад, «вина вцілілого») є потужним негативним афектом, що сприяє розвитку депресивних станів та підвищує ризик суїцидальної поведінки.

В Україні, де війна триває з 2014 року, опитування серед 1500 військовослужбовців ЗСУ виявило, що 35% мали симптоми важкої депресії, пов'язаної з посттравматичними переживаннями (Міністерство у справах ветеранів України, 2023).

Фактори ризику включають інтенсивність травми, відсутність соціальної підтримки та попередні психічні розлади.

Список використаних джерел

Panagioti, M., Gooding, P., Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: The role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, 53(7), 915-930. <https://doi.org/10.1016/j.comp psych.2012.02.009>

Ткач Б. М.,
*доктор психологічних наук, старший дослідник,
старший науковий співробітник лабораторії
психології навчання Інституту психології
імені Г.С. Костюка НАПН України,
професор кафедри психології
та педагогічної освіти
МКУ імені Пулипа Орлика,
м. Київ, Україна*

**ХРОНІЧНИЙ СТРЕС, НЕВИЗНАЧЕНІСТЬ
ТА КОГНІТИВНЕ ВИСНАЖЕННЯ:
НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПРОФІЛЬ
УКРАЇНСЬКИХ СТУДЕНТІВ У ВОЄННИЙ ЧАС**

Актуальність дослідження. Повномасштабна війна створила для українських студентів унікальну комбінацію хронічного стресу, фізичної небезпеки та освітньої невизначеності.

Навчання під обстрілами, в укриттях, при перебоях електроенергії та постійних змінах формату (онлайн–офлайн–змішаний) супроводжується значним зростанням рівнів тривоги, депресії, ПТСР і соматизованих скарг [1; 2; 3].

Це не лише погіршує суб'єктивне психічне здоров'я, а й має виразні нейропсихологічні наслідки: зниження уваги, погіршення робочої пам'яті, виконавчих функцій і здатності до навчальної саморегуляції [1; 2; 4].

Аналіз цих змін є критичним для розроблення реалістичних освітніх та психосоціальних стратегій підтримки студентської молоді.

Виклад основного матеріалу. Дослідження психологічного благополуччя українських студентів у воєнний час фіксують високу поширеність симптомів стресу, тривоги, депресії та порушень сну, при цьому серед медичних студентів і студентів спеціальностей «першої лінії» навантаження виявляється особливо значним [1].

Хронічна активація системи стресу (гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, симпато-адреналової системи) зумовлює підвищену збудливість, гіпервиглядовість, труднощі відновлення, що на нейропсихологічному рівні проявляється у зниженні стійкості уваги, швидкості переробки інформації, погіршенні епізодичної пам'яті [1; 4].

У вибірках університетської молоді, що навчається в умовах бойових дій або регулярних обстрілів, виявлено поєднання високого рівня емоційного напруження з відчуттям невизначеності щодо майбутнього й навчальної траєкторії [2; 5]. Перманентна загроза (сирени, новини про втрати, руйнування інфраструктури) формує стан «фонового стресу», який знижує когнітивний ресурс для навчання: студенти повідомляють про труднощі з концентрацією під час лекцій, неможливість тривалого читання, потребу в частих перервах, фрагментарне запам'ятовування матеріалу [2; 3; 4].

Лонгітюдні дані й перехресні дослідження демонструють, що високі рівні тривоги й депресії пов'язані зі зниженими показниками академічної успішності, самозадоволення навчанням і відчуттям «контролю над власною освітньою траєкторією» [1; 3]. Студенти з вираженими симптомами ПТСР частіше стикаються з феноменом «когнітивного заціпеніння» – труднощами прийняття рішень, ригідністю мислення, уникненням складних завдань, що особливо критично в умовах необхідності самостійного планування навчання [2; 4].

Окремі роботи описують вплив соціальної дезорганізації (переміщення, втрата звичних навчальних груп, розрив контактів з викладачами) на нейропсихологічні показники: зменшення «соціального буферу» стресу посилює суб'єктивне відчуття перевантаженості, що посилює когнітивні порушення [2; 5; 6]. Утрата рутин, які раніше підтримували здатність до саморегуляції (постійний розклад, стабільне навчальне середовище), веде до зниження виконавчих функцій, пов'язаних із фронтальними системами мозку: планування, інгібіції, когнітивної гнучкості.

Висновки:

1. Хронічний стрес і невизначеність освітнього простору в умовах війни мають виразні нейропсихологічні наслідки для українських студентів, що проявляються в порушеннях уваги, пам'яті, виконавчих функцій і, відповідно, зниженні академічної успішності.

2. Найвищі ризики когнітивного виснаження спостерігаються серед студентів прифронтових / обстрілюваних територій та студентів «критичних» спеціаль-

ностей, де навчальне навантаження поєднується з участю у волонтерській чи клінічній діяльності.

3. Освітня політика й університетські програми підтримки мають враховувати нейропсихологічний вплив хронічного стресу, впроваджуючи адаптовані формати навчання (гнучкі дедлайни, модульність, «когнітивно щадний» розклад) та системний психологічний супровід.

Список використаних джерел

1. Korda M., Shulhai A., Shevchuk O., Shulhai O., Shulhai A. Psychological well-being and academic performance of Ukrainian medical students under the burden of war: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*. 2025. Vol. 12. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1457026.
2. Polyvianaia M., Yachnik Y., Fegert J. et al. Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. *BMC Psychiatry*. 2025. Vol. 25. DOI: 10.1186/s12888-025-06654-1.
3. Pinchuk I., Feldman I., Seleznova V., Virchenko V. Braving the dark: mental health challenges and academic performance of Ukrainian university students during the war. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2025. DOI: 10.1007/s00127-025-02867-7.
4. Meshko H., Meshko O., Habrusieva N. The impact of the war in Ukraine on the emotional well-being of students in the learning process. *Journal of Intellectual Disability – Diagnosis and Treatment*. 2023. Vol. 11, No. 1. DOI: 10.6000/2292-2598.2023.11.01.7.
5. Kurapov A., Pavlenko V., Drozdov A. et al. Toward an understanding of the Russian-Ukrainian war impact on university students and personnel. *Journal of Loss and Trauma*. 2022. Vol. 28. P. 167–174. DOI: 10.1080/15325024.2022.2084838.
6. Byshevets N., Usychenko V. Adaptation of Ukrainian higher education students to the wartime stress factor. *Scientific Journal of National Pedagogical Dragomanov University. Series 15*. 2024. No. 5 (178). DOI: 10.31392/udu-nc.series15.2024.5(178).02.

Торжевська Н. Р.,
аспірантка кафедри психології
Відкритого міжнародного університету
розвитку людини «Україна»,
м. Київ, Україна

СИМПТОМИ ДИСТРЕСУ, ВИКЛИКАНОГО ГЕНДЕРНОЮ НЕВІДПОВІДНІСТЮ ТА МЕТОДИ ЙОГО ПОДОЛАННЯ

Постановка проблеми: Формування внутрішньо узгодженої гендерної ідентичності, яка є однією з фундаментальних складових структури самосвідомості особистості стабільної, стикається з рядом психологічних, соціальних викликів.

У випадку, коли цей процес супроводжується стійкою невідповідністю гендерної ідентичності і статтю, призначеною при народженні, в умовах, коли людина не отримує належної психологічної, соціальної, правової і медичної допомоги, виникає дистрес, симптомами якого є тривога, депресія, зниження самооцінки. [1, С.137-148]

При відсутності належної допомоги, ці симптоми з медикопсихологічних перетворюються на соціальні, адже часто призводять до зловживання алкоголем або вживання психотропних речовин, що в свою чергу може призвести до руйнування особистості. Важливою задачею сучасної науки є розробка системи подолання і профілактики розвитку стійкого дистресу, викликаного гендерною невідповідністю і системи медикопсихічної і соціальної допомоги, спрямованої на подолання негативних наслідків такого стану.

Мета дослідження: проаналізувати симптоми дистресу, викликаного гендерною невідповідністю та методи, інструменти його подолання.

Виклад основного матеріалу: Дослідники проблеми статево-рольової ідентичності особистості, зокрема, А. Адлер, Е. Еріксон, З. Фрейд, К. Хорні, К. Г. Юнг визначають її як систему усвідомлюваних, або підсвідомих патернів поведінки, що зумовлені статтю, яка є однією з фундаментальних складових структури самосвідомості особистості.

