

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ ІН-
СТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА
Лабораторія вікової психофізіології
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ
Кафедра здоров'я людини, реабілітології і спеціальної психології
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Лабораторія психології репродуктивної сфери, пренатальної і
перинатальної психології
ДЕРЖАВНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ МЕДИЧНИЙ
РЕАБІЛІТАЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

МАТЕРІАЛИ

Х Всеукраїнської науково-практичної конференції

ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

20 листопада 2025 року

PSYCHE

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА
Лабораторія вікової психофізіології
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ
Кафедра здоров'я людини, реабілітології і спеціальної психології
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Лабораторія психології репродуктивної сфери, пренатальної і
перинатальної психології
ДЕРЖАВНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ МЕДИЧНИЙ
РЕАБІЛІТАЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

**Матеріали
X Всеукраїнської науково-практичної конференції**

20 листопада 2025 року

м. Київ

УДК 159.922:61(06)

Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я в умовах війни :
[Текст] : Матеріали X Всеукраїнської науково-практичної конференції (м. Київ, 20 листопада 2025 р.) : матеріали і тези доповідей / за заг. ред. проф. О. В. Бацилевої. – Київ, 2025. 162 с.

Збірник містить матеріали і тези доповідей учасників X Всеукраїнської науково-практичної конференції «Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я в умовах війни», яка проводилася на базі Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України

У представлених матеріалах висвітлено широке коло актуальних проблем дослідження феномену здоров'я в сучасній психологічній науці та інших наукових галузях.

Збірник адресований науковцям, викладачам вищої школи, аспірантам, студентам, спеціалістам у галузі психології здоров'я, а також усім тим, хто цікавиться сучасними науковими дослідженнями у галузі психології здоров'я.

Редакційна колегія

О. М. Кокун, д-р психол. наук, професор, дійсний член НАПН України
В. М. Астахов, д-р мед. наук, професор
О. В. Бацилева, д-р психол. наук, професор
О. М. Корніяка, д-р психол. наук, професор
О. А. Панченко, д-р мед. наук та наук з державного управління, професор
А. І. Галій, канд. біол. наук, доцент

***Рекомендовано до друку на засіданні вченої ради Інституту психології імені
Г. С. Костюка НАПН України
(протокол № 13 від 30.10.2025 року)***

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

ЗМІСТ

Астахов В. М. ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЯК ПЕРЕДУМОВИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ	9
Атаманчук Н. М. ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКОВИХ ПРОЯВІВ ЛЮДЕЙ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ	11
Білокобильський О. В. ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ НАУКОВОГО ЗНАННЯ НА ПРИКЛАДІ СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СВІДОМОСТІ ОСОБИСТОСТІ	15
Болотнікова І. В. ЗАПОБІГАННЯ ПРОФЕСІЙНОМУ ВИГОРАННЮ ЯК ЧИННИК ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я	17
Бочелюк В. Й. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ	20
Булгакова Т. М. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ РЕСУРСИ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ- СПОРТСМЕНІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ	23
Бутузов В. М., Кокун О. М. ЙОГІЧНА ТЕРАПІЯ У ВІДНОВЛЕННІ ПСИХОФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	26
Гадомська І. О. ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ	28
Галій А. І., Безручко А. В. РОЗВИТОК І ВИЗНАЧЕННЯ РІЗНИХ ВИДІВ СПРИЙНЯТТЯ У ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЯК УМОВА ЇХ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ	32

Гнатюк О. В. ЗБЕРЕЖЕННЯ І ПІДТРИМКА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ	36
Гуменюк Г. В. ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	39
Гусєв В. М., Хапченкова Д. С. ФОРМУВАННЯ ТА ПІДТРИМКА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ДОНЕЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	42
Дзвоник Г. П. ВПЛИВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ НА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ	45
Забаровська С. М., Поклад С. В. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ УКРАЇНЦЯМИ НА ЧЕТВЕРТОМУ РОЦІ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ	48
Задорожна А. С. МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОНЛАЙН- ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТА КОМПОНЕНТІВ САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ МАРКЕТОЛОГА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ	51
Зелінська Я. Ц., Святченко С. О., Федоренко Л. Ф. ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЯК ВНУТРІШНІЙ РЕСУРС ОСОБИСТОСТІ	55
Кабанцева А. В., Стеценко Г. В. РОЗВИТОК САМОРЕГУЛЯТИВНИХ НАВИЧОК ЯК СТРАТЕГІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я	56
Казачінер О. С., Бойчук Ю. Д. НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ПОДОЛАННЯ ТРУДНОЩІВ ДИТИНИ У НАВЧАННІ ТА ОПТИМІЗАЦІЇ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД	60
Карамушка Л. М. ТЕХНОЛОГІЇ НАДАВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ТА ПЕРСОНАЛУ ОРГАНІЗАЦІЙ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ: ДОСЯГНЕННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ	63

Каретна О.О. ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В ЕПОХУ СОЦІАЛЬНИХ ТА КУЛЬТУРНИХ ЗМІН	67
Кобильченко В. В., Омельченко І. М. ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЯК ОСОБИСТІСНА ДЕТЕРМІНАНТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ З ООП В УМОВАХ ВІЙНИ	69
Коваленко Т.Е. ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ОФІСНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО ПОДОЛАННЯ КРИТИЧНИХ СИТУАЦІЙ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	72
Ковальова К.В. ПСИХОКОРЕКЦІЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ЖІНОК ЗАСОБАМИ ТІЛЕСНО- ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ	74
Ковальова М. Г. РОЛЬ САНОГЕННОГО МИСЛЕННЯ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ, ЯКА ПЕРЕЖИЛА ПСИХОТРАВМУЮЧІ ОБСТАВИНИ ЖИТТЯ	77
Комарніцька Л. М. СИГНАЛ ПОВІТРЯНОЇ ТРИВОГИ ЯК ФАКТОР ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ: ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ	80
Корніяка О. М. КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ – ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ВПЛИВУ НА ПРОФЕСІЙНУ СТІЙКІСТЬ І БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВИКЛАДАЧА	82
Креденцер О. В., Ларіна Т.О., Кулаєва Т.В., Савченко А.І. ОСВІТНІ ПОТРЕБИ СТУДЕНТІВ У ПРОМОЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ПРОТИДІЯТИ ЕКОЛОГІЧНИМ ТА ЕПІДЕМІЧНИМ ЗАГРОЗАМ ЗДОРОВ'Ю ЛЮДИНИ	87
Кудрявченко М. О. РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОСОБИСТОСТІ ДИТИНИ З ФУНКЦІЙНИМИ ПСИХІЧНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ В КОНТЕКСТІ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ КОНЦЕПЦІЇ ЗДОРОВ'Я	90

Кутішенко В. П., Кравченко Н. В. ВОКАЛОТЕРАПІЯ У РОБОТІ З КРИЗОВИМИ СТАНАМИ ЗОВНІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	93
Кутішенко В. П., Міхеєв М. С. ФОРМУВАННЯ У ПАТРУЛЬНИХ ПОЛІЦЕЙСЬКИХ НАВИЧОК НАДАННЯ ППД У КОНТЕКСТІ ВИКЛИКІВ ВОЄННОГО ЧАСУ	96
Лук'янчук В. М. КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ВІЙСЬКОВИХ І ЦИВІЛЬНИХ У КОНТЕКСТІ ВОЄННОГО СТРЕСУ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я	99
Манілов І. Ф. РОЗШИРЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ВЕРБАЛЬНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО НАВІЮВАННЯ	102
Ніколаєва І. Р., Бойко Н. С. ПРОЯВИ ТА ФАКТОРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ	105
Олексієнко А.В., Бойко Н. С. ВПЛИВ СТРЕСУ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	108
Ортікова Н. В., Ласа В. Г. ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	111
Павлєєв В. О. ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ВОЛОНТЕРІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ	113
Пастушенко В. С. РОЛЬ СМИСЛОЖИТТЄВИХ ОРІЄНТАЦІЙ У ПРОЦЕСІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ОСОБИСТОСТІ	116
Потанчук Є. М., Карпова Д. Є., Потанчук Н. Д. НАСЛІДКИ ТРАВМУВАЛЬНОГО ДОСВІДУ ДЛЯ ОСОБИСТІСНИХ РЕСУРСІВ КОМБАТАНТІВ	117
Потьомкін В. О. ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ОСМИСЛЕННЯ КРИЗИ У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ДОРΟΣЛИХ: РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	119

Прокопенко А. О. ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДОТРИМАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТАМИ СПОРТИВНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	123
Пугач Є. О. КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО КЛІНІЧНОЇ МЕДИКО- ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ	125
Риженко М. С., Бойко Н. С. ЯВИЩЕ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ КРІЗЬ ПРИЗМУ ВІЙНИ В УКРАЇНІ	127
Сафін О. Д. ОСНОВНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЗДОРОВ'Я У ПРЕДСТАВНИКІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП У СПОКІЙНОМУ І ПОСТСТРЕСОВОМУ СТАНАХ	129
Сердюк І. А., Потєхіна В. Є. СУЇЦИДАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЯК ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ПІДЛІТКІВ	134
Скальська Л. О., Горбачов В. О. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ	137
Таїматов В. А. ВПЛИВ КОНФЛІКТІВ У РОДИНІ НА ФОРМУВАННЯ НООГЕННОГО НЕВРОЗУ	139
Терещенко Л. А. ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ	142
Терещук А. Д. ЗЦІЛЕННЯ ВІД ТРАВМАТИЧНОГО ГОРЯ: ІНТЕГРАТИВНА МОДЕЛЬ	145
Титаренко Т. М. САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я МИРНИХ МЕШКАНЦІВ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ВІЙНИ	149

<i>Турубарова А. В.</i>	152
ПСИХОЛОГІЧНІ СКЛАДОВІ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАКТИКУЮЧИХ ПСИХОЛОГІВ	
<i>Хобта І. Л., Бацилєва О. В.</i>	155
ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЯК ПЕРЕДУМОВИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ДІТЕЙ З РАС: РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	
<i>Чеснокова О. Ю., Столярчук О. А.</i>	157
ПРОЯВИ ПОЗИЦІЇ ЖЕРТВИ В ПАРТНЕРОК ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
<i>Яланська С. П., Яланська В. І.</i>	160
РЕСУРСНІ ПРАКТИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ОСІБ ТРАВМОВАНИХ ВІЙНОЮ	

ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЯК ПЕРЕДУМОВИ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я МАЙБУТНІХ ЛІКАРІВ

В. М. Астахов,
*доктор медичних наук, професор,
Донецький національний медичний
університет МОЗ України*

Загальноприйнято вважати, що комунікативна компетентність лікаря по значущості знаходиться на одному рівні з такими професійними компетенціями як базові наукові знання, клінічне мислення, а також практичні вміння та навички. У зв'язку з цим, одним із важливіших завдань під час професійного становлення майбутніх лікарів, є розвиток комунікативної компетентності, яка розуміється як здатність встановлювати і підтримувати необхідні контакти з іншими людьми, певну сукупність знань, умінь і навичок, що забезпечують ефективне спілкування. Сформованість у лікарів високого рівня комунікативної компетентності виступає необхідною умовою успішного впливу на особистість хворого та одним із дієвих засобів профілактики і лікування різного роду захворювань, основою ефективної групової лікарської співпраці під час діагностичного та лікувального процесів, а також передбачає можливість конструктивно вирішувати різного роду труднощі, які можуть виникати під час клінічної діяльності (Астахов В.М. та ін., 2020).

Комунікативна компетентність формується в умовах безпосередньої взаємодії та є результатом досвіду спілкування з людьми в різних ситуаціях при вирішенні різноманітних завдань. Сьогодні, коли внаслідок об'єктивних обставин, спочатку через пандемію, а потім через військовий стан, освітній процес відбувається у змішаному або майже повністю в он-лайн форматі, особливо гостро постає проблема формування комунікативної компетентності у майбутніх лікарів, професійна діяльність яких вже завтра вимагатиме від фахівців надання кваліфікованої, часто невідкладної, допомоги, що має супроводжуватися вибором оптимального способу спілкування та взаємодії як з колегами, так і безпосередньо з пацієнтами та їх рідними.

Сучасна підготовка майбутніх лікарів має передбачати не тільки формування необхідних професійних знань, але й розвиток професійно значущих якостей особистості, враховуючи виклики сьогодення, серед яких особливого значення набуває саме комунікативна компетентність, яка забезпечує ефективне включення майбутніх лікарів як в освітнє, але й подальше у професійне середовище. При цьому недостатній рівень сформованості комунікативної компетентності можна розглядати як додатковий фактор, що певною мірою ускладнює виконання професійних обов'язків лікарів. У більшості випадків, коли професійні умови і вимоги до роботи перевершують внутрішні та зовнішні ресурси, організм людини відповідає на них закономірною реакцією, що знаходить своє негативне відображення не тільки на стані

професійного здоров'я, але й здоров'я особистості в цілому та заважає успішній професійній адаптації, що особливо важливо для молодих фахівців. Тому збереження професійного здоров'я лікарів є неможливим без наявності комунікативної компетентності, яка має бути сформованою саме під час їх професійного становлення.

Отже, враховуючи значення комунікативної компетентності у діяльності лікарів, метою роботи стала розробка програми психолого-педагогічного супроводу розвитку комунікативної компетентності для майбутніх лікарів під час їх навчання у ЗВО.

Сьогодні під час роботи із здобувачами освіти різних рівнів є використання технологій, що ґрунтуються на ефективному засвоєнні знань та навичок, розвитку особистісних властивостей, опанування нових моделей поведінки. Однією з таких технологій є соціально-психологічний тренінг, що являє собою навчальну технологію, орієнтовану на використанні активних методів групової роботи та дозволяє ефективно вирішувати завдання, пов'язані з розвитком навичок спілкування, керування власними емоційними станами, самопізнання і самосприйняття. Тому саме тренінгова робота стала основою нашою програми. Крім того, на теперішній час вже напрацьований достатній досвід використання таких технологій у різних форматах, у тому числі й онлайн, що значно розширило можливості їх застосування як навчальній, так і позанавчальній діяльності.

Підґрунтям для розробки програми психолого-педагогічного супроводу стали принципи розуміння багатокомпонентної структури комунікативної компетентності, що визначається наявністю чотирьох основних сторін (когнітивна, комунікативно-мовленнєва, перцептивна та інтерактивна), які знаходяться у безпосередньому взаємозв'язку, а отже розвиток комунікативної компетентності має відбуватися системно, тобто в сукупності всіх її структурних компонентів, з приділенням особливої уваги розвитку та розумінню значення як вербальних, так невербальних засобів у професійному спілкуванні та врахування співвідношення змісту комунікативної компетентності і особливостей майбутньої професійної діяльності (Batsylyeva Olga et al., 2021). При цьому дієвими є не просто засвоєння основних професійних комунікативних знань, а процес активного залучення здобувачів до безпосереднього спілкування та взаємодії у створених ситуаціях, що відображатимуть реальні професійні та міжособистісні стосунки.

Враховуючи структуру комунікативної компетентності, а також основну мету та завдання запропонованої форми роботи у програму увійшли: вправи на поглиблення комунікативних знань; вправи на розвиток вербальних та невербальних вмінь та навичок; вправи на підвищення рівня емпатійних здібностей; вправи на вироблення вмінь контролювати свої емоції та розуміти емоції партнера по спілкуванню; вправи на розвиток вмінь встановлювати контакт із співрозмовником та вироблення конструктивних способів реагування у конфліктній ситуації; (Бацилева О.В., Астахов В.М., 2022).

Обов'язковим при розробці та впровадженні програми психолого-педагогічного супроводу розвитку комунікативної компетентності майбутніх лікарів є врахування змісту та організації навчально-виховного процесу, що сприятиме її максимально ефективну імплементацію. Під час проведення роботи із здобувачами важливим є постійний моніторинг актуального рівня сформованості комунікативної компетентності, який діагностується за допомогою комплексу психодіагностичних методів та методик, а також актуального рівня теоретичних знань.

Проходження курсу запропонованої програми передбачає появу новоутворень, які мають виявлятися у сформованості вміння встановлювати контакти з іншими людьми в різних ситуаціях; вміння уважно слухати своїх співрозмовників, демонструючи поважне та доброзичливе ставлення; вміння діяти злагоджено під час міжособистісної взаємодії та ефективно розв'язувати конфліктні ситуації; вміння викладати свої думки логічно, послідовно та аргументовано; здатності використовувати та інтерпретувати невербальні засоби комунікації; вміння контролювати свої емоції та розуміти емоції партнера по спілкуванню.

Узагальнюючи вищевикладене можна зробити висновок, що безперечної актуальності та значення для майбутніх лікарів сьогодні набувають питання, пов'язані з формуванням високого рівня комунікативної компетентності, що дає можливість продуктивно виконувати професійні завдання, встановлюючи і підтримуючи різного роду контакти, отримуючи і надаючи інформацію, успішно працюючи в команді, а розроблена програма психологічного супроводу розвитку комунікативної компетентності може бути однією із форм роботи у даному напрямку з майбутніми лікарями під час їх професійного становлення у ЗВО та сприятиме у подальшому як їх особистісному зростанню, так і ефективній професійній адаптації та збереженню професійного здоров'я, що є надзвичайно необхідним у складних умовах сьогодення.

ОСОБЛИВОСТІ ПОВЕДІНКОВИХ ПРОЯВІВ ЛЮДЕЙ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ

Н. М. Атаманчук,
*кандидат психологічних наук, доцент,
Полтавський національний педагогічний
університет імені В.Г. Короленка*

Травматичний досвід залишає глибокий слід у психіці людини, впливаючи на її емоційний стан, мислення, сприйняття реальності та поведінкові реакції. Психотравма часто стає причиною змін у системі саморегуляції, що проявляється у труднощах із контролем емоцій, порушеннях у міжособистісних стосунках, гіперчутливості до стресу або, навпаки, в емоційній відстороненості.

Поведінкові особливості психотравмованих людей є результатом адаптаційних механізмів, які організм виробив у відповідь на пережиту небезпеку. Розуміння поведінкових проявів особистостей із травматичним досвідом є важливим для психологів, соціальних працівників, педагогів і медичних фахівців, адже воно допомагає правильно інтерпретувати реакції клієнтів, обрати ефективну стратегію допомоги та запобігти повторній травматизації.

Травматичний досвід – це будь-яка подія чи ряд подій, які призводять до глибоких психологічних і емоційних змін у людини (Атаманчук Н.М., 2023). Це може бути насилля, катастрофи, війна, природні лиха, втрати близьких чи інші стресові фактори, які залишають глибокий слід у свідомості та емоційному стані людини. Наслідки таких подій проявляються не лише через фізичний біль, а й через значні психологічні труднощі, які інколи можуть тривати роками.

Травматичні події – це ті, в яких захоплена знезапечно особа, потрапляє в пастку або доведена до виснаження (Атаманчук Н.М., 2023). Помітною характеристикою травматичної події є її здатність викликати в людини безпорадність та жах.

Травмовані люди не можуть «вимикати» повторні подразники, які інших людей просто дратують; скоріш за все, вони реагують на кожне повторення як на нову небезпеку. Розуміння механізмів формування таких реакцій дає змогу психологам і соціальним працівникам більш ефективно надавати допомогу, знижуючи ризик повторної травматизації та сприяючи відновленню адаптивних форм поведінки (Герман Дж., 2018; Шевченко О. І., 2022).

Поведінкові прояви людей, які пережили травматичні події, є важливими індикаторами того, як травма впливає на психіку та соціальну адаптацію. Вони включають широкий спектр емоційних, фізіологічних і соціальних реакцій, що змінюють взаємодію людини з оточенням (агресія чи депресія, соціальна ізоляція, внутрішній конфлікт тощо).

Звісно, кожна людина реагує на травму по-різному, і тому не існує універсальних шаблонів чи прогнозів поведінки для тих, хто пережив складні життєві ситуації. Безумовно, підтримка та розуміння з боку оточуючих, а також професійна допомога є важливими етапами процесу відновлення, адаптації після травматичних переживань.

Поведінкові прояви людей з травматичним досвідом залежать від характеру та тяжкості травми, а також від того, як вони долають емоційні, психологічні наслідки. Нижче подамо опис поширених поведінкових проявів людей, які пережили травматичні події.

Гіперзбудження. Система самозбереження переходить у стан постійної тривоги, так, наче небезпека може повернутися у будь-який час. Постійна настороженість, прислуховування до звуків, дратівливість, очікування небезпеки, паніка через ситуації, що нагадують травматичний досвід, проблеми з сном.

Психологічна ізоляція. Людина може сторонитися соціальних контактів, щоб уникнути можливих тригерів.

Уникання спогадів. Використання стратегій уникання (наприклад, наркотики, алкоголь, надмірна робота) для того, щоб не стикатися з неприємними спогадами або відчуттями, що викликають біль.

Інтенсивні емоційні реакції. Злочинність, гнів, депресія та відчай можуть бути особливо вираженими. У деяких випадках людині важко контролювати свої емоції або навіть переживати позитивні моменти через глибокий страх.

Самокритика і почуття провини. Часто люди з травматичним досвідом відчують вину за те, що сталося. Це може виражатися у самопокаранні або надмірній самокритиці.

Дисоціація. Втрата відчуття реальності або «відключення» від ситуації, що дозволяє людині дистанціюватися від болючих емоцій. Це може бути відчуття «виходу з тіла» або переживання ситуацій, як сон.

Втрата довіри до інших. Людина може бути надмірно підозрілою або виявляти недовіру до близьких людей чи нових знайомих, що ускладнює встановлення і підтримку здорових стосунків.

Симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Явні симптоми можуть включати повторне переживання травматичних подій через флешбеки, нічні кошмари, постійну тривогу та депресивні стани.

Низька самооцінка. Людина може почуватися, що не заслуговує хорошого ставлення, любові чи щастя.

Деструктивна або саморуйнівна поведінка. Деякі люди можуть проявляти саморуйнівні звички, такі як небезпечні поведінкові прояви або зловживання психоактивними речовинами.

Притуплені емоції. У деяких випадках людина переживає емоційну «приглушеність», коли їй важко відчувати радість або інші позитивні емоції. Це може бути захисною реакцією на травму, щоб зменшити емоційний біль.

Механізми захисту. Люди з травматичним досвідом можуть використовувати різноманітні захисні механізми, такі як раціоналізація (пояснення травматичних подій логічними чи прийнятними способами), регресія (повертання до дитячих поведінкових патернів, наприклад, до пошуку підтримки від інших) чи проекція (перекладання своїх негативних почуттів чи страхів на інших).

Фізичні симптоми. Іноді травмовані люди відчують фізичні симптоми, що не мають явної медичної причини (наприклад, головні болі, болі в животі, хронічна втома, порушення сну чи навіть соматичні розлади тощо).

Проблеми зі сном. Часто люди з травматичним досвідом мають труднощі зі сном, а саме: безсоння, нічні кошмари або навіть відчуття постійної тривоги, що заважає заснути.

Зміни в соціальних взаємодіях. Неспокій або недовіра до інших, особливо до тих, хто був причетний до травми або нагадує людину, яка принесла їй біль. Відмова від зустрічей з друзями або родиною, відчуття дискомфорту в колективі.

Труднощі у відновленні довіри чи підтримці стабільних стосунків через почуття емоційної ізоляції.

Нереалістичні очікування або страхи. Через пережите травматичне випробування, людина може мати збільшене почуття загрози або очікування, що подібні ситуації знову повторяться. Це проявляється в таких поведінках, як постійна готовність до оборони або тривога з приводу безпекових ситуацій, навіть коли немає реальної загрози.

Перевантаження почуттями сорому та образи. Психологічні травми призводять до того, що людина відчувається глибоко ображеною або зганьбленою, навіть якщо об'єктивно ситуація не дає підстав для таких почуттів.

Зниження здатності до прийняття рішень. Для травмованих людей характерні проблеми з прийняттям важливих рішень через страх помилки, переживання про майбутнє або відчуття втрати контролю.

Емоційні «гойдалки». Зміни настрою різкі та часті: від глибокої депресії до надмірної емоційної активності. Людина може раптово відчувати перепади настрою, які важко контролювати. Це часто пов'язано з переживанням емоційних або психологічних «триггерів», які запускають сильні реакції.

Пошук «втіхи» в надмірній діяльності. Люди, які пережили травму, намагаються знайти втіху в зайнятості або надмірній діяльності, щоб відволіктися від своїх емоційних проблем (наприклад, надмірно працюють, займаються спортом або виконують інші фізичні чи інтелектуальні завдання, щоб не думати про травму тощо).

Виділені поведінкові прояви можуть змінюватися в залежності від індивідуальних особливостей людини, підтримки, яку вона отримує, і того, наскільки ефективно вона пропрацює травматичний досвід з психологом чи терапевтом.

Поведінкові прояви людей з травматичним досвідом різноманітні і можуть включати емоційні, психологічні, фізіологічні, а також соціальні зміни. Важливо зрозуміти, що кожна людина реагує на травму по-різному, і для багатьох з них підтримка з боку близьких, а також професійна допомога можуть бути ключовими для відновлення. Терапія, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, допомога психотерапевта або психолога можуть значно полегшити цей процес і допомогти людині адаптуватися до життя після травми.

Поведінка людей з досвідом травми є неоднозначною й пов'язана з особливостями функціонування нервової системи після пережитого стресу. Такі реакції не є «аномальними» – вони допомагають організму природними спробами подолати наслідки травми та відновити рівновагу. Психологічну допомогу варто спрямовувати на стабілізацію емоційного стану, формування відчуття безпеки, поступове усвідомлення власних реакцій і розвиток навичок саморегуляції. Тільки через прийняття свого досвіду та підтримку з боку фахівців можливе відновлення внутрішньої гармонії, довіри до світу й адаптивної поведінки.

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ НАУКОВОГО ЗНАННЯ НА ПРИКЛАДІ СУЧАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ СВІДОМОСТІ ОСОБИСТОСТІ

О. В. Білокобильський,
*доктор філософських наук, професор,
Інститут проблем штучного інтелекту
МОН України і НАН України*

Якщо говорити про науку загалом, не варто забувати, що лівова частка наукових пошуків належить до сфери прикладної науки й складається з різноманітних досліджень, спрямованих на розв'язання завдань, пов'язаних із підтриманням життєдіяльності сучасного суспільства та окремої особистості зокрема. Будівництво й кримінологія, авіабудування й епідеміологія, петрографія й фармакологія, психологія та медицина використовують наукову методологію для розв'язання практичних завдань такого роду. При цьому прикладна наука зорієнтована на отримання практичного знання – передбачення нового стану певної матеріальної системи для досягнення бажаного результату.