Порушення процесу формування статево-рольової ідентичності, стійка невідповідність гендерної ідентичності і статі, призначеної при народженні, можуть мати негативні наслідки для особистості, які проявляються через стрес, високий рівень тривожності, депресивні стани.

В дитячому віці проявами такого дистресу можуть бути: акцентуація на приналежності до іншої статі, мрія мати інше тіло, бажання більше часу проводити з представниками тієї статі, з якою відбувається асоціювання, несприйняття своїх статевих органів. [5] В дорослому віці – високий рівень тривожності, дезадаптація і самоізоляція, депресивні стани і пов'язані з цим соціальні проблеми, сильне бажання позбутись первинних та/або вторинних статевих органів, прагнення до сприйняття оточуючими як особи протилежної статі, з усіма соціальними проявами і умовностями.

Названі стани і в дорослому, і в дитячому віці вимагають медикопсихологічного втручання, адже мають негативний вплив на якість життя людини.

Для діагностики цих станів в сучасній практиці використовується цілий арсенал методів та інструментів раннього виявлення дистресу, викликаного гендерною невідповідністю, зокрема: глибоке біографічне інтерв'ю, оцінку наявності і ступеня вираженості гендерної невідповідності або дисфорії, оцінка соціально-психологічного клімату особистості і соціальних чинників, що впливають на самоусвідомлення, діагностика супутніх станів, що супроводжують дистрес, зокрема, депресії, тривожності, соціальної адаптованості, тестування на різні форми залежності. [6]

У випадку, коли доведено, що негативні стани є наслідком гендерної невідповідності, призначається індивідуальне лікування, метою якого є досягнення стану стійкого особистого комфорту в прийнятті своєї гендерної ідентичності, що має на меті оптимізацію загального фізичного здоров'я, психологічного добробуту та самореалізації. [2] Основними методами та інструментами допомоги подолання негативних станів є: психотерапія, гормональна терапія, гендрено-афірмативна хірургія.

Основні задачі психотерапії в подоланні негативних наслідків гендерної невідповідності – це, в першу чергу, створення безпечного підтримуючого простору, в якому клієнт може говорити про свої переживання, сумніви, страхи, пов'язані з гендерною ідентичністю та її вираженням.

Психотерапія спрямована на підтримку клієнта в процесі самопошуку і само-розуміння, усвідомлення себе, свого гендерного втілення. Важливою складовою

психотерапії є і підвищення гендерної грамотності – психотерапевт має допомогти знайти відповіді на питання, які шукає людина відносно власної ідентичності; дати або підказати де шукати інформацію про характер гендерної інконгруентності, можливі шляхи та варіанти підтримки, ознайомити з можливостями медичної і соціальної підтримки.

Психологічна освіта в цьому контексті спрямована і на подолання внутрішньоінтерналізованої трансфобії, боротьбу зі стігмами, розвиток навичок встановлення кордонів від негативно налаштованого оточення.

Психотерапія також спрямована:

- 1). На діагностику і лікування супутніх розладів (депресивний, тривожний);
- 2). Подолання негативних наслідків суспільного осуду і стигматизації;
- 3). Пошук механізмів комфортного гендерного самовираження. [1, С.137-148]

Задачами гормональної терапії при дистресі, викликаному гендерною невідповідністю, є вільне гендерне самовираження шляхом досягнення фізичної відповідності гендерній ідентичності.

Це реалізується за рахунок створення або посилення вторинних статевих ознак відповідних гендерній ідентичності, пригнічення статевих гормонів, які відповідають приписаній при народженні статі.

Гендрено-афірмативна хірургія може бути призначена після проходження всіх необхідних визначених законом етапів гендерного переходу і її задачею є видалення або корекція анатомічних структур, які не відповідають переживаній гендерній ідентичності, а також формування фізичних ознак ідентифікованої клієнтом статі. [3, С.1140-1149]

При цьому слід зазначити, що психотерапія має супроводжувати клієнта на всіх етапах психосоціальної підтримки, як ключовий елемент забезпечення свободи самовираження, формування інструментів протидії соціальній дискримінації і сімейним конфліктам, інтеграції нового образу «Я» в життя клієнта.

Висновки:

Гендерна невідповідність – це складний психосоціальний феномен, який, за відсутності соціальної підтримки і доступу до якісної медикопсихологічної допомоги і системи соціальної підтримки може призвести до розвитку дистресу зі значним зниженням якості життя.

Основними проявами дистресу, викликаного гендерною невідповідністю є тривога, депресія, самознецінення, соціальна дезадаптація.

Без відповідної підтримки дистрес здатен призвести до негативних наслідків, включно із психологічними розладами, залежностями, ізоляцією, конфліктами у сім'ї та середовищі, суїцидальним думкам і спробам.

Для точної діагностики дистресу мають бути використані багаторівневі психодіагностичні методи, спрямовані на оцінку гендерної невідповідності, психічного стану та соціального контексту людини.

Медикопсихологічна допомога при дистресі, викликаному гендерною невідповідністю має бути комплексною і включати психотерапевтичну, медичну, соціальну та правову підтримку.

Психотерапія є базовим інструментом подолання негативних наслідків гендерної невідповідності; її завдання — забезпечити безпеку, підтримку саморозуміння, зменшення внутрішньої стигми, розвиток навичок протидії дискримінації та інтеграцію нової ідентичності в життя людини.

При високому рівні культури суспільства, при якісній системі надання психологічної, медичної, соціальної і правової підтримки, негативні наслідки дистресу, викликаного гендерною невідповідністю можуть бути мінімальними або не виникнути взагалі.

Список використаних джерел

1. Bockting W, Coleman E: Developmental stages of the transgender coming-out process. Toward an integrated identity. In: R Ettner, S Monstrey, E Coleman (Eds). *Principles of Transgender Medicine and Surgery*, Second Edition. Routledge, NY, 2016; pp 137-148. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.semanticscholar.org/paper/Developmental-Stages-of-the-Transgender-Coming-Out-Ettner-Monstrey/0b7e34aa5d5b1551f9254c0bd4cf7c256ed44e64>
2. Coleman E, Radix A E, Bouman WP, et al: Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *Int J Transgend Health*, 23:sup1, S1-S259, 2022 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36238954/>
3. Kilmer LH, Chou J, Campbell CA, DeGeorge BR, Stranix JT. Gender-Affirming Surgery Improves Mental Health Outcomes and Decreases Antidepressant Use in Patients with Gender Dysphoria. *Plast Reconstr Surg*. 2024;154(5):1142-1149. doi:10.1097/PRS.00000000000011325 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38315125/>

4. Reiner WG, Reiner DT. Thoughts on the nature of identity: how disorders of sex development inform clinical research about gender identity disorders. *J Homosex.* 2012;59(3):434-49. doi: 10.1080/00918369.2012.653312. PMID: 22455329.
5. Wallien MSC, Cohen-Kettenis PT: Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47(12)1413-1423, 2008
6. World Professional Association for Transgender Health: Standards of Care Version 8, pp. S31-S68 [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/26895269.2022.2100644>

Турбан В.В.,
*докторка психологічних наук, професорка,
завідувачка лабораторії загальної психології
та історії психології імені В.А. Роменця
Інституту психології імені Г.С. Костюка
НАПН України,
м. Київ, Україна*

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ
ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ В УМОВАХ ВІЙНИ:
ЕМПІРИЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА ПРОФІЛЬ УРАЗЛИВИХ ГРУП**

Актуальність дослідження. Повномасштабна війна в Україні спричинила різке зростання рівнів стресу, тривоги, депресії, ПТСР, моральної травми та інших порушень психічного здоров'я серед цивільного населення.

Перші хвили досліджень засвідчили, що масштаби психічних наслідків є співмірними з іншими сучасними воєнними конфліктами, але при цьому мають власну структуру факторів ризику та захисту [1–4].

Особливої уваги потребують жінки, люди похилого віку, внутрішньо переміщені особи (ВПО), біженці, а також ті, хто безпосередньо зазнав втрат, насильства чи тривалих обстрілів [3; 5–7]. Систематизація емпіричних даних щодо соціально-психологічного благополуччя в цих групах є критично важливою для планування цільових психосоціальних інтервенцій.

Виклад основного матеріалу. Ряд досліджень, проведених у перші місяці та протягом першого року повномасштабної війни, фіксує високі рівні стресу, тривоги та депресії серед широких груп цивільного населення [1; 2; 8]. Зокрема, у вибірках студентів, працівників університетів та міських жителів було виявлено підвищення показників депресивних симптомів, безсоння та соматичних скарг у поєднанні з почуттями невизначеності й втрати контролю [2; 8].