Змінні та операції над цими змінними у випадку прикладної науки – це символи факторів (на кшталт сили тиску коліс електровоза на рейки чи згинального моменту ферми мосту) та їхніх результуючих, що входять до формули шуканої величини, тобто продукту прикладної науки. Учений-практик фактично виконує ремісницьку функцію, легітимуючи стратегії здобуття, інструменти й форми «предметів» прикладної науки, які для його епохи складають актуальну реальність. Актуальність і невідворотність («об'єктивність») опредметненого світу – шахтних електровозів, крил літаків, мостів тощо – підкреслює об'єктивну значущість видобутку корисних копалин, польотів і масштабних переправ через річки та ущелини, а також промислових комплексів, що «вміщують» цю діяльність, швидко доланих просторів планетарного масштабу й транспортних потоків. Описані практики неможливі без відповідних колективів машиністів, пілотів і водіїв, а також будівельників-ремонтників, авіадиспетчерів; великих населених пунктів, їхнього забезпечення, масового виробництва й так само масової культури. Зрештою, сюди долучаються всі ті цивілізаційні специфікації, які Елвін Тоффлер виокремлював як атрибути «Третьої хвилі».

Може здатися, що знання про світ сам по собі може бути отримане в межах фундаментальної науки. Але це не так. Фундаментальна наука змушена підтримувати сукупність уявлень про реальність, релевантну поточній ситуації в системі прикладної науки та тим соціальним практикам, що склалися довкола неї. Інтегральний образ реальності, який вибудовує фундаментальна наука, тим самим імпліцитно несе в собі всі практичні ситуації взаємодії з предметністю прикладної науки, систематизовані завдяки «непостережуваним» агентам, які, як припускається, «відповідальні» за конкретні характеристики згаданих ситуацій. При цьому непостережувані агенти мають природу, близьку до атрибутики предметності практичних ситуацій, тобто можуть бути зведені до

тілесних кількісних взаємодій і метафорично називаються «силами», «полями», «векторами» – що дуже нагадує метафоричність міфологічного лексикону, який пояснює закономірності буття родинними зв'язками між людьми, тваринами, рослинами та елементами ландшафту.

Ми не помічаємо цієї метафоричності через її легітимність для сучасної культури, інтегрованість наукової концептуалістики в культурні практики. Однак, якщо звернутися до галузі знання, що перебуває на стадії становлення, зазначені метафоричність і «предметність» науки стають очевидними. Гарним прикладом у цьому разі можуть слугувати сучасні дослідження свідомості особистості.

У межах різних методологічних підходів десятиліттями триває пошук нейронних корелятивів ментальних станів – мінімальних і достатніх ділянок активності в мозку, який, судячи з парі 25-річної давнини¹, яке Крістофер Кох програв Девіду Чалмерсу, і досі лишається проблематичним.

У межах метафоричних образів театру або робочого простору висувуються гіпотези продукування мозком ментальних станів, що оптимізують адаптивну діяльність людини (теорія Динамічного ядра Едельмана, «Глобального робочого простору» Бернарда Баарса ((Баарс, 1988, 1997) і Станіслава Деана (Деан і Наккаш, 2000), теорія «слави в мозку» Деннетта (Деннетт, 2023а, 2023б)).

Також ведеться пошук шляхів передавання інформації між різними частинами мозку, зокрема між корою та таламусом, особливості яких, можливо, регулюють свідомість (Токер та ін., 2024). Висунуто гіпотези про залежність свідомості від електричної активності, що створюється нейронами (Піноціс і Мілер, 2022 г.), (Чень, 2020), а також так званого «нейронного синтаксису» (Бужакі, 2024). У теорії Дж. Едельмана посередниками між нейробіологічними процесами в мозку й ментальним змістом виступають «нейронні ланцюжки», організовані в «нейронні групи» (Едельман, 2024).

Спільним для всіх згаданих та численних інших теорій є факт відсутності достовірних уявлень про сутність людської свідомості, а також фокусування на кількісних, статистичних інтерсуб'єктивних аспектах роботи мозку, яку можна спостерігати й відтворювати. Можна припустити, що одного дня неспостережувані агенти, конституційовані подібними теоріями, посядуть законне місце серед інших канонічних сутностей природознавства – саме так формувалися уявлення про просторово-часовий континуум, сили, поля, Великий вибух тощо. Втім, безсумнівним є й інше: перетворивши свідомість на предмет прикладних досліджень, наука, сподіваймося, допоможе тисячам людей поліпшити їхні когнітивні функції, вилікуватися від хвороб, продовжити повноцінне життя. Однак навряд чи вона зможе щось сказати про особливості конкретної свідомості, про цінність, смисли, етичність тощо.

Так відбувається тому, що фундаментальна наука є галуззю/методологією перетворення «природи» на заготовку для предметів науки прикладної. Не маючи доступу до світу самого по собі, вона «намацує» його за допомогою методології, що спирається на певні онтологічні припущення, які перетворюють «природу» на «предмет» із визначеними характеристиками. Онтологічні апріорі

природознавства зводяться до того, що світ єдиний, однорідний і винятково матеріальний, а матеріальність розуміється як обмеженість тілесного сприйняття. Метафоричність апіорної онтології визначає не лише сприймані атрибути (твердість, тиск, вага, температура, довжина, площа, об'єм тощо), а й приховані (сила, поле, вектор), і тим самим конститує світ вимірних і незмінних величин (при цьому співмірних людському тілу). Тому світ (картина світу) науки — це світ окремо взятих тілесних ситуацій і їхнього опису суб'єктивно (з погляду мови)-інтерсуб'єктивними (з погляду змісту) термінами. Парадоксальним чином, зробивши випадкові (з погляду можливих наборів, але не з погляду «логіки історії») онтологічні припущення, природознавство наперед визначило майбутній обрис цивілізації.

ЗАПОБІГАННЯ ПРОФЕСІЙНОМУ ВИГОРАННЮ ЯК ЧИННИК ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я

І. В. Болотнікова,

кандидат психологічних наук,

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

Професійне здоров'я людини – це складний багаторівневий феномен та динамічний процес, що визначається здатністю організму підтримувати свої компенсаторні та захисні механізми на високому рівні, забезпечуючи збереження працездатності у будь-яких, навіть найнесприятливіших, умовах професійної діяльності. В. Пономаренко та його колеги суттєво розширили це розуміння, представивши професійне здоров'я як безперервний процес удосконалення та підтримки регуляторних функцій організму. Це не просто відсутність хвороб, а гармонійне поєднання фізичного, психічного та соціального благополуччя. Такий стан дозволяє забезпечувати високу ефективність професійної діяльності протягом тривалого часу, сприяючи професійному довголіттю та, як наслідок, максимальній тривалості життя. Мова йде не лише про здатність виконувати свої професійні обов'язки, а й про якість життя, про почуття повноти буття та задоволеності своєю діяльністю. Ця багатовимірна концепція включає кілька взаємозалежних компонентів. Як і загальне здоров'я людини, професійне здоров'я можна розглянути через призму фізичного, психічного, соціального та духовного добробуту. Фізичне здоров'я – це стан організму, при якому всі його системи функціонують у межах фізіологічної норми. Це означає відсутність наявних захворювань та здатність адаптуватися до фізичних навантажень, пов'язаних з роботою. Важливо, що фізіологічна норма – це не абсолютне значення, а індивідуальний діапазон, що залежить від безлічі чинників, включаючи генетичну схильність, вік та спосіб життя. Психічне здоров'я – це важливий компонент професійного здоров'я. Він визначається здатністю людини адекватно сприймати та переробляти

інформацію, ефективно взаємодіяти з навколишнім середовищем та регулювати свої емоції. Цей стан характеризується гармонійною взаємодією інтелектуальної, емоційної та вольової сфер особистості. Розвинена емоційна сфера дозволяє ефективніше впоратися зі стресами та конфліктами, підтримувати позитивний психологічний клімат на роботі та в особистому житті. Дефіцит у цій галузі може призвести до вигорання, депресії та інших психічних розладів, які серйозно впливають на професійну діяльність. Соціальне здоров'я – це здатність людини будувати гармонійні стосунки з колегами, керівництвом, сім'єю та суспільством загалом. Це включає почуття приналежності до колективу, задоволеність своїм соціальним статусом і можливістю реалізувати свій потенціал. Духовне здоров'я – це глибоке розуміння своїх цінностей, цілей та сенсу життя, здатність знаходити внутрішню гармонію та відчувати свій зв'язок зі світом. Всі ці компоненти взаємопов'язані та впливають один на одного, формуючи цілісну картину професійного здоров'я. Тільки при гармонійному розвитку всіх цих аспектів можна говорити про високий рівень професійного здоров'я та про можливість досягнення максимального професійного та життєвого потенціалу.

Окрім вищезазначених факторів, на професійне здоров'я фахівця великою мірою впливають певні особливості та характеристики його професійної діяльності. Зокрема, професійна діяльність фахівців професій типу «людина – людина» характеризується інтенсивною комунікацією, психічним, емоційним, інтелектуальним навантаженням та фізичним виснаженням, що часто викликає тривожність, депресію, фрустрованість, емоційне спустошення, виснаження, професійні хвороби. Наслідком тривалого професійного стресу є розвиток синдрому професійного вигорання.

Синдром професійного вигорання - це проблема, що залишається досі не вирішеною, та наслідки якої виходять далеко за межі зниження ефективності праці. Розвиток професійного вигорання негативно позначається на професійному, фізичному та психологічному здоров'ї людини, а відтак – на успішності в усіх сферах її життя. Оскільки підтримування професійного здоров'я фахівця - це не лише важливий чинник ефективності його професійної діяльності, а й значущий фактор якості його життя поза роботою, проблема дослідження професійного вигорання є вельми актуальною, потребує пильної уваги та пошуку ефективних рішень.

Незважаючи на численні дослідження вітчизняних та зарубіжних вчених, чітке розмежування між професійним вигоранням та подібними психологічними станами, як наприклад, нервово виснаження, синдром хронічної втоми, емоційне виснаження, професійна деформація залишається однією з наявних проблем. Відсутність єдиної, загальновизнаної концепції визначення та структури професійного вигорання ускладнює розробку ефективних методів його профілактики та подолання. В існуючих моделях (Масlach; Фрейберг) акцент робиться на різних аспектах явища, що призводить до різних тлумачень у діагностиці та інтерпретації результатів.

Одна з основних проблем полягає у методичному забезпеченні досліджень. Основними інструментами оцінки професійного вигорання залишаються анкети

та опитувальники, суб'єктивність яких суттєво обмежує об'єктивність отриманих даних. Необхідно розробити більш валідні та надійні методи оцінки, які б інтегрували у собі кількісні та якісні підходи, включали фізіологічні показники (наприклад, аналіз рівня кортизолу в слині), аналіз поведінки та глибинні інтерв'ю. Навіть такі сучасні опитувальники, як опитувальник Маслач – Джексона (MBI), попри те, що набули популярності та широкого використання, містять в собі суттєві недоліки, включаючи потенційну упередженість відповідей та культурну специфічність.

Професійне вигорання – це не просто втома або тимчасове зниження працездатності. Це регресивний стан, що характеризується виснаженням емоційних, фізичних та когнітивних ресурсів та призводить до зниження професійної ефективності й погіршення якості життя. Воно виявляється в емоційному (цинізм, деперсоналізація), особистісному (зниження почуття власної компетентності, відчуття безглуздості роботи) та фізичному виснаженні (втомлюваність, головний біль, проблеми зі сном). Ці симптоми є взаємопов'язаними та взаємопідсилюють один одного, створюючи замкнене коло, самостійно розірвати яке вдається далеко не кожній людині.

Розвиток професійного вигорання - це багаторівневий процес, що запускається тривалим впливом стресу. До ключових факторів ризику відносять високе робоче навантаження, нестачу контролю над робочим процесом, несприятливий соціальний клімат у колективі, відсутність зворотного зв'язку та підтримки з боку керівництва, конфлікти на робочому місці, невідповідність між очікуваннями та реальністю, неможливість самореалізації на роботі, а також особисті проблеми поза роботою, які теж опосередковано негативно впливають на робочий процес. Важливо відзначити, що багато в чому розвиток вигорання визначається індивідуальними особливостями людини: її рівнем стійкості до стресів, стилем копінг-поведінки, наявністю ефективних механізмів регуляції емоцій і соціальною підтримкою. Люди з низьким рівнем емоційного інтелекту, схильні до перфекціонізму та уникнення конфліктів, перебувають у групі підвищеного ризику.

Крім того, важливо враховувати організаційні фактори, які можуть як сприяти, так і запобігати розвитку професійного вигорання. Це корпоративна культура, політика управління персоналом, наявність програм підтримки співробітників, можливості професійного розвитку та навчання. Організації, які інвестують у добробут своїх співробітників, мають менші втрати через вигорання та вищий рівень продуктивності праці. Наприклад, впровадження програм зі зниження стресу на роботі, проведення тренінгів з управління часом та комунікації, створення доброзичливої та підтримуючої атмосфери в колективі, можливості для відпочинку та релаксації – все це є важливими елементами профілактики професійного вигорання.