Окремий напрямок становлять дослідження ПТСР і моральної травми. Роботи, присвячені цивільному населенню, демонструють, що переживання безсилля, свідчення воєнних злочинів, руйнування базових моральних очікувань («дер-

жава не захистила», «світ байдуже спостерігає») виступають потужними предикторами ПТСР і тривалого дистресу [3; 9]. При цьому поєднання прямої травмизації (обстріли, поранення, смерть близьких) із хронічною небезпекою та соціально-економічною нестабільністю посилює ризик стійких психічних порушень.

Дослідження динаміки психічних станів показують, що на початку повномасштабного вторгнення домінували страх, паніка, розгубленість; з часом емоційний фон змістився в бік втоми, апатії, дратівливості, зростання відчуття «знесилення» [10; 11]. У частини населення спостерігається феномен «захисної байдужості» як форми психологічного захисту, тоді як в іншій частині — парадоксальне зростання інтересу до життя, мобілізація активності та альтруїстична поведінка [10; 11].

Крос-культурні дослідження, що порівнюють українське населення з жителями країн-сусідів та більш віддалених регіонів, підтверджують високий рівень депресії, тривоги та ПТСР серед українців, але водночас вказують на суттєві відмінності залежно від контексту (перебування всередині країни, у країні-приймачі, у транзиті тощо) [6; 12]. Узагальнено можна говорити про поєднання високого дистресу з одночасно високими рівнями суб'єктивної значущості подій, ідентифікації з країною та готовності до подальших зусиль.

Висновки:

1. Соціально-психологічне благополуччя цивільного населення України в умовах війни характеризується поєднанням високих рівнів стресу, тривоги, депресії, ПТСР і моральної травми з вираженим відчуттям невизначеності та втрати контролю.

2. Найбільш уразливими групами є жінки, літні люди, ВПО, біженці та особи з досвідом прямих втрат і насильства, що вимагає цільових програм допомоги.

3. Подальші дослідження мають зосереджуватися на відстеженні довгострокової динаміки психічних станів, поєднанні клінічної й популяційної перспективи та розробці комплексних моделей ризику й захисту.

Список використаних джерел

1. Kurapov A., Kalaitzaki A., Keller V., Danyliuk I., Kowatsch T. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1134780.

2. Kurapov A., Danyliuk I., Loboda A. et al. Six months into the war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine. *Frontiers in Psychiatry*. 2023. Vol. 14. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1190465.
3. Zasiiekina L., Zasiiekin S., Kuperman V. Post-traumatic Stress Disorder and Moral Injury Among Ukrainian Civilians During the Ongoing War. *Journal of Community Health*. 2023. P. 1–9. DOI: 10.1007/s10900-023-01225-5.
4. Shevlin M., Hyland P., Karatzias T. The psychological consequences of the Ukraine war: What we know, and what we have to learn. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2022. Vol. 146. P. 105–106. DOI: 10.1111/acps.13466.
5. Kokun O. The Ukrainian Population's War Losses and Their Psychological and Physical Health. *Journal of Loss and Trauma*. 2022. Vol. 28. P. 434–447. DOI: 10.1080/15325024.2022.2136612.
6. Chudzicka-Czupała A., Hapon N., Chiang S. et al. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports*. 2023. Vol. 13. DOI: 10.1038/s41598-023-28729-3.
7. Dukhlii P., Trofimova D. The impact of war on the psychological state of Ukrainian citizens: an analysis of empirical data. *Habitus*. 2024. DOI: 10.32782/2663-5208.2024.68.24.
8. Kurapov A., Pavlenko V., Drozdov A. et al. Toward an Understanding of the Russian-Ukrainian War Impact on University Students and Personnel. *Journal of Loss and Trauma*. 2022. Vol. 28. P. 167–174. DOI: 10.1080/15325024.2022.2084838.
9. Johnson R., Antonaccio O., Botchkovar E., Hobfoll S. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2021. Vol. 57. P. 1807–1816. DOI: 10.1007/s00127-021-02176-9.
10. Zhdanova I., Shakhova O., Rodenkova V. Mental states dynamics in civilians during the war in Ukraine. 2023. No. 74. DOI: 10.26565/2225-7756-2023-74-01.
11. Fel S., Jurek K., Lenart-Kłoś K. The relationship between socio-demographic factors and depression: a cross sectional study among civilian participants in hostilities in Ukraine. *Scientific Reports*. 2023. Vol. 13. DOI: 10.1038/s41598-023-49289-6.
12. Scharbert J., Humberg S., Kroencke L. et al. Psychological well-being in Europe after the outbreak of war in Ukraine. *Nature Communications*. 2024. Vol. 15. DOI: 10.1038/s41467-024-44693-6.

Хоптій А. Г.,
*студентка 1 курсу магістратури,
ОПП «Психологія»,
Факультет психології
УДУ імені Михайла Драгоманова,
м. Київ, Україна*

**РЕЗИЛІЄНТНІСТЬ ЯК КЛЮЧОВА КАТЕГОРІЯ
СУЧАСНОЇ УКРАЇНСЬКОЇ ПСИХОЛОГІЇ:
ТЕОРЕТИКО-ПРАКТИЧНИЙ ВИМІР**

У сучасному світі, сповненому невизначеності, турбулентності та кризових явищ, поняття резилієнтності набуває особливого значення.

В Україні, яка переживає тривалу соціополітичну та воєнну кризу, феномен психологічної стійкості стає не лише предметом наукових досліджень, а й необхідною умовою збереження психічного здоров'я населення, функціонування соціальних інститутів та подальшого розвитку суспільства.

Резилієнтність, як ключова категорія сучасної психології, розглядається сьогодні у багатьох теоретико-практичних контекстах: від індивідуальної стійкості до колективної та національної спроможності адаптуватися, долати виклики й розвиватися попри кризові обставини [1– 3].

Поняття резилієнтності в психології виникло в межах вивчення механізмів адаптації особистості до стресових впливів і спочатку стосувалося здатності дитини, яка зростає в умовах несприятливого середовища, досягати позитивного розвитку.

Згодом, це поняття набуло ширшого значення – як динамічна здатність особистості адаптуватися до складних умов, мобілізуючи внутрішні ресурси, підтримку з боку соціального оточення, культурні та ціннісні орієнтири.

У сучасній українській психологічній науці резилієнтність дедалі частіше інтерпретується не лише як індивідуальна риса, а і як цілісна система психологічних, соціальних, культурних та, навіть, духовних чинників, що забезпечують здатність людини жити, діяти та розвиватися в умовах тривалої кризи [1].

Одним із ключових теоретичних аспектів вивчення резиліентності є її структура та складові.

Більшість дослідників виокремлюють:

- ❖ *когнітивний компонент* (реалістична оцінка ситуації, гнучкість мислення);
- ❖ *емоційний* (здатність до емоційної саморегуляції, переживання надії та сенсу);
- ❖ *поведінковий* (активне подолання труднощів, ініціативність);
- ❖ *соціальний* (наявність підтримуючого оточення, здатність до співпраці та взаємодії).

В українському контексті актуальним є також акцент на духовно-моральному вимірі резиліентності, зокрема таких чинників як патріотизм, служіння іншим, відданість справі, віра в перемогу [2].

З теоретичної точки зору, резиліентність поєднує в собі риси стабільності та розвитку. Вона не є застиглою якістю, а радше динамічним процесом, що формується впродовж життя. Людина може бути резиліентною в одному періоді життя і втрачати цю здатність в іншому, що вимагає безперервної підтримки, розвитку внутрішніх ресурсів, практик рефлексії, психологічної допомоги. Таким чином, розуміння резиліентності як процесу дає змогу будувати програми підтримки, орієнтовані на поступове нарощування стійкості, а не лише на діагностику її наявності чи відсутності.

Психологічні дослідження в Україні упродовж останнього десятиліття показують зростання інтересу до тематики стресостійкості, посттравматичного зростання, адаптаційних ресурсів особистості. Особливо інтенсивно це поняття стало розроблятися після 2014 року, коли розпочалася збройна агресія проти України.

Проблеми адаптації військових, переселенців, волонтерів, медиків, освітян — усіх тих, хто опинився в епіцентрі змін, вимагають не лише теоретичного осмислення, а й ефективних психологічних практик. Паралельно виникає потреба у розробці діагностичних інструментів, здатних адекватно вимірювати рівень резиліентності, виявляти слабкі ланки у системі підтримки людини [2].