Подолання професійного вигорання потребує комплексного підходу, який може включати в себе такі заходи, як:

- психотерапія (когнітивно-поведінкова терапія, гештальт-терапія);
- медичні втручання (у разі наявності соматичних симптомів);

- зміна способу життя (регулярна фізична активність, здорове харчування, достатній сон);
- вирішення професійних проблем (зміна роботи, зміна рольових функцій).

Профілактика професійного вигорання має бути спрямована на зменшення факторів ризику та зміцнення ресурсів працівників. Це вимагає спільних зусиль з боку самих співробітників, і керівництва організації. Рання діагностика та своєчасне втручання є ключовими для запобігання важким наслідкам професійного вигорання.

Таким чином, можна зробити висновок, що професійне вигорання – це актуальна проблема, що вимагає ретельного вивчення та розробки ефективних стратегій його профілактики та подолання заради збереження професійного здоров'я фахівців, а також якості їхнього життя в цілому навіть в умовах надважких викликів сьогодення.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ

В. Й. Бочелюк,
*доктор психологічних наук, професор,
Приватний вищий навчальний заклад
«Європейський університет»*

Молодь виступає ключовим детермінантом соціальної еволюції завдяки високому рівню креативності та інноваційності як окремої соціальної групи. Студенти, як найактивніша когорта молоді, демонструють підвищену мотиваційну спрямованість на досягнення кар'єрного успіху, що вимагає формування компетентнісних ресурсів. На них покладається значний соціальний потенціал, оскільки вони майбутнім суспільства.

Війна в Україні негативно впливає на психічне здоров'я населення, зокрема молоді та студентів. Цей вплив найсильніший серед тих, хто пережив бойові дії безпосередньо, а також серед осіб, змушених покинути домівки. Дослідження психічних станів студентів є особливо важливим для психолого-педагогічної науки, оскільки вони впливають на життєдіяльність суб'єктів навчання, визначають перебіг та успішність їхньої навчально-професійної діяльності. Психічні стани – це визначений тимчасовий рівень цілісного функціонування психіки, що безпосередньо впливає на характер і ефективність діяльності особистості і, як стійкий прояв психіки індивіда, закріплюється і повторюється в її структурі (Синявський В. В., Сергєєнкова О. П., 2007). Аналіз особливостей психічних станів студентів дозволяє вчасно підтримати та посилити позитивні стани або усунути негативні, шкідливі для навчання.

Мета нашого дослідження полягає у визначенні особливостей психічних станів студентів під час війни.

Вибір методик для дослідження психічних станів студентів в умовах війни базується на сукупності критеріїв, які забезпечують наукову достовірність і практичну цінність отриманих результатів. Нами були обрані наступні методики: особистісна шкала прояву тривоги (Дж. Тейлор), шкала депресії Бека (А. Бек), шкала резильєнтності (Коннор-Девідсон), методика «САН» (Доскін, Мірошников).

У дослідженні особливостей психічних станів студентів під час війни брали участь 140 студентів першого та другого курсів Приватного вищого навчального закладу «Європейський університет», віком від 17 до 18 років. Серед них 85 жінок та 55 чоловіків.

Аналіз діагностики депресії за шкалою Бека вказує на відмінності середнього рівня депресії між чоловіками та жінками. У чоловіків середнє значення становить 10,1 зі стандартним відхиленням 4,5, що свідчить про нижчий рівень депресії порівняно з жінками (середнє 15,2, стандартне відхилення 8,3). Для загальної вибірки середнє – 13,8 зі стандартним відхиленням 7,8, що вказує на значну варіативність рівнів депресії. Результати свідчать про більшу схильність жінок у дослідженні до депресивних симптомів. Вищий середній показник і стандартне відхилення у жінок відображають більшу варіативність реакцій на стресові умови війни. Велике стандартне відхилення в загальній вибірці підкреслює широкий спектр індивідуальних відмінностей у впливі війни на психічний стан студентів.

Отримані результати свідчать, що середній рівень тривожності за шкалою Тейлора у чоловіків становить 19,6 зі стандартним відхиленням 6,7, що вказує на помітний рівень тривожності. У жінок середній показник вищий – 24,8 зі стандартним відхиленням 8,1, що відображає більшу схильність до тривожних станів або вищу реактивність на стресові військові умови. Для загальної вибірки середнє значення тривожності – 23,4 зі стандартним відхиленням 8, що свідчить про розмаїтість рівнів тривожності серед учасників.

Результати дослідження за шкалою Коннора-Девідсона показують, що середній рівень резильєнтності у чоловіків становить 29,4 зі стандартним відхиленням 4,3, а у жінок – 30 зі стандартним відхиленням 4,1. Для всієї вибірки середнє значення – 29,8 зі стандартним відхиленням 4,1. Ці дані свідчать про високі та стабільні показники резильєнтності як у чоловіків, так і у жінок, з незначною різницею між статями. Війна не знищила здатність студентів адаптуватися та долати труднощі. Студенти, які живуть в Україні під час війни, зберігають позитивний настрій, знаходять ресурси для подолання стресу та підтримують соціальні зв'язки. Резильєнтність сприяє кращій адаптації до нових умов, зниженню стресу та емоційних труднощів, підтримці мотивації та підвищенню академічної успішності.

На основі дослідження психічних станів студентів за методикою «САН» встановлено: чоловіки мають вищий середній рівень самопочуття (4,4) порівняно з жінками (3,9), що може свідчити про кращу адаптацію або нижчий рівень стресу; стандартне відхилення вище у чоловіків (1,9), що вказує на більшу варіативність самопочуття в цій групі. Чоловіки демонструють вищий рівень

активності (5,3) порівняно з жінками (4,2), що відображає більшу енергію та ініціативність; стандартне відхилення активності нижче у чоловіків (1,3) проти 1,8 у жінок, що свідчить про однорідніший рівень активності серед чоловіків. Середній рівень настрою у чоловіків (3,3) нижчий, ніж у жінок (3,7), що може вказувати на кращий емоційний стан або ефективніше подолання емоційних викликів жінками; стандартне відхилення настрою подібне в обох групах (1,6 у чоловіків і 1,5 у жінок), що відображає схожу варіативність.

Отримані дані вказують на гендерні відмінності у психічних станах студентів за шкалами самопочуття, активності та настрою. Чоловіки демонструють вищі показники самопочуття та активності, але нижчі – настрою порівняно з жінками. Ці відмінності підкреслюють потребу враховувати гендерні аспекти при розробці психологічних втручань та підтримки для студентів.

Середні показники переважають як для загального рівня життєстійкості, так і для кожного з її трьох компонентів. Залученість як компонент життєстійкості має домінуючий середній рівень: більшість студентів сприймає життя як послідовність ситуацій, від яких отримує ситуативне задоволення, позитивно ставиться до соціальних ролей, але виявляє ситуативну готовність до змін. За компонентом «контроль» домінують середні показники: молодь усвідомлює можливість вибору та відповідальність за життєвий шлях, але часто відчуває розгубленість і безпорадність в актуальних умовах, що поєднують новизну та реальну загрозу життю. Розподіл респондентів за прийняттям ризику як компонентом життєстійкості свідчить про переважання обережного та дуже обережного ставлення до ризику, аж до його ігнорування як стратегії. Тому значна частина вибірки має середній рівень життєстійкості, з установкою на автономність в однозначних ситуаціях, але амбівалентною готовністю до активності за умов невизначеності.

Толерантність до невизначеності у половини студентської молоді виявляється в обережній готовності до змін у житті та частковій втраті готовності підтримувати активність, особливо в ситуаціях, що вимагають виходу за межі звичних обмежень. Більшість студентів характеризується вираженою спрямованістю до однозначності в житті, що зрозуміло в актуальних умовах, та часто приховано негативно сприймає нове й усе, що суперечить звичним умовам. Більшість студентства демонструє інтолерантність у стосунках як базову модель, наполягаючи на збереженні ясності та контролю через знайомі схеми, а спроби їх зміни сприймає негативно або амбівалентно. Статистично значущі статеві відмінності саме за цим видом інтолерантності: юнаки частіше негативно ставляться до змін у стосунках, але приховують це; дівчата частіше сприймають такі зміни амбівалентно.

Майже половина студентства має ситуативні проблеми з самоприйняттям особистості, що проявляється в амбівалентному самоприйнятті. Також майже половина студентів, маючи цілі, відзначає їх нестійкість і мінливість, спад активності для їх досягнення та домінування зовнішньої мотивації над внутрішньою. Молодь періодично то здатна керувати оточенням, то втрачає цю можливість, що призводить до втрати стабільності існування. Складова

«Позитивні стосунки» психологічного благополуччя має специфічний характер: трохи більше третини студентів описують свої стосунки як довірливі, з можливістю отримувати підтримку та піклуватися про інших; інша третина, навпаки, має тривалі деструктивні проблеми в значимих стосунках. Показники автономності коливаються між автономією та залежністю, з тенденцією то орієнтуватися на інших у важливих рішеннях, то відстоювати власну автономію. Третина молоді переважно залежить від інших у прийнятті рішень, усвідомлюючи, що це свідчить про їхню нежиттестійкість.

Таким чином, встановлено відсутність статистично значущих гендерних відмінностей у рівнях тривоги, депресії, резильєнтності та загальному психічному стані. Це свідчить, що військові конфлікти впливають на психічні стани студентів незалежно від гендеру. Особлива увага приділена аналізу результатів за кожною шкалою та їхньому впливу на загальний психологічний стан студентів в сучасних умовах. Підкреслюється важливість глибокого розуміння цих станів для розробки ефективних стратегій психологічної підтримки.

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ РЕСУРСИ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ-СПОРТСМЕНІВ У СУЧАСНИХ УМОВАХ

Т. М. Булгакова,

кандидат педагогічних наук, доцент,

*Національний університет фізичного виховання і
спорту України*

Проблематика збереження психічного та фізичного здоров'я студентської молоді у сучасному суспільстві набуває особливої актуальності. Юнацький вік – це період інтенсивного особистісного, інтелектуального та соціального розвитку, коли закладаються основи майбутньої життєвої стратегії. Водночас він є одним із найбільш уразливих вікових етапів, оскільки поєднує підвищене навчальне навантаження, необхідність адаптації до нових соціальних умов та тиск очікувань з боку сім'ї й суспільства.

Особливу категорію становлять студенти-спортсмени, які поєднують навчальну діяльність із інтенсивними фізичними навантаженнями, що формує специфічні психосоціальні ризики і водночас відкриває додаткові ресурси для розвитку стресостійкості та самодисципліни.

У нинішніх реаліях, коли українське суспільство перебуває в умовах воєнних подій, студентська молодь стикається з додатковими стресовими факторами, що значно підвищує ризик розвитку психологічних труднощів. Саме тому дослідження психосоціальних чинників, які впливають на здоров'я студентів, має не лише теоретичне, а й практичне значення, адже воно дає змогу розробити дієві програми підтримки й профілактики.

Дослідження українських та зарубіжних учених (Deci & Ryan, Сохань Л., Донченко О., Карамушка Л. та інші), які підкреслюють роль соціальної підтримки, саморегуляції та мотиваційних ресурсів для збереження психічного здоров'я студентів.

Аналіз наукових джерел та практичних спостережень свідчить, що найбільш поширеними ризиками для здоров'я студентської молоді є комплексні стресові фактори.

Підвищене навчальне навантаження часто поєднується з високими вимогами до академічної успішності. Це спричиняє перевтому, зниження концентрації уваги, порушення сну, розвиток емоційного вигорання навіть у юнацькому віці. За даними досліджень, близько третини студентів відзначають регулярні симптоми хронічної втоми.

Для студентів-спортсменів цей фактор подвоюється через інтенсивні тренування, змагання та контроль спортивних досягнень, що підвищує ризик емоційного та фізичного вигорання.

Економічні труднощі стають вагомим фактором стресу. Багато студентів поєднують навчання з підробітком, що призводить до виснаження і порушення балансу між навчанням, працею та відпочинком. Фінансова нестабільність негативно позначається на емоційному стані, викликає відчуття тривоги та невпевненості у майбутньому.

Порушення режиму життя (харчування, сну, фізичної активності) зумовлене високим темпом навчання та соціальною активністю. Такі фактори поступово підривають фізичне здоров'я, формуючи основу для психоемоційних розладів.

У студентів-спортсменів особлива увага до режиму життя критична, адже відновлення після тренувань та травм без належного сну та харчування значно ускладнює адаптацію та навчальну продуктивність.

Важливим чинником виступають *міжособистісні стосунки*. Юнацький вік – це період інтенсивного розвитку комунікативної сфери. Невдалі взаємини, конфлікти з однолітками чи викладачами, нерозділені почуття можуть спричинити стрес, формувати почуття самотності або соціальної ізоляції.

Для спортсменів додатковим чинником стає взаємодія в команді та відносини з тренерами, які можуть стати як ресурсом підтримки, так і джерелом додаткового психологічного тиску.

Окремої уваги заслуговує *цифрове середовище*. З одного боку, воно відкриває доступ до знань і комунікацій, а з іншого – формує ризики залежності від соціальних мереж, порівняння себе з іншими та виникнення почуття меншовартості. Надмірне перебування онлайн часто витісняє живе спілкування, що підсилює відчуття самотності.

Не менш важливим фактором є *воєнна реальність*, у якій нині живе українська молодь. Постійні повідомлення про бойові дії, втрати, вимушене переселення, розлука з рідними та невизначеність майбутнього створюють високий рівень тривожності. Це не лише впливає на психологічне благополуччя, але й стає серйозним викликом для загального розвитку студентів.