Особливої актуальності резиліентність набула в роботі з військовими та ветеранами, які зазнали травматичного досвіду. У цьому контексті вона розглядається не лише як здатність витримати стрес, а й як механізм відновлення та особистісного зростання після травми.

Посттравматичне зростання, як прояв високого рівня резиліентності, передбачає не лише відновлення втрачених функцій, а й глибоке переосмислення життєвих цінностей, посилення особистісної зрілості, здобуття нових смислів.

Ці процеси мають вирішальне значення для ефективної реінтеграції ветеранів у мирне життя, збереження їхнього психічного здоров'я та залучення до конструктивної соціальної діяльності.

У сфері освіти резиліентність розглядається як базова компетентність педагогів та учнів, що дозволяє успішно діяти в умовах освітніх реформ, дистанційного навчання, інформаційного перевантаження та тривожності.

Учитель, як лідер освітнього процесу, повинен бути не лише обізнаним фахівцем, а й джерелом емоційної стабільності для учнів. Формування резиліентності у педагогічному середовищі вимагає створення підтримуючого простору, запровадження програм діагностики, профілактики та корекції професійного вигорання, тренінгів стресостійкості, регулярної супервізії. Для учнів резиліентність є тим ресурсом, що дозволяє їм долати навчальні труднощі, зберігати самооцінку, адаптуватися до змін середовища та продовжувати розвиток у складних умовах.

На рівні суспільства резиліентність набуває форми колективної чи громадянської стійкості. Вона проявляється у здатності громади, соціуму об'єднуватися перед викликами, допомагати вразливим категоріям населення, підтримувати внутрішній баланс попри зовнішні загрози. В умовах війни це виявляється у волонтерській активності, взаємній підтримці, самоорганізації громад, високому рівні довіри до ЗСУ. Українське суспільство демонструє приклади надзвичайної резиліентності, що засвідчує наявність глибоких культурних, моральних та екзистенційних джерел внутрішньої сили.

З практичної точки зору розвиток резиліентності можливий через низку психологічних інтервенцій. Ефективними є когнітивно-поведінкові підходи, що допомагають змінити деструктивні переконання та розвивати навички адаптивного мислення [3; 4].

Позитивна психотерапія, нарративний підхід, методи арт-терапії, тілесно-орієнтовані практики – всі вони створюють умови для осмислення пережитого, інтеграції досвіду, мобілізації внутрішніх ресурсів. Групова робота, особливо у форматі підтримуючих груп, створює додатковий соціальний ресурс, який посилює індивідуальну стійкість. У практиці українських психологів усе частіше застосовуються також елементи майндфулнесу, тренінги емоційного інтелекту, мето-

дики розвитку самоусвідомлення, які сприяють підвищенню загальної адаптивності особистості.

Важливо також розглядати резилієнтність як предмет національної політики у сфері охорони психічного здоров'я. Формування культури психологічного добробуту, популяризація звернень до психолога, розвиток інститутів психологічної підтримки, особливо на рівні громад – усе це є умовами для стійкості суспільства.

Державна підтримка програм, спрямованих на подолання стресових наслідків війни, розбудову системи психологічної допомоги, реабілітаційних центрів для ветеранів, навчання фахівців – усе це має бути інтегрованим у стратегію післявоєнного відновлення країни.

Таким чином, резилієнтність у сучасній українській психології постає як багатовимірне поняття, що об'єднує теоретичне осмислення, емпіричні дослідження та практичні інтервенції.

Вона є не лише індивідуальною характеристикою, а й соціокультурним феноменом, що визначає здатність особистості, громади та нації, загалом, долати виклики та формувати як індивідуальне, так і суспільне майбутнє. У теперішньому історичному контексті України резилієнтність є не просто рисою характеру, а необхідністю, що забезпечує виживання, розвиток і гідне життя попри все.

Саме тому її дослідження, розвиток і підтримка мають стати пріоритетом як для науковців, так і для практиків, освітян, управлінців, кожного громадянина України.

Список використаних джерел

1. Асонов, Д., Хаустова, О. (2019). Розвиток концепції резилієнсу в науковій літературі протягом останніх років. Психосоматична медицина та загальна практика, 4(4), [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://uk.emedjournal.com/index.php/psp/article/view/219>
2. Кокун О. М., Мельничук Т. І. Резилієнс-довідник: практичний посібник. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2023. 25 с.
3. Хамініч О. М. Резильєнтність: життестійкість, життєздатність або резильєнтність? / О. М. Хамініч // *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Вип. 6, Т. 2, 2016. С. 160–165.
4. Чиханцова, О. (2021). Психологічна основи життестійкості особистості: монографія. Київ: Талком. 319 с. [Електронний ресурс]. Режим доступу: <https://lib.iitta.gov.ua/727629>

Чудакова В. П.,
*кандидатка психологічних наук,
старша наукова співробітниця
лабораторії загальної психології
та історії психології ім. В. А. Роменця
Інституту психології імені Г. С. Костюка
НАПН України,
Київ, Україна*

**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБИСТОСТІ
В КРИЗОВИХ СИТУАЦІЯХ, У ПОДОЛАННІ НАСЛІДКІВ ТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ,
РОЗВИТКУ СТРЕСОСТІЙКОСТІ, ЗДАТНОСТІ ДО ШВИДКОЇ АДАПТАЦІЇ
І ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ**

У сучасних умовах екстремальних і кризових умовах воєнного стану набирає особливої уваги актуальність багатоаспектної проблеми забезпечення психологічної допомоги, підтримки і самодопомоги в подоланні наслідків психологічних проблем, травм, розвиток компетентностей стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості в складних життєвих кризових і травмуючих ситуаціях.

Воєнний конфлікт спричинив низку важких ситуацій, які для різних верств населення стали стресовими, кризовими, травмівними. Особливих випробувань зазнають мирні жителі, що перебувають у зоні конфлікту, вимушені переселенці, родини загиблих; військовослужбовці – як ті, хто бере участь у бойових діях, так і демобілізовані, та їхні сім'ї; волонтери і всі, хто працює з потерпілими. Цим людям важко адаптуватися до нових складних обставин, нелегко і в повсякденному житті. У них може погіршуватися і фізичне, і психічне здоров'я, загострюватися наявні проблеми та з'являтися нові [2-4; 8; 10].

Проблема психічної травми, її наслідки та шляхи вирішення. З'ясовано, що «психіка людини» – складна багатофункціональна система, що дозволяє людині витримувати травматичний досвід, адаптуватися навіть до найжорсткіших і часом нелюдських умов життя. Проте травматичний досвід зберігається у глибинних системах психіки і починає латентно (скрито) впливати життя людини,

дорослого чи дитини.

Постійне внутрішнє невдоволення створює платформу соціальних конфліктів; почуття провини, страхи, через відчуття безсилля змінити неприйнятну ситуацію готує ґрунт для психосоматичних, адиктивних порушень, появи неврозів, депресії та суїцидальних тенденцій [2-4].

Важливо зазначити, що матеріальні збитки, кількість фізично постраждалих людей можна оцінити, *але практично не піддається оцінці психоемоційну, моральну шкоду, завдану військовим конфліктом здоров'ю дітей та їхніх батьків, особам похилого віку. Крім учасників бойових дій, найбільш постраждалою стороною в ситуації воєнного конфлікту виявляються діти і жінки, які відчують сильне почуття незахищеності.*

Проблема «психічної травми» безпосередньо пов'язана з глибинними феноменами психіки і сприймається як афективний слід переживань, пов'язаних із певною травмуючою подією – це якась зовнішня подія, яка заподіяла шкоди (людині, дорослій чи дитині, середовищі існування), наслідки якої переживаються настільки інтенсивно, що свідомою частиною психіки неспроможна їх сприйняти. Головною ознакою події, що травмує, є його раптовість. Травмуюча подія здатна різко та несподівано змінити життя людини, соціальну ситуацію розвитку .