Попри численні ризики, молодь має й значні ресурси для збереження психічного здоров'я. Найбільш вагомими серед них є:

Соціальна підтримка. Наявність близького оточення (сім'ї, друзів, колективу однокласників), яке забезпечує відчуття захищеності, сприяє зниженню тривожності та формуванню впевненості в собі.

Для студентів-спортсменів командна підтримка від тренерів та товаришів по команді є особливо значущим ресурсом, що підвищує мотивацію та сприяє психологічній стійкості.

Розвиток стресостійкості. Юнаки й дівчата, які навчаються управляти своїми емоціями, застосовувати техніки релаксації та саморегуляції, легше справляються зі стресом і зберігають продуктивність.

Фізична активність. Заняття спортом не лише покращують фізичний стан, а й є ефективним способом подолання емоційної напруги.

У випадку студентів-спортсменів регулярні тренування стають одночасно і навантаженням, і ресурсом розвитку саморегуляції та стресостійкості.

Позитивне мислення та цілеспрямованість. Студенти, які мають чіткі життєві цілі та здатність бачити перспективу, легше переносять труднощі, розглядаючи їх як тимчасові.

Участь у громадських і волонтерських ініціативах. Це сприяє формуванню почуття значущості, розвитку соціальної активності та зміцненню психологічної стабільності.

Таким чином, наявність захисних чинників здатна значною мірою зменшити негативний вплив стресових факторів і виступати потужним ресурсом адаптації.

Забезпечення здоров'я студентської молоді потребує цілеспрямованої та комплексної системи психосоціального супроводу. До найбільш перспективних напрямів належать:

Психологічна просвіта – проведення лекцій, семінарів та тренінгів, спрямованих на розвиток навичок подолання стресу, формування позитивного мислення та культури психічного здоров'я.

Розвиток емоційної грамотності – навчання студентів розпізнавати власні емоції, виражати їх у соціально прийнятний спосіб та регулювати внутрішній стан.

Програми психолого-педагогічного супроводу – створення груп підтримки, використання арттерапевтичних методів, психогімнастики, дихальних технік, що допомагають знизити рівень напруження та тривожності.

Для студентів-спортсменів доцільним є включення тренінгів із психологічної підготовки до змагань, регуляції емоцій при травмах та інтеграції навчального та спортивного навантаження.

Формування здорового способу життя – популяризація фізичної активності, правильного харчування, достатнього сну, профілактика шкідливих звичок.

Соціальна інтеграція та волонтерська діяльність – залучення студентів до колективних проєктів, що зміцнює почуття приналежності та соціальної значущості.

Цифрова грамотність і культура користування інтернетом – розвиток навичок безпечного і дозованого використання цифрових технологій.

Психологічне консультування та кризова допомога – доступність фахової допомоги у разі проявів дезадаптації, тривожності чи депресивних станів.

Отже, студентський вік – це період, коли поєднуються високі ресурси розвитку та значні психосоціальні ризики. Збереження та зміцнення здоров'я студентської молоді можливе лише за умов комплексного підходу, який включатиме підтримку на рівні навчального закладу, сім'ї, соціуму та держави.

Особливо це актуально для студентів-спортсменів, які потребують інтегрованого підходу до психофізіологічного благополуччя.

Важливо не лише мінімізувати ризики, а й максимально розвивати ресурси – соціальну підтримку, стресостійкість, позитивне мислення, здоровий спосіб життя та активну громадянську позицію. Саме це створює фундамент для формування зрілої, адаптивної особистості, здатної до самореалізації та продуктивної діяльності в умовах сучасних викликів.

ЙОГІЧНА ТЕРАПІЯ У ВІДНОВЛЕННІ ПСИХОФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

В. М. Бутузов,

доктор юридичних наук,

Асоціація Вчителів Кундаліні Йоги України

О. М. Кокун,

дійсний член НАПН України,

доктор психологічних наук, професор,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Постановка проблеми. Повномасштабна війна в Україні створила безпрецедентні виклики для системи медичної, психологічної та соціальної реабілітації військовослужбовців. Тривалий стрес, бойові травми, втрата побратимів і постійна небезпека зумовлюють глибокі психофізичні наслідки, що потребують комплексного, доказового та етично виваженого підходу до відновлення. У цих умовах особливої актуальності набувають методи, які поєднують тілесноорієнтовану та психотерапевтичну роботу, розвивають навички саморегуляції та безпечної регуляції збудження.

Одним із таких методів є йогічна терапія, зокрема практика Кундаліні-йоги, що включає дихальні техніки (пранаями), фізичні комплекси (крії), медитацію та мантри. Узагальнення рандомізованих досліджень (Gallegos et al., 2017) демонструє, що медитація та йога мають статистично значущий ефект

невелико-середньої величини у зменшенні симптомів ПТСР у дорослих; при цьому істотних відмінностей між типами втручань, популяціями, контрольними умовами та мірами оцінювання не виявлено (стандартизований ефект $\sim 0,39$ за моделлю випадкових ефектів). Такі дані підтримують доцільність інтеграції йогічних і медитативних практик у програми відновлення військовослужбовців, за умови їх культурної та клінічної адаптації, міждисциплінарного супроводу та дотримання принципів психологічної безпеки.

Мета та партнерство. Дослідження виконано у межах міжінституційної співпраці між Інститутом психології імені Г. С. Костюка НАПН України, Асоціацією вчителів Кундаліні Йоги України та міжнародним Gugu Ram Das Center for Medicine & Humanology (США). Мета – оцінити ефективність йогічної терапії у відновленні психофізичного стану військовослужбовців і визначити елементи програми, прийнятні для реабілітаційного середовища.

Організація і методи. У дослідженні взяли участь 84 військовослужбовці віком 21–62 роки, які проходили реабілітацію в медичних центрах. Програма включала серію групових занять з йогічної терапії, що проводилися сертифікованими інструкторами Асоціації вчителів Кундаліні Йоги України. Акценти занять: відновлення нервової системи, зменшення тривожності, поліпшення якості сну та розвиток усвідомленості.

Методологія поєднувала кількісні та якісні підходи: анкетування щодо самопочуття, рівня стресу, емоційного стану та сну; а також глибинні інтерв'ю для фіксації суб'єктивних змін. Оцінювалися: фізичне самопочуття, емоційний стан, рівень стресу, відчуття підтримки інструктора, комфорт групового формату та покращення фізичного стану.

Результати. Спостерігали стабільно високі показники ефективності програми:

- 82,6% учасників відзначили покращення фізичного самопочуття;
- 80,2% — позитивні емоційні зміни;
- 90,4% — зниження рівня стресу;
- 86,8% — високу якість підтримки інструктора;
- 90,0% — комфортність групового формату занять.

Усереднений індекс задоволеності становив $\approx 4,25$ із 5. Якісний аналіз інтерв'ю підтвердив ці дані: військовослужбовці описували стани «внутрішнього заспокоєння», «звільнення від тілесного та емоційного болю», «відновлення надії» та «відчуття безпеки». Повідомлялося про покращення сну, зменшення панічних проявів, стабілізацію артеріального тиску та нормалізацію когнітивних процесів після контузії.

Обговорення. Отримані результати узгоджуються з висновками метааналітичного огляду (Gallegos et al., 2017) щодо загального клінічного потенціалу йоги та медитації при ПТСР (ефект невелико-середньої величини; відсутність значущих міжпідхідних відмінностей). Наші дані розширюють цей висновок на специфічну українську вибірку військовослужбовців у період активних бойових дій і реабілітації. Практичне значення полягає у формуванні прикладних навичок самодопомоги: усвідомлене дихання, регуляція уваги й

тілесна чутливість можуть виступати «швидкими інструментами» стабілізації у повсякденних і тригерних ситуаціях.

Водночас потрібні подальші рандомізовані контрольовані дослідження з включенням біомаркерів стрес-реактивності (варіабельність серцевого ритму, кортизол), об'єктивних показників сну та довших періодів спостереження, аби оцінити стійкість ефектів і визначити оптимальну «дозу» втручання для різних підгруп військових.

Висновки.

- Йогічна терапія є ефективним міждисциплінарним компонентом відновлення психофізичного здоров'я військовослужбовців.
- Практика сприяє зниженню рівня стресу, покращенню сну, емоційній стабільності та певній нормалізації когнітивних функцій.
- Результати підтверджують доцільність інтеграції йогічної терапії у систему психологічної та фізичної реабілітації військових.
- Подальші дослідження мають зосередитися на довготривалих ефектах і нейрофізіологічних механізмах стресостійкості (що узгоджується із Gallegos et al., 2017).

ПСИХОСОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ

І. О. Гадомська,
практичний психолог-методист,
Любарський професійний ліцей,
Житомирська область

Підлітковий вік є одним з ключових етапів у процесі становлення емоційно-вольової регуляції особистості. Переживання підлітка стають глибшими, з'являються більш стійкі почуття, емоційне ставлення до ряду явищ життя робиться тривалішим і стійкіше, значно ширше коло явищ соціальної дійсності стає небайдужим підлітку і породжує у нього різні емоції.

Постановка проблеми. Сучасні підлітки та молодь стикаються з численними викликами, які можуть негативно впливати на їхнє психосоціальне здоров'я. Зростаючий рівень стресу, порушення міжособистісних стосунків, вплив соціальних мереж, проблеми в сім'ї, соціальна ізоляція, а також психологічні розлади, такі як депресія та тривожність, стають все більш поширеними серед молодого покоління. У той самий час, система підтримки психосоціального здоров'я підлітків і молоді залишається недостатньо розвинутою. Існує нагальна потреба в аналізі психосоціальних факторів, що впливають на здоров'я молодих людей, та розробці ефективних заходів для поліпшення їхнього психоемоційного стану. Для того, щоб забезпечити всебічну підтримку підлітків та молоді в цьому віці, потрібно врахувати не лише

фізіологічні аспекти, а й соціокультурні, психологічні та економічні фактори, що впливають на їхнє здоров'я та благополуччя.

Завдання: проаналізувати основні психосоціальні чинники, що впливають на здоров'я підлітків та молоді.

Здоров'я підлітків і молоді є важливим елементом загального добробуту суспільства. Воно включає в себе не лише фізичний стан, але й психічне, соціальне, емоційне та психологічне здоров'я. Психосоціальні аспекти здоров'я підлітків та молоді стають дедалі важливішими в умовах сучасного світу, де багато факторів, таких як соціальний тиск, зміни в сім'ї, освіті, а також вплив нових технологій, можуть мати значний вплив на розвиток молодих людей.

Психосоціальні фактори, що впливають на здоров'я підлітків:

1. Соціальні взаємодії та підтримка.
2. Стрес і психологічне навантаження.
3. Сімейне середовище.
4. Вплив медіа та соціальних мереж.
5. Психічні розлади серед молоді.

Надзвичайно актуальними і в медичному, і в соціальному аспектах є проблема психічного здоров'я підлітків та молоді.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я наводить доволі невтішні цифри та факти щодо ситуації із психічним здоров'ям підлітків та молоді. Особливо гостро стоїть проблема щодо підліткових психічних розладів, які складають 16% від усіх підліткових хвороб. Кожен п'ятий підліток страждає від проблем поведінкового або психічного характеру. При цьому половина усіх психічних розладів мають початок до 14 років. Водночас 10-20% підлітків, які стикаються з порушеннями психічного здоров'я, не проходять діагностику та лікування.

На сьогодні в Україні вже 75% дітей зазнали травматизації психіки на тлі війни. Тобто три чверті українських дітей демонструють симптоми травматизації психіки: кожна п'ята дитина має порушення сну, кожна десята – зменшення бажання спілкуватися, нічні кошмари та погіршення пам'яті. Це призводить до станів соціально-психологічної дезадаптації, а у складніших випадках – до психічних розладів як наслідку порушення регулятивної функції психіки.

Суспільство у наш час характеризується змінами у моральних та ціннісних ідеалах, економічною та політичною нестабільністю, а також змінами вимог і соціальних очікувань. Окрім цього, в Україні понад 10 років триває війна й це впливає на всі сфери життя. У зв'язку із цими обставинами збільшилась кількість людей, що відчувають підвищену тривожність, невпевненість, емоційну нестійкість. Науковці досліджують феномени тривоги й тривожності протягом десятиліть й особливо актуальні ці дослідження в наш час.

Проблемні питання, які пов'язуються із особистісною тривожністю, потрібно розглядати як в особистісному контексті, так і в соціальному. Суб'єкт прагне бути захищеним та почуватися в безпеці, прагне уникнути погроз, які є реальними або уявними стосовно матеріального забезпечення, світових катастроф в екології, старіння та інше. Тривожність як властивість особистості традиційно розглядають як тенденцію до переживання нейтральної ситуації, як

ту, що може серйозно загрожувати. Особа при цьому має таку тенденцію поводити себе так, щоб уникнути уявну загрозу. За умови, що високі показники тривоги, неодноразово повторюються, може виникнути готовність постійно переживати такий стан. При постійних переживаннях тривоги, тривожність фіксується та стає якістю особистості (Ясточкіна І.А., 2020).