Психічна травма здатна вплинути на все психічне життя людини, залишаючи негативний слід у функціонуванні процесів когнітивної сфери, соціального життя та загальної адаптивності. Наслідки психічної травми проявляють себе в переживаннях суб'єкта щодо повсякденного життя, яке сприймається з дефіцитом спілкування, яскравості сприйняття навколишнього світу, позитивних емоцій, що призводить до стійкого зниження настрою, нападів тривоги, паніки. При цьому раніше цілком самодостатня особистість починає відчувати безпорадність, самотність, страхи, втрату сенсу життя. Психічна травма деструктивно впливає сприйняття суб'єктом часу і простору. Порушується природний в'язок між подіями минулого, сьогодення та майбутнього [2-4; 8; 10]. Саме тому є необхідність підготовки фахівців для вирішення названої проблеми.

Психологічні проблеми людей, які отримали травматичний досвід в умовах воєнного часу, внаслідок військових дій, потребують професійного вирішення та психологічного супроводу: психологічної допомоги, підтримки та самодопомоги. Важливо зазначити, що матеріальні збитки, кількість фізично постраждалих людей можна оцінити, але практично не піддається оцінці психоемоційну, моральну шкоду, завдану їх здоров'ю.

Крім військових-учасників бойових дій, найбільш постраждалою стороною в ситуації воєнного часу виявляються цивільне населення, яке відчувають сильне почуття незахищеності [3; 4].

Особливості проблеми стресостійкості та здатність до швидкої адаптації.

Стресостійкість та здатність до швидкої адаптації – це ключові фактори успішного подолання травми та ресурс посттравматичного зростання [2-4; 8; 10]. *Стресостійкість* – це здатність людини ефективно реагувати і витримувати стресові ситуації, зберігаючи внутрішній баланс, ясність мислення та контроль над емоціями, зберігаючи працездатність та психічне/фізичне здоров'я, а *здатність до швидкої адаптації* – це біологічна функція стресу. Тобто стрес, як особливий психофізіологічний стан, забезпечує захист організму від загрозливих та руйнівних впливів, як психічних, так і фізичних, це гнучкість до змін та вміння ефективно пристосовуватися до нових умов. *Психологічна адаптація* – це процес пристосування особистості до умов навколишнього середовища, що включає як стійкість до змін, так і результат цього пристосування. Цей процес дозволяє людині адекватно реагувати на нові виклики, задовольняти свої потреби та підтримувати психічне благополуччя. *Ці якості взаємопов'язані*, оскільки адаптаційна гнучкість допомагає ефективніше долати стрес, а стресостійкість покращує загальну здатність не тільки пристосовуватися, але і зростати. *Результат розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації. сприяє:*

- прискоренню відновлення після травми;
- зростанню психологічної стійкості;
- розвитку нових навичок, здібностей і психологічних компетентностей;
- отримання цінного досвіду; – формування більш глибокого розуміння себе та світу.

Особливості і багаторівневість психологічної допомоги. Щоб звести до мінімуму руйнівні наслідки травмуючих ситуацій, сприяти збереженню психічного здоров'я, потрібна *психологічна допомога, підтримка* постраждалим як в умовах екстремальної/надзвичайної ситуації воєнного стану, так і після повернення із зони ризику.

Психологічна допомога та психологічна підтримка – важливі складові мінімального реагування (безпосередньо в екстремальній ситуації) та комплексного реагування (на етапі стабілізації та раннього оновлення). *Психологічна допомога* – це сфера практичного застосування психології та психотерапії, орієнтованих

на підвищення психологічної компетентності, розширення психологічних можливостей людей. Психологічна допомога – цілеспрямована на активність, на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному та соціальному функціонуванні. [2-4; 8; 10].

Представники різних груп людей із психотравмівним досвідом по-різному переживають кризові, травмівні та стресові події, по-різному адаптуються до життя, тож і *психологічна допомога* у кожному окремому випадку *має свої особливості*. Одним із принципів [4; 8] психологічної допомоги *на етапі комплексного реагування*, як і *на етапі мінімального реагування*, та в системі психологічної реабілітації, є **багаторівневість**:

- 1) рання психологічна допомога,
- 2) соціально-психологічний супровід,
- 3) психологічна реабілітація,
- 4) комплексна реабілітація.

Кожен рівень, на якому надається психологічна допомога, *передбачає певні вимоги* до місця надання, до підготовки тих, хто надає психологічну допомогу, вимоги до реалізації різноманітних заходів, різних форм психологічної допомоги, залежно від соціальної ситуації, потреб і стану постраждалих.

Розглянемо *роль психологічної допомоги та навичок стресостійкості та здатність до швидкої адаптації у досягненні особистісного і посттравматичного зростання*. ПТР – це не автоматичний результат травми, а результат активної роботи з осмислення, подолання і зростання. – *Психологічна допомога та підтримка створюють безпечний простір для цієї роботи*. Терапія допомагає переробити травму, не дозволяючи їй стати хронічним розладом (ПТСР), що звільняє психічну енергію для зростання. – *Розвиток стресостійкості та адаптації* (особливо когнітивна переоцінка) є ключовим механізмом ПТР. Ці навички дозволяють людині не уникати хворобливих думок, а активно впоратися з ними, інтегруючи травматичний досвід у свою життєву історію у конструктивній манері. Людина починає бачити себе не як жертву , а як того , хто вижив , який став сильнішим.

Використання інтегративного інструментарію «Технології» у надзвичайних /екстремальних умовах, кризових і складних життєвих травмуючих ситуаціях. Розкриємо інтегративний інструментарій, який може виступити у ролі засобів, які трансформують руйнівний потенціал травми, стресу на ресурс для особистісного розвитку. Без активного втручання (психологічної допомоги) та

внутрішніх зусиль (самодопомоги) травматичний досвід з більшою ймовірністю призведе до ПТСР (посттравматичного стресового розладу), а не до зростання. У контексті даного дослідження ми акцентуємо основну увагу на науково-методичному забезпеченні психологічної допомоги, засобами розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації.

Насамперед спеціалізована допомога має орієнтуватися на: зниження емоційної напруги, стабілізацію рівня тривожності, нівелювання агресії; підвищення продуктивної активності та спонтанності поведінки у ситуаціях спілкування та діяльності, зміцнення мотивації співробітництва та почуття спільності; стабілізацію почуття безпеки (захист від можливої подальшої шкоди); формування та розвиток адаптаційних ресурсів та навичок саморегуляції.

У складних умовах сучасності особливого значення набуває професійна підтримка та **спеціальна психологічна підготовка фахівців-психологів** у їхньому прагненні до самовдосконалення, готовності до конструктивних змін, професійного зростання. Буквально змусили психологів підвищувати свій кваліфікаційний рівень по. Часто стикаючись зі складними ситуаціями, наодинці *психологи змушені активувати всі свої ресурси*: емпатію, співчуття, когнітивні процеси, що безсумнівно *призводить до почуттів виснаження та професійного вигорання*. Особливо гостро ця проблема заявляє себе *в умовах дефіциту часу*.

З метою вирішення вище зазначених проблем, науково-методичного забезпечення психологічної допомоги і розвитку компетентностей стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості в складних життєвих травмуючих ситуаціях, нами за теоретико-методологічну, методичну та практико-орієнтовану основу нами використано інтегративний інструментарій «Технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості» (автор, В.П. Чу дакова) [1-10] (далі «Технологія»). Вона складається з двох взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих моделей:

1) Діагностична модель експертизи [1-6; 7; 9; 10];

2) Корекційно-розвивальна модель рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу, що складається з 2-х програм індивідуальної програми і загальної програми [1-7; 9].

Незважаючи на те, що «Технологія» розроблялася для використання у мирний час (освіта, бізнес), своєї актуальності вона набула в екстремальних умовах, під час світової кризи пов'язаної covid-19, а також, у надзвичайних/екстремальних

умовах військового стану, виявлено, що її ключові елементи мають найвищу актуальність для особистісного та посттравматичного зростання комбатантів і цивільних.

Зокрема на її основі «Технології» нами розроблено і впроваджено *науково-методичне забезпечення* психологічної підтримки і самодопомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації» (далі, «технологія»), і виявлення її впливу на посттравматичне зростання особистості. Кожний із названих моделей «Технології» містить основні блоки: інформаційно-смісловий, діагностичний, аналітично-інтерпретаційний та прогностичний, та корекційно-розвивальний. Розглянемо зміст, структуру, результати «Технології» (автор, В. П. Чудакова), і її роль у посттравматичному зростанню і особистісного зростання комбатантів і цивільних [1-5; 7; 9].

Розвиток психологічних компетентностей конкурентоздатності як інтегративний інструментарій засобів розвитку стресостійкості, здатності до швидкої адаптації та посттравматичного і особистісного зростання.

Конкурентоздатність в даному контексті реалізації «Технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості» розуміється не як суперництво, а як здатність особистості ефективно мобілізувати ресурси, ставити і досягати мету в нових, часто несприятливих умовах (подолання внутрішнього опору та зовнішніх бар'єрів), самореалізувати себе, знайти себе, стати конкурентоздатним на ринку праці.

На основі авторської «Технології», щодо формування психологічної компетентностей конкурентоздатність, підібрано валідний та надійний психодіагностичний і корекційно-розвивальний інструментарій, розроблено комплексні програми психологічної допомоги військовослужбовцям, учасникам бойових дій, їх родинам і громадянському населенню (демобілізованим, учасникам освітнього процесу, та іншим). Вони направлені не лише на лікування, психологічну допомогу, підтримку у подоланні наслідків психологічних проблем, травм, стресу і міжособистісних труднощів, а також орієнтовані на особистісне зростання і *посттравматичне зростання* (ПТР). Ці програми поєднують відновлення (компетентність) та розвиток (конкурентоздатність).

«Технологія» В.П. Чудакової є академічною розробкою, спрямованою на розвиток якостей, необхідних для успішної діяльності та самореалізації в умовах підвищених вимог. Вона складається з двох взаємопов'язаних і взаємодоповнюючих моделей:

1) Діагностична модель експертизи;

2) Корекційно-розвивальна модель рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу, що складається з 2-х програм індивідуальної програми і загальної програми [8; 13; 14].

Зміст та перспективні можливості результатів реалізації авторської «Технології» [1-10], Розглянемо зміст, структуру, результати «Технології» (автор, В. П. Чудакова), і її роль у посттравматичному зростанні і особистісного зростання комбатантів і цивільних (табл. 1).

Таблиця 1

Зміст, структура, результати «технології» і роль на формування посттравматичного зростання і особистісного зростання

«Технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості» (автор, В. П. Чудакова) (далі «Технологія»), і їх роль посттравматичному зростанню і особистісного зростанню комбатантів і цивільних.
Зміст і структура «Технології»: 1) Діагностична модель експертизи; 2) Корекційно-розвивальна модель рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу, що складається з 2-х програм індивідуальної програми і загальної програми
Перший складник «Технології»: «1. Діагностична модель експертизи компетентностей конкурентоспроможності особистості». Вона відповідає констатувальному діагностичному етапу дослідження, що дає можливість виявлення сильних і слабких сторін психологічних компетентностей, виявлення дефіциту конкретних компетентностей (наприклад, низький рівень саморегуляції, тощо).
За результатами математично-статистичного аналізу (за програмою SPSS) реалізації компонентів діагностичної моделі технології нами виявлено латентну (приховану) структуру факторів «пріоритетних психологічних компетентностей конкурентоспроможності особистості, і виявлено їх зв'язок з особистісним і посттравматичним зростанням. Розкриємо зміст латентної (прихованої) структури факторів:
Фактор 1. Компетентності цілепокладання ($r=0,927$): – оволодіння ефективними стратегіями постановки та досягнення цілей ($r=0,873$) – визначення своєї місії та призначення ($r=0,873$). Фактор 2. Мотиваційна компетентність ($r=0,736$), створення позитивної мотивації. Фактор 3. Компетентності подолання психологічних проблем та розвиток стресостійкості: оволодіння навичками гнучкого реагування на ситуацію ($r=0,794$); вміння отримати новий рівень управління своїми

станами ($r = 0,794$); вміння набувати емоційної стійкості; ($R = 0,709$); – оволодіння методами позбавлення від почуття провини, залежностей та інших комплексів ($r=0,674$); вміння переформувати наслідки психологічних проблем та інших травмуючих $r=0$ вміння використовувати методи переформування страхів, фобій, тривоги, песимізму та депресії ($r=0,413$). *Фактор 4.* Комуникативна компетентність: – оволодіння технологіями ефективної взаємодії з людьми ($r=0,975$), (колегами ($r=0,886$); відносини довіри та співробітництва ($r=0,975$); вміння вирішувати міжособистісні протиріччя; *Фактор 5.* Спеціальні (спеціальні) міжособистісних протиріч; оволодіння мистецтвом суспільних виступів; подолання професійного стресу і синдром професійного вигорання . емоційно-практична спрямованість) [7; 9].

Також, **виявлено позитивний їх взаємозв'язок з особистісним і посттравматичним зростанням**, про свідчать високі позитивні показники кореляції) [7; 9].

Другий складник «Технології»: «2) Корекційно-розвивальна модель рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу». Вона відповідає формувальнику етапу дослідження. *Метою розробки є розкриття:* теоретико-методологічних, діагностичних, практико-орієнтованих передумов «формування компетентностей конкурентоспроможності особистості в умовах інноваційної діяльності організації». Для реалізації корекційної моделі, нами *розроблені та впроваджені дві авторські програми спеціальної психологічної підготовки* рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу (PIT): 1) загальна програма». 2). індивідуальна програма PIT [1-10].

2.1). Загальна програма спецкурсу PIT.: «Підготовка експертів-тренерів реалізації «технології формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості в швидко змінних умовах інноваційної діяльності організації» (загальна програма»).

У процесі розробки цього спецкурсу враховувалися основні фактори, що впливають на формування компетентностей конкурентоздатної особистості в швидко змінних умовах інноваційної діяльності, які виявлено нами за результатами математично-статистичного аналізу [1-10]. *Особливу увагу в процесі реалізації названої програми заслуговує* рефлексивно-інноваційний тренінг та коучинг (PIT), в умовах реалізації корекційно-розвивальної моделі «Технології».

Програма спецкурсу PIT націлена на підготовку тренерів-експертів в галузі впровадження і масової реалізації «Технології». **Мета загальної програми PIT:** – Програма спецкурсу PIT націлена на підготовку експертів-тренерів з реалізації

«Технології»; – Оволодіння психолого-педагогічними знаннями, вміннями, навичками проведення експертизи (діагностики, оцінювання, прогнозування) та використання корекційно-розвивальних інтерактивних методів для формування компетентностей конкурентоспроможності особистості в умовах інноваційної діяльності. Що дозволяє впровадити у освітню практику «Технології».

Що дає можливість самостійно впровадити в освітню практику «Психолого-організаційну технологію формування компетентностей конкурентоздатності особистості в умовах інноваційної діяльності організації». **Зміст «загальної програми» РІТ.** Програма курсу складається із 7 розділів, кожен з яких є логічним продовженням і завершенням попередньої, і має свій освітній розвивальний цикл, в комплексі представляють систему підготовки та розвитку арсеналу особистої ефективності людини.

2.2). Індивідуальна програма рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу (РІТ): «Сучасні психологічні технології формування компетентностей конкурентоспроможної особистості в умовах інноваційної діяльності» [8; 10].

Мета «індивідуальної» програми РІТ: оволодіння певними соціально-психологічними знаннями, вміннями, навичками, компетентностями необхідних для у сфері спілкування, діяльності, власного розвитку та корекції, для формування психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості. **Це дозволяє вирішити наступні завдання:** – розвивати комунікативну та інтерактивну компетентність; – оволодіти інструментарієм ефективної взаємодії і взаєморозуміння між людьми; – розвивати рефлексивні навички, здатність аналізувати ситуацію, поведінку і стан в цій ситуації, як членів групи так і особистості; – опановувати вміннями адекватно сприймати себе і оточуючих, що сприяє виробленню і коригування норм особистої поведінки і міжособистісного взаємодії; – *розвивати емоційну стійкість в складних життєвих ситуаціях і здатність до швидкої адаптації*; – опановувати способами позбавлення від тривожних переживань, фобій, страхів і інших психологічних травм і травмуючих спогадів; – оволодіти технологією створення нових ефективних способів поведінки у особливо важких ситуаціях (подолання життєвих криз; переформування страхів публічних виступів, критики; позбавлення від «шкідливих» звичок, від почуття провини, образи та інших комплексів і залежностей); – оволодіти методами подолання професійного стресу і синдром професійного вигорання; – подолання песимізму і депресії; – опанувати технологію вирішення міжособистісних протиріч і суперечностей, подолання конфліктних ситуацій; – виробити

вміння протистояти маніпулятивним впливам; – розвивати здатність гнучко реагувати на ситуацію, швидко перебудовуватися в різних умовах і різних групах, вийти на новий рівень управління своїми станами; – опанувати технологію створення адекватної самооцінки і впевненості в собі; – прояснити і розвивати ціннісно-мотиваційну сферу особистості, оволодіти технологією створення позитивної мотивації; – розвинути компетентність цілепокладання, оволодіти стратегіями прийняття рішень, постановки стратегічних і тактичних цілей і з'ясувати їх вплив на ефективність формування компетентностей конкурентоспроможності особистості в швидко змінних умовах інноваційної діяльності; – відкрити своє призначення, свою місію, яка спонукає особистість рухатися вперед і об'єднує її переконання, вірування, цінності, дії і почуття власної значущості і дає радість; – сформувати інноваційну компетентність; – розвинути діагностичну компетентність, оволодіти теорією і практикою самодіагностики характеристичних особливостей особистості і усунення виявлених проблем [1-5; 8; 10].