Причини особистісної тривожності можуть бути різними і розглядати їх можна на різних рівнях: психологічному, соціальному та психофізіологічному. На соціальному рівні проблеми можуть виникати через порушення у спілкуванні з іншими людьми. Неадекватне сприйняття самої себе, коли особа має конфліктну самооцінку, відчуваючи одночасно потребу високої самооцінки та при цьому маючи почуття невпевненості – це приклад ситуації, коли може бути особистісна тривожність на психологічному рівні. Психофізіологічний рівень зумовлений чинниками, які пов'язані з особливістю функціонування центральної нервової системи. Ряд досліджень показує, що детермінація тривожності пов'язана з особливостями конституції, наявністю джерела патології в корі головного мозку, різними хворобами, слабкістю та неврівноваженістю нервової системи (Ясточкіна І.А., 2020). Стійка тривожність свідчить про те, що суб'єкт має проблеми з емоційною саморегуляцією. Немоżliвість керувати своїм станом може викликати відчуття безсилля та безнадії, що, своєю чергою, може призвести до зниження енергії та збільшення песимізму. Це може пошкодити впевненості у собі та призвести до втрати рішучості та наполегливості у досягненні цілей, оскільки особа може заздалегідь очікувати невдачі.

Підлітковий період описується як складний кризовий етап у розвитку особистості, коли відбувається глибока перебудова всіх її аспектів, супроводжуючись значними особистісними переживаннями. У цей період на фоні значних змін у фізіології та анатомії активно розвивається самопізнання, формуються ціннісні уявлення про світ та створюється власна система координат самооцінки. Процес, коли людина пізнає себе є досить суперечливим та непростим, самооцінка та рівень очікувань часто можуть бути нестабільними та неадекватними. Підліткам важко зрозуміти себе. Вони знаходяться в періоді переходу від дитинства до дорослості, і у цей час часто виникають конфлікти, які мають негативний вплив на формування емоційно-пізнавальної сфери.

Спостерігається загальна закономірність щодо підлітків. Через особливості переживання підліткового вікового етапу підліткам притаманний підвищений рівень тривожності. Звертаючи увагу на умови розвитку сучасних українських підлітків, слід відзначити, що є чинники, які внесли специфічний вплив та мають особливі відмінності. За останні декілька років в їхньому житті вони жили в час пандемії, що суттєво ускладнило можливість реалізовувати одну з головних вікових потреб – живе спілкування з однолітками.

Також сильним стресовим чинником є воєнні дії в країні та весь спектр впливу, який з цим пов'язаний. Підлітки потрапили у неприродні обставини, що ускладнюють період їх особистісного зростання. Не забезпечені базові потреби, зокрема потреба у безпеці та потреба звичайного спілкування. Усе це спричинило необхідність пристосовуватися до нових обставин життя в

невизначеності, постійній тривозі та стресі, відповідати незвичним викликам. Це може стати причиною активації стану тривоги як природня реакція на ще неопановані стимули. (Шевченко Н.Ф., 2006).

Тривожність розглядається зі сторони індивідуально-психологічної особливості, яка має підвищену схильність відчувати занепокоєння у різних життєвих ситуаціях, що може викликати почуття безпорадності та невизначеності. Є різні рівні, на яких проявляється тривога: фізіологічний та психологічний. Компоненти, які включає в себе психологічний рівень – це емоційний, когнітивний та поведінковий. До емоційної складової належить індивідуальне поєднання різних переживань, їх інтенсивність залежить від процесів гальмування та збудження у корі головного мозку, як відповідна реакція на подразнення, а також від рівня страху. Компонент поведінковий може проявлятися у різних варіаціях, від повної апатії, безініціативності до демонстративної жорстокості. Комунікативна сфера, мотиваційна належать до когнітивного компоненту й впливають на впевненість в собі та рівень самооцінки. На фізіологічному рівні проявляються зміни внутрішніх органів і внутрішніх систем організму: порушується дихання, може підвищуватися тиск, прискорюється серцебиття, можуть тремтіти кінцівки, з'являються розлади шлунку, проявляється скутість рухів тощо (Матохнюк Л.О., Шпортун О.М., 2020, Сидоров К.Р., Крохіна І.Г., 2013. № 1.).

Дослідження вікової динаміки тривожності показують, що вона зростає у віці 12-16 років, що зв'язано з перебудовою системи взаємин та зміною соціальних ролей у підлітків. Внутрішній конфлікт, де одне сильне бажання вступає в конфлікт з іншим часто заважає нормальному життю підлітка, стає причиною розривів соціальних зв'язків з оточуючими. У цей період спостерігається певне зміщення у характері тривоги і страхів: зменшення «природної» тривоги, яка базується на інстинктах, та збільшення «соціально зумовленої» тривоги, яка досягає максимуму саме у підлітковий період. Одним із головних протиріч у цьому віці є бажання підлітка визнати свою особистість дорослою, при цьому не маючи реальної можливості утвердитися серед дорослих (Сидоров К.Р., Крохіна І.Г., 2013).

Стратегії підтримки психосоціального здоров'я молоді:

1. Психологічна підтримка та консультування.
2. Освітні програми з розвитку емоційної грамотності.
3. Зміцнення соціальної підтримки.
4. Популяризація здорового способу життя.
5. Інформаційна освіта про ризики та здоров'я.

Висновок. Психосоціальні аспекти здоров'я підлітків та молоді є критично важливими для їхнього благополуччя та успішного розвитку. Вплив соціальних факторів, стресу, сімейних та шкільних умов на психічне та емоційне здоров'я молодих людей потребує уваги з боку суспільства. Тому важливо розвивати ефективні стратегії для підтримки психосоціального здоров'я підлітків, включаючи доступ до психологічної допомоги, освітні програми та підтримку здорового способу життя.

РОЗВИТОК І ВИЗНАЧЕННЯ РІЗНИХ ВИДІВ СПРИЙНЯТТЯ У ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЯК УМОВА ЇХ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ

*А. І. Галій,
кандидат біологічних наук, доцент
А. В. Безручко,
магістрантка,
Харківський національний педагогічний
університет імені Г.С. Сковороди*

Аналіз науково-методичної літератури свідчить, що пізнавальна діяльність дітей з інтелектуальними порушеннями (ІП) має специфічні особливості. Дослідження С. Трикоз та Г. Блеч засвідчують, що пізнавальна діяльність дітей з інтелектуальними порушеннями має особливі характеристики: знижений рівень довільної уваги, що ускладнює концентрацію на навчальних завданнях; нестійкість сприймання та сприйняття під час аналізу явищ довкілля; обмеженість уяви, що впливає на здатність до творчого мислення.

Сприйняття є фундаментальною пізнавальною функцією, яка відіграє важливу роль у розвитку дітей дошкільного віку, а в корекційній роботі з дітьми з інтелектуальними порушеннями є умовою соціальної адаптації та психічного благополуччя. В цілому сприйняття - це складний психічний процес, який активно розвивається у дошкільному віці, діагностика оцінки рівня сприймання та сприйняття у дітей цього віку є важливою складовою комплексного психологічного вивчення, яке можна вирішувати в контексті соціально-побутового орієнтування (СПО).

Проблему соціально-побутового орієнтування у дітей з інтелектуальними порушеннями в умовах спеціального закладу досліджували в різні часи такі фахівці як Ю. Галецька, Н. Гіренко, С. Конопляста, М. Кузьмицька, О. Маллер, Г. Мерсіянова, С. Кізіченкова, Н. Павлова, А. Раку, С. Федоренко та ін.

Для визначення різних видів сприйняття (зорового, слухового, тактильного, кінестетичного) у дітей з інтелектуальними порушеннями на уроках соціально-побутового орієнтування в умовах спеціальної школи застосовуються спеціально адаптовані методи та методики. Вони ґрунтуються на використанні наочності, ігрових елементів та практичної діяльності.

Завдання визначення особливостей сприйняття у дітей з інтелектуальними порушеннями:

- Виявити рівень сформованості сенсорного досвіду.
- Дослідити здатність дитини розпізнавати, порівнювати й узагальнювати об'єкти побуту.
- З'ясувати можливості орієнтації у просторі та часі.
- Встановити типові труднощі у сприйнятті під час навчальної діяльності.

Найбільш ефективними серед методів дослідження сприйняття, є педагогічне спостереження. Воно використовується на уроках для оцінки реакції учнів на предмети, явища та уміння розуміти інструкцію.

Протягом спостереження фіксується процес реагування дитиною на зміни предметів, кольорів та звуків також процес сприйняття швидкості, точності, самостійності та емоційної реакції.

Важливе значення для формування соціально-побутового орієнтування для дитини є можливість розрізняти повсякденні ситуації («на кухні», «у магазині», «транспорті», «у лікарні», тощо).

Наступним методом дослідження, який на нашу думку може розкрити сенсорний досвід дитини є проведення «інтерв'ю та опитування». В ході такого дослідження проводиться уточнення та усвідомлення дитиною сенсорного досвіду.

Орієнтовний приклад запитань:

- Що це за предмет?;
- Для чого він?;
- Якого він кольору/форми?;
- Де ви бачили його, вдома чи в іншому місці?;

Особливості пізнавальної діяльності дітей з порушеннями інтелекту ускладнюють сприймання оточуючих предметів та явищ, не дозволяють спонтанно одержувати інформацію, установлювати причинно-наслідкові зв'язки, повно та правильно робити висновки. Тому відповіді на поставлені питання можуть нам дають підставу розуміти чи усвідомлює дитина про зміст ситуації, предмет та об'єкт сприйняття, його особливості будови, тощо.

Також під час проведення інтерв'ю діти вчаться міркувати, шукати відповіді, встановлювати нові причинно-наслідкові зв'язки. Бесіду під час інтерв'ю використовують також з метою активізувати уявлення або наявний досвід учнів у розв'язанні соціальних і побутових проблем, в процесі роботи з новим матеріалом, для закріплення і перевірки розуміння вивченого. Вона допомагає не тільки визначити знання дітей, але й узагальнити їх, систематизувати і доповнити новими відомостями.

Для дітей з порушеннями розумового розвитку характерна відсутність потреби у налагодженні стосунків з іншими людьми. На їх спілкування впливають обмежений чуттєвий і практичний досвід, недостатнє розуміння соціальних вимог і моральних цінностей суспільства.

Тому такі види досліджень як проведення інтерв'ю є необхідним кроком для формування комунікативних навичок, в ході яких можна ознайомити дітей з особливостями поведінки в різних соціальних ситуаціях та виробити навички соціальної поведінки.

Спочатку вчитель пояснює учням, як правильно вступати в контакт з людиною, з чого починати розмову, як правильно будувати питання, почувавши себе невимушено. Наступним етапом є пояснення, як розвивати діалог, одержуючи при цьому потрібні відомості; як переходити з позиції людини, що говорить, на позицію людини, що слухає; як адекватно відповідати на репліку

співрозмовника. І, нарешті: як урахувати інформацію, отриману в процесі спілкування, аналізувати обставини та долати труднощі.

Дуже важливим при визначенні загальної структури розумової діяльності дітей з інтелектуальними порушеннями є діагностика сприйняття. Для цього можна провести визначення, запропонувавши завдання на узагальнення конкретних понять.

Узагальнення чотирнадцяти рядів конкретних понять за допомогою родових понять. Завдання полягає в тому, щоб запропонувати дітям назвати одним словом ряди конкретних понять. В результаті проведення завдання на узагальнення можна зрозуміти усі тонкощі і глибоку своєрідність розвитку порушених функцій, систем, рівня індивідуальних досягнень і можливості перспективного розвитку конкретної дитини. Таке дослідження допомагає зрозуміти рівень підтримки дитини у зв'язку з особливостями її пізнавальної діяльності, так як навчання такої дитини потребує безперервної індивідуальної психолого-педагогічної корекційної допомоги і покрокового контролю, багаторазовості повторення, бо її сенсорні і моторні системи відчують значні утруднення у взаємодії з навколишнім світом.

В дослідженні пізнавальних процесів дітей з інтелектуальними порушеннями набувають великого значення методи визначення різних типів сприйняття:

- Зорове сприйняття: метод «Розпізнавання предметів за контуром або частиною» оцінює здатність дитини розпізнавати знайомі предмети (посуд, одяг, меблі) з неповних зображень; метод «Парні картинки» перевіряє точність та повноту сприйняття; метод «Знайди відмінності» (адаптований) оцінює уважність та деталізацію в зорових образах; «Склади картинку» (з частин) демонструє цілісний характер сприйняття.
- Слухове сприйняття: метод «Розпізнай звук»: учні визначають джерело звуку: проточна вода, дзвінок, пиросос, телефон; метод «Що звучить довше?» спрямований на розвиток диференціації за тривалістю та висотою тону; «Звукова послідовність» перевіряє здатність розпізнавати та відтворювати знайомі звуки в правильному порядку.
- Тактильне (гаптичне) сприйняття: метод «Розпізнавання предметів на дотик» де учень ідентифікує предмет побуту (гребінець, ложку, гудзик) із закритими очима; метод «Текстура та форма»: дитина розрізняє матеріали: м'які та тверді, гладкі та шорсткі, теплі та холодні; «Вгадай предмет у мішку» поєднує розвиток сприйняття з ігровими елементами.
- Просторове сприйняття: метод «Розташувати предмети згідно з інструкцією», учень виконує такі завдання як «Поставити тарілку ліворуч від чашки», «Поставити ложку поруч із серветкою»; «Зробити візерунок»: перевіряє орієнтацію у співвідношеннях «зверху-знизу», «справа-ліворуч» та «спереду-ззаду»; «Знайти шлях» (на макеті кімнати або школи) – оцінює вміння орієнтуватися у знайомому просторі.
- Часове сприйняття: метод «Послідовність подій»: учень розташовує картинки типу «Прокинувся – помився – поснідав – пішов до школи»;

метод «День – Ніч – Ранок – Вечір»: розвиває розуміння частин доби; «Що спочатку, а що потім»: розвиває причинно-наслідкові та часові зв'язки в повсякденних ситуаціях.