Зміст «індивідуальна програма» РІТ: складається з 12-ти модулів (кожен наступний модуль є логічним продовженням та завершенням попереднього): I-й модуль: Теоретичні та методичні засоби проведення рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу (РІТ). II модуль: Розвиток комунікативної та інтерактивної компетентності. III модуль: Компетентність подолання психологічних проблем: страхів, фобій та інших спогадів, що травмують. IV модуль: Компетентність подолання життєвих криз, розвиток психологічної стійкості, стресостійкості та здатності до швидкої адаптації. V-й модуль: Компетентність рефлексії, самоусвідомлення себе, навички використання ефективних стратегій створення адекватної самооцінки та впевненості у собі. VI модуль: Компетентність попередження та врегулювання міжособистісних протиріч та конфліктних ситуацій. VII-й модуль: Розвиток компетентності цілепокладання: стратегії та тактики постановки та досягнення цілей. VIII-й модуль: Компетентності подолання професійного стресу та синдрому професійного вигорання особистості та організації. IX модуль: Компетентність створення позитивної мотивації. X-й модуль: Компетентність оволодіння мистецтвом публічних виступів. XI-й модуль: Компетентності "технології ефективного проведення дискусій різновиду суперечок". XII модуль: Витоки та результати сучасних психотехнологій формування компетентностей конкурентоспроможності особистості, особливості їх використання [1-5; 8; 10].

Формування психологічних компетентностей (за «Технологією», В. П. Чудакової) дають людині *інструменти* для ефективного *подолання* кризових ситуацій, а їх ефективне подолання, у свою чергу, є *механізмом*, що запускає *посттравматичне зростання* ПТР. Таким чином, психологічне забезпечення, що інтегрує діагностичний і корекційно-розвивальний інструментарій «Технології», не просто лікує наслідки травми, а й *формує більш сильну, стійку та конкурентоспроможну особистість*, здатну відновлювати не лише себе, а й суспільство. Однак, як і будь-який інший метод, його ефективність залежить від досвіду та майстерності практикуючого психолога, психотерапевта, а також від готовності клієнта до змін. Тому особливу увагу необхідно направити на підготовку експертів-тренерів для роботи з військовослужбовцями та учасниками бойових дій, а також громадянським населенням (демобілізованими, їх сім'ями і учасниками освітнього процесу в умовах воєнного стану.

За результатами реалізації авторської «Технології» (автор В. Чудакова) та впровадження програм освітніх модулів рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу (PIT) (про які йшлося вище у публікації), встановлено, що впровадження розробленої нами «психологічної технології» є дієвим засобом науково-методичного забезпечення спеціальної психологічної підготовки, що забезпечує психологічну допомогу, підтримку і самодопомогу засобами інтегративних психотехнологій практичної психології, психотерапії і коучингу для подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здібності до швидкої адаптації, та стимулювання посттравматичного зростання громадянського населення, а також військовослужбовців та учасників бойових дій. PIT дозволяє за невеликий проміжок часу:

- вирішити завдання інтенсивного формування і розвитку психологічних компетентностей, здібностей, які необхідні для ефективного формування особистості з задіянням її особистих зусиль і резервів;
- забезпечити пошук людиною в самій собі мобілізуючих факторів для виходу із утруднень, екстремальних і проблемних ситуацій [1-10],

Висновок. Підводячи підсумки, зазначимо, що інтегративний інструментарій представленої авторської «Технологія» та моделей її реалізації, є *науково-методичною і дієвим засобом, практикою психологічної допомоги* в подоланні психологічних проблем і травм, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості, та стимулювання посттравматичного зростання у кризових

і екстремальних ситуаціях громадянського населення, а також військовослужбовців та учасників бойових дій. Розвиток стресостійкості та здатність до швидкої адаптації – це ключові фактори успішного подолання травми та розвитку посттравматичного зростання.

В цілому спеціалізована *психологічна допомога надає можливість:*

- ✓ зниженню рівня емоційної напруги, стабілізацію рівня тривожності, нівелювання агресії;
- ✓ підвищення продуктивної активності та спонтанності поведінки у ситуаціях спілкування та діяльності, зміцнення мотивації співробітництва та почуття спільності;
- ✓ стабілізацію почуття безпеки (захист від можливої подальшої шкоди);
- ✓ формування та розвиток адаптаційних ресурсів та навичок саморегуляції.

Названі якості дозволяють людині не лише подолати негативні наслідки травматичної події, але й отримати з неї цінний досвід, трансформуючись у сильнішу та стійкішу особистість, розвиваючи посттравматичного зростання.

Список використаних джерел

1. Чудакова В. П. Апробація і впровадження рефлексивно-інноваційного тренінгу, коучингу «Сучасні психотехнології формування компетентностей конкурентоздатності особистості в умовах інноваційної діяльності» у рамках міжнародного стажування та академічної мобільності: українсько-узбецький досвід (у форматі фотOVERнісажу 1). *Освіта та розвиток обдарованої особистості: щоквартальний науково-методичний журнал*. Київ: ІОД, № 2 (89) 2023 С. 50-67. DOI: [https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-2\(89\)-50-67](https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-2(89)-50-67) URL: <https://otr.iod.gov.ua/images/pdf/2023/2/7.pdf>
2. Чудакова В. П. Аспекти психологічної допомоги особистості в екстремальних, кризових ситуаціях та довготривалої напруги, у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості, здатності до швидкої адаптації і посттравматичного зростання. // *Теперішнє та майбутнє української психології: надбання та втрати* / Збірник тез доповідей Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 22 травня 2024 року). Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. – 70 с. – С. 64-68. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743617>

3. Чудакова В. П. Забезпечення психологічної допомоги засобами інтегративних психотехнологій NLP: подолання наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здібності до швидкої адаптації. *Забезпечення психологічної допомоги в секторі Сил оборони України*: зб. тез Всеукр. міжвід. психол. форуму (м. Київ, 30 червня 2022 р.). Київ: «Вид-во Людмила», 2022. 324 с. С. 286 -293. URL: <https://dndi.mvs.gov.ua>

4. Чудакова В. П. Інтегративний інструментарій забезпечення психологічної допомоги і розвиток компетентностей стресостійкості та здатності до швидкої адаптації особистості в складних життєвих травмуючих ситуаціях, з використанням діагностичних і корекційних, цифрових і STEM-методів. *Освіта та розвиток обдарованої особистості*: щоквартальний науково-методичний журнал. Київ: ІОД, № 1 (88) / I квартал / 2023. С. 67-77. DOI: [https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-1\(88\)-67-77](https://doi.org/10.32405/2309-3935-2023-1(88)-67-77) URL: <http://otr.iod.gov.ua/images/pdf/2023/1/9.pdf>

5. Чудакова В. П. Науково-методичного забезпечення і особливості реалізації «психолого-організаційної технології формування компетентностей конкурентоздатності особистості в умовах інноваційної діяльності організацій». // *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*, 2021, № 3 (56) Т.2. С. 311-325. DOI: <https://doi.org/10.33216/2219-2654-2021-56-3-2-311-325> URL: http://tp.ppjournal.com.ua/n56y2k21_tom_2_a27.html

6. Чудакова В. П. Основні чинники, що впливають на посттравматичне зростання особистості, та роль в його реалізації «технології психологічної підтримки і самопомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку стресостійкості та здатності до швидкої адаптації». // *Наукова спадщина української психології: єдність минулого та теперішнього* / Збірник тез доповідей щорічного Всеукраїнського наукового круглого онлайн-столу (м. Київ, 12 червня 2024 року). Київ, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2024. 84 с. С. 73-76. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/744549/>