Характеристики знань, навичок та вмінь, емоційно-мотиваційного ставлення до навчально-практичної діяльності дитини покладаються в основу визначення рівнів навчальних досягнень учнів з порушеннями інтелектуального розвитку та критеріїв їх оцінювання, відповідних їм оцінок у балах (табл. 1).

Таблиця 1

Рівень	Характеристика навчальних досягнень учнів з порушеннями інтелектуального розвитку помірного ступеня
I – початковий	В учня (учениці) сформовані фрагментарні уявлення про природу, суспільне оточення, власну безпеку. Дії переважно пасивного характеру; ставлення до навчання байдуже, потребує повної підтримки та супроводу з боку вчителя.
II – середній	Учень (учениця) під безпосереднім керівництвом учителя фрагментарно не завжди правильно впізнає, сприймає об'єкти вивчення. Потребує постійного контролю, значної допомоги та стимулювання з боку вчителя. Виконує окремі дії на рівні копіювання зразка способу дії. Поведінка ситуативна. Потребує схвалення, постійної допомоги, супроводу, контролю та стимулювання.
III – достатній	Учень (учениця) за допомогою вчителя здатний відтворити незначний обсяг навчального матеріалу у формі елементарних уявлень. Потребує допомоги вчителя у виконання завдань у зошиті. Під керівництвом вчителя може виконати за зразком прості завдання. Потребує стимулювання, постійної активізації та контролю з боку вчителя. Проявляє епізодичний інтерес до навчання, праці, людей, природи, правил поведінки. Ставлення до навчання ситуативне. Потребує постійної допомоги, активізації та контролю.

Отже, визначення різних видів сприйняття у дітей з інтелектуальними порушеннями на уроках соціально-побутового орієнтування є важливим компонентом корекційно-розвивальної роботи в умовах спеціальної школи. Використання комплексу методів – спостереження, інтерв'ю, практичних завдань та спеціально адаптованих методик (зорових, слухових, тактильних, просторових, часових) – дозволяє всебічно дослідити особливості сенсорного та пізнавального розвитку учнів. Отримані результати дають змогу виявити рівень сформованості сприйняття, встановити типові труднощі та індивідуальні особливості дітей, а також визначити ефективні шляхи корекції.

Запропонована трирівнева шкала оцінювання (початковий, середній, достатній рівні) відображає специфіку пізнавальної діяльності учнів з інтелектуальними порушеннями та забезпечує об'єктивність у визначенні їх навчальних досягнень.

Таким чином, систематичне застосування різноманітних методів дослідження сприйняття сприяє не лише діагностиці, а й розвитку сенсорних, когнітивних та комунікативних умінь дітей, підвищуючи ефективність освітнього процесу з соціально-побутового орієнтування.

ЗБЕРЕЖЕННЯ І ПІДТРИМКА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ЗДОБУВАЧІВ ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВІЙНИ

О. В. Гнатюк,

кандидат психологічних наук,

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

Введення. Війна в Україні залишає глибокі та тривалі наслідки для психічного здоров'я здобувачів початкової освіти, які проживають по всій країні. Постійна загроза обстрілів, оголошення повітряної тривоги, перебування в укриттях та втрата нормального життя впливають на емоційний та психологічний стан учнів. Тому проблема збереження психічного здоров'я школярів є однією з найбільш важливих і актуальних, адже несприятливий перебіг адаптації дітей до сучасних умов свідчить про зниження функціональних резервів організму і перенапруження регуляторних систем, що супроводжується виникненням захворювань та призводить до порушення здоров'я.

Враховуючи існуючу тенденцію погіршення стану здоров'я дітей, розповсюдженість соматичних, нервово-психічних порушень здоров'я, існування проблеми соціально-психологічної адаптації дітей, перед навчальними закладами постає завдання організувати навчально-виховний процес на засадах збереження здоров'я, зокрема психічного, розвивати професіоналізм педагогів щодо формування основ здорового способу життя, культури здоров'я, превентивного навчання і виховання школярів. Тому метою нашої роботи є обґрунтування умов збереження і підтримка психічного здоров'я молодших школярів під час навчання.

Виклад основного матеріалу. Поняття «психічне здоров'я» охоплює шляхи гармонізації людини, її бажання, амбіції, здібності, ідеали, почуття і свідомість. Є багато ступенів психічного здоров'я, яке можна визначити на основі таких показників: як ви ставитеся до себе; як ви ставитеся до інших; як ви справляєтесь із вимогами життя. Конкретизувати ці положення можна так: психічно здорові люди добре ставляться до себе; вони почуваються добре поруч з іншими; вони відповідають вимогам, які висуває життя (Максименко С. Д., 2001).

С. Д. Максименко психічне здоров'я розглядає не лише як відсутність психічних захворювань, а набагато ширше. Психічне здоров'я – це те, що ми всі бажаємо мати, причому незалежно від того, чи знаємо ми, що це таке, чи ні. Коли ми говоримо про щастя, духовний спокій, радість або задоволеність, ми говоримо про психічне здоров'я (Максименко С. Д., 2001).

Відповідно до підходу Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), психічне здоров'я розуміється як стан благополуччя, за якого людина реалізує власні здібності, може справлятися зі звичайними стресами життя, може продуктивно та ефективно працювати на допомогу своїй громаді (WHO, 2015).

Війна спричинила значні психологічні наслідки для здобувачів освіти молодшого шкільного віку, які можуть проявлятися у різних сферах (Психологічна допомога особистості у воєнний період, 2024):

- емоційній (тривожність, страх, емоційна нестабільність, депресивні стани);
- когнітивній (зниження концентрації уваги, проблеми з навчанням, труднощі у запам'ятовуванні та осмисленні інформації);
- поведінковій (агресивність, замкнутість, порушення соціальних навичок);
- фізіологічній (головний біль, порушення сну, проблеми з травленням);
- соціальній (труднощі у взаємодії з однолітками та дорослими, проблеми у спілкуванні) тощо.

У школярів, які пережили травмівну подію може розвинутися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). ПТСР виникає як відтермінована і/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка може викликати травматичний стрес у будь-якої людини, а тим більше у дитини. Проте симптоми у дитини спостерігаються довше, ніж у дорослого. У важких випадках вони можуть тривати протягом кількох місяців, а то й багатьох років (Мельничук Л. В., 2023).

Згідно з дослідженням, проведеним аналітичною компанією Gradus Research, 75% українських дітей зазнали наслідків військових дій. Навіть ті діти, які не пережили бомбардування, але чули звук сирен та були в укриттях, відчують наслідки війни. Виявлено, що одним із найбільш поширених симптомів є так звані «емоційні гойдалки», які характеризуються раптовими та різкими змінами настрою – від позитивного до негативного, від радості до смутку, від спокою до роздратованості або навіть агресії, це може бути наслідком стресу, втоми, або певних життєвих подій. Крім того, кожна п'ята дитина має порушення сну, а у кожної десятої дитини спостерігається зменшення соціальної взаємодії, нічні кошмари та погіршення пам'яті (Gradus Research Company, 2023).

В складних умовах воєнного часу перед вітчизняною освітньою галуззю виникло ряд проблем, зокрема такі: вимушені перерви в навчанні, неможливість для багатьох учнів здобувати освіту у форматі офлайн, навчання з ризиком для життя, зруйновані школи, нестача педагогічних кадрів, технічні проблеми для дистанційного навчання (відсутність електроенергії та інтернету) тощо. Звісно, усі ці та інші причини призводять до зниження навчальної діяльності, порушення психічного здоров'я, деформації міжособистісних відносин, розвитку невротичних станів, формування девіантних форм поведінки тощо.

Наслідки сильного стресу проявлятимуться і в поведінці учнів початкових класів, і у змісті ігор, фантазій, і в емоційних станах, викликатимуть хронічні

соматичні захворювання, які можуть проявлятися у вигляді таких симптомів: підвищена втомлюваність, сонливість; загострення хронічних хвороб; втрата апетиту, болі у шлунку; головні болі; розлади дихання, розлади у роботі серця; нудота, блювання; захворювання верхніх дихальних шляхів тощо (Невидимі наслідки війни, 2023).

Як результат – низька успішність, небажання вчитися, відсутність мотивації до навчання, проблеми зі здоров'ям, які можуть впливати на подальше становлення у дорослому житті. Так, стресові ситуації безпосередньо впливають на формування дитячої особистості та посідають чільне місце у процесі їх соціалізації, коли визначається індивідуальна значущість життєвих позицій та формуються стереотипи реагування. Вірогідність виникнення пов'язаних із стресом психічних, особливо невротичних, розладів залежить від співвідношення стресорів, що впливають на дитину, мають велике значення і в дорослому житті (Петьков В. А., 2015). Як підтвердження, наведемо результати дослідження Мурті та Лакшмінараяна, які дійшли висновку, що психологічні травми, зумовлені війною, мають довготривалі наслідки для дитячої психіки: чим довший конфлікт, тим серйозніші симптоми (Murthy S. and. Lakshminarayana R., 2006).

Як відомо, одним із вагомих компонентів характеристики здоров'я є психічний стан дитини. За даними нашого дослідження було встановлено, що на психічний стан учнів молодшого шкільного віку впливає комплекс чинників, серед яких, перш за все, стресові ситуації, спричинені війною (звуки сирени повітряної тривоги, перебування в укритті, звуки вибухів тощо); сімейні проблеми (втрата близьких або зміна складу сім'ї, конфлікти, розлучення батьків); проблеми у навчанні та соціалізації (невміння адаптуватися до шкільного життя, складнощі з навчанням, низька успішність та конфлікти з однолітками можуть викликати почуття невпевненості, тривоги та агресії), а також індивідуальні особливості самої дитини та умови її виховання. Несприятливі фактори можуть спричинити розвиток невротичних станів, тривожності, агресивності, зниження успішності та труднощі в адаптації.

Також було виявлено, що на психічний стан здоров'я учнів впливає, недотримання режиму дня, особливо такого його компонента як сон. Зменшення тривалості сну призводить до швидкого стомлення учнів, нервозності, яка проявляється у вигляді дратівливості або плаксивості, зниження рівня успішності.

Згідно з результатами дослідження виявилось, що для учнів молодших класів найбільшими стресорами є: втрата батьків (33,4 %); розлади у сім'ї (28,1 %); зміни умов життя (18,5 %); народження молодших дітей (10,3 %); поява у сім'ї нерідних батьків (9,7 %), тобто сімейні проблеми. Шкільні проблеми учні пов'язують з великим учбовим навантаженням (32 %); з навантаженнями у школі й вдома – виконання уроків, відвідування гуртків, домашні справи тощо (28 %); із складними взаємовідносинами з однокласниками (17%) та вчителями (12 %); з великою кількістю домашніх завдань (8 %) – на це вказали учні 3 – 4 класів (3 % учнів 1–2 класів також це зазначили).

Отже, дослідження стану психічного здоров'я показало, що значна кількість молодших школярів перебуває за межами параметрів нормального психофізичного стану й потребує постійної уваги з боку вчителів, батьків, психологів (і, можливо, медичних працівників). Зауважимо, підтримка психічного здоров'я учнів включає: створення безпечного середовища, налагодження відкритого спілкування, заохочення до фізичної активності та дотримання здорового режиму дня. Для цього вчителі та батьки можуть використовувати навички активного слухання, надавати підтримку, допомагати з організацією справ, а також звертатися за професійною допомогою за потреби.

Висновки. Актуальність психологічних досліджень психічного здоров'я на сьогоднішній день є дуже високою. Необхідно добитися того, щоб здоров'я стало провідною, органічною потребою людини на усьому її життєвому шляху.

Шкільна освіта вимагає всеохоплюючої психологізації навчально-виховного процесу, опори на надійну діагностичну основу. Важливо також створення сприятливої психологічної атмосфери, позитивного емоційного тла навчання, бо для формування і збереження психічного здоров'я здобувачів освіти важливу роль відіграють позитивні емоції, зумовлені доброзичливими взаєминами учня з учителем та однолітками; пов'язані з усвідомленням кожним учнем своїх можливостей у досягненні успіхів у навчанні. Дорослим необхідно уважно відноситись до стану кожної дитини, оцінювати її настрій та емоційні реакції.

ОСОБЛИВОСТІ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Г. В. Гуменюк,

кандидат психологічних наук, доцент,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Вступ. Для оцінювання рівня ментального здоров'я українців в динаміці розгортання подій війни істотним є врахування як унікальних соціокультурних чинників, так і індивідуальних психологічних ресурсів, які дозволяють людині протистояти жорстким кризовим обставинам. Аналіз цих процесів не лише має наукове значення, але й набуває не пересічного практичного значення для розробки ефективних стратегій психологічної підтримки, реабілітації та відновлення психічного здоров'я людей.

У зв'язку з цим дослідження особливостей ментального здоров'я українців в умовах воєнного стану стає одним із пріоритетних завдань сучасної психології та суміжних наук, адже воно відкриває можливості для пошуку інноваційних підходів до збереження життєстійкості, формування внутрішніх ресурсів та зміцнення психологічної безпеки всього суспільства.