7. Чудакова В. П. Особливості дослідження латентної (прихованої) структури факторів «пріоритетні психологічні компетентності конкурентоздатності особистості», за результатами математично-статистичного аналізу з використанням програми SPSS, цифрових і STEM методів (частина 14). *«Освіта та розвиток обдарованої особистості»*: щоквартальний науково-методичний журнал. № 1 (92) / I квартал / 2024. С. 84-96 URL: <https://otr.iod.gov.ua/index.php/2024-rik/100-vypusk-1> DOI : [https://doi.org/10.32405/2309-3935-2024-1\(92\)-84-96](https://doi.org/10.32405/2309-3935-2024-1(92)-84-96)

8. Чудакова В. П. Особливості науково-методичного забезпечення психологічної підтримки та допомоги у подоланні наслідків травмуючих ситуацій, розвитку компетентностей стресостійкості та здатності до швидкої адаптації, і їх вплив на посттравматичне зростання особистості. // *Життєві виклики сучасного суспільства в умовах воєнного часу* / Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (м. Київ, 05-06 листопада 2024). Київ, Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. 95 с. С. 82-86. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/743609>

9. Чудакова В. П. Реалізація кореляційного аналізу, побудова «кореляційної матриці» та «кореляційних плеяд», особливості взаємозв'язку та взаємозалежності емпіричних даних дослідження «пріоритетних психологічних компетентностей конкурентоздатності особистості» (за методикою В. Чудакової), за результатами математично-статистичного аналізу з використанням програми SPSS, цифрових і STEM методів. (частина 16). // *«Освіта та розвиток обдарованої особистості»*: щоквартальний науково-методичний журнал. № 3 (94) / III квартал / 2024. С. 69-85 URL: <https://otr.iod.gov.ua/images/pdf/2024/3/10.pdf> DOI: [https://doi.org/10.32405/2309-3935-2024-3\(94\)-69-85](https://doi.org/10.32405/2309-3935-2024-3(94)-69-85)

10. Chudakova V. P. Integrative toolkit for the implementation of the «technology for the formation of psychological competence of individual competitiveness in the context of innovative activity» using diagnostic, correctional, digital, STEM methods, SPSS programs and artificial intelligence // *Moderní aspekty vědy: XLIX. Díl mezinárodní kolektivní monografie* / Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o.. Česká republika: Mezinárodní Ekonomický Institut s.r.o., 2024. str. 611. Str. 377-389. DOI: <https://doi.org/10.52058/49-2024>

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ ТЕКСТІВ

ЗАГАЛЬНІ ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ:

1. **Формат:** А4 (210х297 мм).
2. **Обсяг:** від 1,5 до 5,0 сторінок.
3. **Орієнтація:** книжкова.
4. **Поля:** всі сторони: 20 мм.
5. **Абзац:** 1,0 см.
6. **Міжрядковий інтервал:** 1,0.
7. **Розмір шрифту:** кегль 12.
8. **Шрифт:** «Times New Roman». Не використовувати ущільнення чи розрядження шрифту!
9. **Переноси:** не використовуються.
10. **Нумерація сторінок:** не використовується.
11. **Рисунки та таблиці:** слід подавати одразу після тексту, де вони згадуються вперше, або на наступній сторінці. Альбомний варіант рисунків і таблиць не використовується.
Рисунки. Рисунки мають супроводжуватися підписами, розташованими під рисунками по центру (наприклад: **Рис.1. Назва рисунку**). Шрифт назви рисунку подається косим шрифтом. Якщо рисунків більше одного, застосовувати нумерацію. Рисунки розміщуються в тексті у форматі **jpg** або подаються згрупованими.
Таблиці. Перед заголовком таблиці пишеться слово Таблиця та вказується її порядковий номер (наприклад: **Таблиця 1**). Таблиці повинні мати заголовки. Орієнтація заголовків – по центру. Розмір шрифту табличного тексту: кегль: 10-12 «Times New Roman».
12. **Формули:** внутрішній редактор формул в Microsoft Word.
13. **Список використаних джерел:** повинен бути оформлений згідно з вимогами ДСТУ 8302:2015 “Інформація та документація. Бібліографічне посилання. Загальні вимоги”. Список джерел подається в кінці тексту в алфавітному порядку. Звертайте увагу на правильний опис джерел з інтернету.
14. **Обсяг тексту:** від 1,5 до 6,0 сторінок.
15. **Збереження файлу:** формат *.doc або *.docx.
16. **Назва файлу, що надсилається:** Прізвище автора без ініціалів, дата наукового заходу – число, місяць, рік, тип наукового заходу (круглий стіл, конференція, тощо), початок назви наукового заходу (наприклад: **ПЕТРЕНКО_12.11.2024_ конф_Життєві виклики**).

СТРУКТУРА:

1. **Для наукових та науково-педагогічних працівників** - прізвище та ініціали автора (або авторів) пишуться косим напівжирним шрифтом (наприклад: **Петренко М.О.**), на другому рядку науковий ступінь, на третьому рядку вчене звання, на четвертому та п'ятому – посада та назва установи (місце роботи), на шостому рядку вказуємо місто та країну. Дані авторів подаються без скорочень із застосуванням фемінітивів (словник фемінітивів: <https://gendergid.org.ua/a/>).
2. **Для здобувачів додатково вказати** – прізвище та ініціали наукового керівника, його науковий ступінь, вчене звання, посаду, назва установи (місце роботи), місто, країну. Дані керівників подаються без скорочень із застосуванням фемінітивів (словник фемінітивів: <https://gendergid.org.ua/a/>).
3. **ORCID ID** автора (за наявності).
4. **Назва:** пишеться великими літерами (Caps Lock) посередині, шрифт напівжирний.
5. **Основний текст:** мова (обираєте одну з переліку доступних) українська або англійська.
6. **Список використаних джерел** (за наявності).

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

*Прізвище, ініціали автора (авторів),
вчений ступінь, вчене звання, посада,
Місце роботи або навчання
Відомості про наукового керівника
(у разі відсутності наукового ступеня)
Місто, країна*

ПРИКЛАД ОФОРМЛЕННЯ

Петренко М.О.,

кандидатка наук,

старша наукова співробітниця,

провідна наукова співробітниця

лабораторії (назва лабораторії)

Інституту Психології імені Г. С. Костюка НАПН України,

м. Київ, Україна

НАЗВА

Основний матеріал. Дані представлені на діаграмі (рис.1).

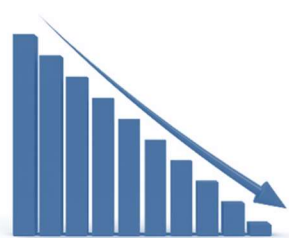


Рис. 1. Діаграма зниження....

Викладення матеріалу.

Результати самооцінки студентами стану свого здоров'я відображені в таблиці 1.

Таблиця 1

Самооцінка студентами стану свого здоров'я

Студенти	n	СТАН ЗДОРОВ'Я					p ≤
		Дуже погане, %	Погане, %	Посереднє, %	Добре, %	Дуже добре, %	
Жінки	486	1	5	47	44	3	0,001
Чоловіки	262	1	2	25	59	13	
Разом	748	1	4	39	49	7	-

Список використаних джерел

1. Вовк Д. В. Соціальна адаптація студентів-переселенців. 2016. Електронний ресурс: URL: <http://repository.kpi.kharkov.ua/handle/KhPI-Press/22829> (дата звернення: 02.06.2024).
2. Горова О. О. Психологічна адаптація студентів до навчання у закладі вищої освіти. Актуальні проблеми психології. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. 2019. Т. 10, вип. 33. С. 26–35.
3. Саприкіна, С. О. Комплексне дослідження особливостей особистісної адаптації студентів-психологів. 2023.

Звертаємо увагу авторів на дотримання принципів **академічної доброчесності**.

Матеріали публікуватимуться **в авторській редакції**. Оргкомітет з підготовки наукового заходу залишає за собою **право відхилити матеріали**, які не відповідають тематиці наукового заходу чи вимогам щодо оформлення.

Наукове видання



**ЗДОБУТКИ УКРАЇНСЬКОЇ ПСИХОЛОГІЇ
ЗА ВОЄННИЙ ЧАС ТА ЦІНА,
ЯКУ ВОНА ПЛАТИТЬ ЗА ЦЕ**

**Збірник матеріалів
Всеукраїнського наукового круглого столу**

(20 травня 2025 року)

Підписано до друку 27.06.25