Виклад основного матеріалу. Нагадаємо, що поняття «ментальне здоров'я» належить до міждисциплінарних категорій, яке активно вивчається дослідниками у галузях психології, медицини, соціології та педагогіці. Сам термін «*mental health*» (англ.) у міжнародному науковому просторі зазвичай перекладається як «психічне здоров'я». В українському контексті все частіше використовується поняття «ментальне здоров'я», яке звертає увагу не лише на медичних чи психіатричних характеристиках, а й на культурних, ціннісних і соціально-психологічних вимірах.

Зазначимо, що Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) (World Health Organization) визначає ментальне здоров'я як стан благополуччя, за якого людина може реалізувати власний потенціал, здібності, може впоратися зі звичайними стресами життя, може продуктивно та ефективно працювати на допомогу своїй громаді (WHO. «Mental health», 2022). Це означає, що ментальне здоров'я не обмежується відсутністю психічних розладів, а охоплює ширший спектр психосоціальних характеристик, які забезпечують людині стан внутрішньої гармонії, емоційної стабільності та здатності особистості до продуктивної життєдіяльності. Важливим аспектом є позитивна спрямованість ментального здоров'я, яка дозволяє людині формувати базу для розвитку самосвідомості, конструктивного мислення, зберігати стресостійкість у складних умовах, підтримувати внутрішню мотивацію та адекватну самооцінку, встановлювати ефективні соціальні контакти, формувати здорові міжособистісні відносини та зберігати високий рівень працездатності.

У професійній сфері ментальне здоров'я виступає ключовим чинником успішної роботи та відповідального прийняття рішень, адже воно забезпечує здатність до концентрації уваги, креативності, вирішення складних завдань, а також сприяє ефективному управлінню часом та ресурсами. Людина з високим рівнем ментального здоров'я легше адаптується до змін, менше піддається професійному вигоранню, здатна до командної взаємодії та продуктивного спілкування. Навпаки, зниження рівня ментального здоров'я негативно відбивається на працездатності, викликає труднощі в ухваленні рішень, послаблює здатність до інноваційної діяльності та підриває мотивацію.

Досвід проживання війни проявляється не лише у масштабних соціально-психологічних трансформаціях, але й на рівні індивідуальних переживань. Аналіз цих процесів дає підстави виділити низку ключових особливостей ментального здоров'я українців під час війни, які зумовлені тривалим впливом надзвичайних стресових чинників, а саме:

- Високий рівень стресу та тривожності. Постійна загроза життю, повітряні тривоги, обстріли та невизначеність майбутнього провокують хронічний стрес і підвищену тривожність. Це може призводити до емоційного виснаження, дратівливості, проблем зі сном.

- Поширеність травматичних переживань. Значна частина населення стикається з наслідками втрати близьких, руйнування житла, вимушеного переселення чи участі у бойових діях, що підвищує ризики розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

- Амбівалентність емоційних станів. Поряд із відчуттям страху, безсилля чи відчаю, у багатьох українців спостерігається зростання почуття єдності, патріотизму та віри в майбутнє. Це створює унікальний феномен поєднання психотравмувальних і водночас мобілізаційних переживань.

- Зростання потреби у соціальній підтримці. Умови війни актуалізують роль сім'ї, громади та волонтерських спільнот як важливих джерел психологічної допомоги й відчуття безпеки.

- Формування нових адаптивних стратегій. В умовах постійного ризику українці активно розвивають навички життєстійкості, самоорганізації, пошуку сенсу та внутрішніх ресурсів, що сприяє збереженню психічного балансу.

- Нерівномірність впливу. Ментальне здоров'я суттєво залежить від віку, гендеру, регіону проживання, досвіду безпосередньої участі у війні чи евакуації, наявності соціальної підтримки та індивідуальних ресурсів.

Проведене дослідження ментального здоров'я українців дозволило виявити найбільш вагомі залежності:

1) Ментальне здоров'я суттєво залежить від віку:

- діти та підлітки (до 18 р.) – 25% опитаних: найбільш вразливі через недостатні механізми психологічного самозахисту, сильний вплив травматичних подій на розвиток;
- молодь (18–30 р.) – 20%: більше адаптивності, але високий рівень тривожності щодо майбутнього, освіти, роботи;
- дорослі працездатного віку (31–50 р.) – 30%: найбільше навантаження, оскільки поєднують сімейні, професійні та військові виклики;
- люди старшого віку (51+) – 25%: ризик депресивних станів через втрату стабільності, менше ресурсів для відновлення, але подекуди – більше життєвої стійкості.

2) Ментальне здоров'я відрізняється відповідно до статі:

- жінки – 55%: частіше демонструють підвищений рівень тривожності, переживають стрес за сім'ю, дітей, відчувають навантаження догляду та побутових обов'язків у кризі;
- чоловіки – 45%: вище навантаження через участь у бойових діях, тиск соціальних ролей (захисника, годувальника), підвищений ризик ПТСР.

3) За регіоном проживання:

- Прифронтові регіони – 40%: найвищий рівень психологічного навантаження через постійну небезпеку, втрати, евакуації.
- Центральні регіони – 25%: відносно кращий рівень адаптації, але збережена тривожність через загрозу ударів.
- Західні регіони – 20%: краще психологічне становище, але значна втома через приймання внутрішньо переміщених осіб та економічні виклики.
- Закордонна евакуація/міграція – 15%: подвійний стрес – з одного боку безпека, з іншого – культурна адаптація, відчуття втрати дому (BMJ Global Health, 2025).

Висновки. Плануючи та організовуючи дослідження ментального здоров'я українців в умовах воєнного стану, важливо враховувати його

особливості, які обумовлені як індивідуально-психологічними, так і соціокультурними обставинами життєдіяльності людини в умовах затяжної кризи. Його збереження та відновлення зумовлюються поєднанням низки чинників, серед яких визначальними виступають вік, стать, регіон проживання, досвід безпосереднього залучення у воєнні події, наявність соціальної підтримки та індивідуальні ресурси стресостійкості. Виявлено, що у структурі ментального здоров'я населення під час війни співіснують два взаємопов'язані процеси: з одного боку – це підвищення рівня психологічних ризиків, зумовлених травматичними переживаннями, тривогою, втратою стабільності та невизначеністю, а з іншого – активізація ресурсних механізмів, спрямованих на адаптацію, самозбереження, розвиток життєстійкості та мобілізацію внутрішніх сил. Це засвідчує наявність у ментальному просторі особистості значного потенціалу до психологічного відновлення навіть у надзвичайно складних життєвих обставинах.

ФОРМУВАННЯ ТА ПІДТРИМКА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ У ЗДОБУВАЧІВ ОСВІТИ ДОНЕЦЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

В. М. Гусєв,
кандидат медичних наук, доцент,
Д. С. Ханченкова,
PhD, доцент
**Донецький національний медичний
університет МОЗ України**

Повномасштабне вторгнення ставить під серйозну загрозу стабільність не лише в Україні, а й на національному та глобальному рівнях. Людські втрати, масова воєнна міграція, економічна невпевненість, екологічні ризики та втрата віри в мирне врегулювання конфліктів значно ускладнюють підтримку здоров'я населення. Мільйони українців наразі стикаються з критичними викликами власної безпеки – як через прямі загрози фізичній цілісності, так і через похідні психоемоційні навантаження. Проте саме збереження життя та здоров'я громадян є ключовим завданням для забезпечення довготривалої перспективи державотворення та формування вільного, мирного майбутнього (Дворник М.С., 2023).

В умовах воєнного конфлікту в Україні, що триває з 2014 року, питання збереження здоров'я населення, а особливо молоді, набуло першочергового значення. Постійна небезпека, вимушене переміщення, дистанційна форма навчання, психологічна напруга та порушення звичного способу життя створюють комплексні ризики для фізичного, психічного та соціального благополуччя здобувачів освіти (Паламарчук О.М., 2022). За даними опитування (Андрійцев І., 2024), переважна більшість респондентів (55,8%) повідомила про

погіршення психологічного стану, у 33,6% стан залишився без змін, а лише у 2,9% спостерігалось покращення. Основним чинником погіршення самопочуття учасники дослідження назвали хронічну втому, спричинену постійним стресом через війну (56,8%). Найчастіше втому як провідний фактор емоційного виснаження зазначали мешканці південних (71,2%) та східних (64,7%) регіонів, особливо ті, хто проживає у прифронтових зонах.

Молодь є однією з найуразливіших категорій у кризових умовах, оскільки саме в студентські роки формується світогляд, життєві цінності та професійна ідентичність (Дорошенко Т.В., Шпортунов О.М., 2025). Для здобувачів медичних закладів вищої освіти здоровий спосіб життя має подвійне значення: з одного боку – особиста фізична та психічна стійкість, а з іншого – підготовка до професійної діяльності, пов'язаної із захистом здоров'я населення (Атаманчук Н.М., 2022).

Здоровий спосіб життя визначено базовою складовою концепції «Здоров'я нації», закладеної у Стратегії розвитку системи охорони здоров'я України. Всесвітня організація охорони здоров'я визначає його як свідоме дотримання комплексу поведінкових практик, спрямованих на зміцнення фізичного та психічного благополуччя. До таких практик належать раціональне харчування, регулярна фізична активність, дотримання режиму праці та відпочинку, уникання шкідливих звичок, психоемоційна рівновага та соціальна активність. У поточних кризових умовах ці принципи зазнають суттєвих випробувань (Терещенко Л.А., Петровська Т.В., 2019), оскільки втрата стабільності, інформаційне перевантаження та підвищена тривожність часто порушують базові навички самодисципліни. Для здобувачів освіти здоровий спосіб життя – не лише фізичне виживання, а й соціальна та психологічна адаптація, що передбачає самостійне формування стратегій підтримки власного здоров'я в нових умовах життя та навчання (Дворник М.С., 2023).

Донецький національний медичний університет (ДНМУ), двічі переміщений з тимчасово окупованої території, продовжує освітню діяльність та прагне зберегти високий рівень підготовки майбутніх лікарів на рівні з іншими закладами вищої освіти, ставши прикладом гнучкого реагування на виклики воєнного часу, забезпечуючи формування культури здоров'я серед студентів, поєднуючи перевірені педагогічні практики з сучасними методами комунікації та організації навчального процесу.

Особлива увага приділяється підтримці фізичного, психічного та соціального благополуччя учасників навчального процесу, адже рівень рухової активності студентів змінився через відсутність власної спортивної бази та інтеграцію у нове міське середовище, що частково обмежило можливості для організованих занять фізичною культурою. Як наслідок, здобувачі освіти віддають перевагу індивідуальним формам активності – домашнім тренуванням, відвідуванню фітнес-залів або тренувальних секцій (за можливості), прогулянкам, йозі тощо. Такі практики підтримують фізичний стан, працездатність та психоемоційну рівновагу.

Поряд із обмеженою руховою активністю, війна суттєво вплинула на психоемоційний стан молоді. Для більшості характерні підвищена тривожність, емоційна нестабільність, порушення концентрації уваги та сну. Постійне інформаційне навантаження, відчуття небезпеки та збільшення моніторного часу спричиняють хронічну втоми та психологічне виснаження. Хоча студенти намагаються самостійно відновлювати ресурси через спілкування в студентських спільнотах та участь у волонтерських і творчих проєктах, інформаційна війна створює додатковий психологічний тиск, адже постійний потік суперечливих повідомлень про бойові дії та втрати формує тривожність, безпорадність і емоційне виснаження.

У багатьох учасників навчального процесу з'являється потреба постійно перевіряти новини та соціальні мережі, що негативно впливає на концентрацію та навчальну мотивацію. Для профілактики інформаційного перевантаження доцільно впроваджувати освітні заходи з медіаграмотності, навчати критично оцінювати інформацію, обмежувати час користування соціальними мережами, практикувати короткочасний «інформаційний детокс», а також заохочувати участь в офлайн-активностях і фізичну активність.

Колективна підтримка залишається одним із найефективніших ресурсів у кризових умовах. Комунікація між студентами, наставниками та викладачами формує відчуття безпеки та спільності, що особливо важливо для ментального здоров'я. У ДНМУ активно діють студентські ініціативи, онлайн-зустрічі, консультації з психологами та майстер-класи з психосоматики, де заходи організовують як викладачі, так і студенти – зокрема тренінги для місцевих жителів із питань психічного здоров'я.

Водночас, збереження фізичного благополуччя студентів ускладнюється через порушення логістичних ланцюгів, дефіцит продуктів та зміну місця проживання, що потребує перегляду харчових звичок студентської молоді. Підтримувати раціональне харчування можливо навіть за обмежених ресурсів – через збалансований вибір доступних продуктів, дотримання режиму прийому їжі та помірне споживання цукру і кофеїну. Не менш важливими є стабільний сон та планування часу між навчанням і відпочинком, що сприятиме адаптації нервової системи, з точки зору психофізіології, до стресових навантажень.

ДНМУ як заклад медичного профілю приділяє особливу увагу просвітницькій діяльності з формування здорового способу життя. У навчальний процес інтегруються питання профілактичної медицини, гігієни та психології здоров'я. В умовах війни університет проводить онлайн-бесіди, відкриті лекції та інтерактивні зустрічі зі спеціалістами з психології та громадського здоров'я. Тематика заходів охоплює стрес-менеджмент, профілактику емоційного виснаження, організацію здорового харчування та режиму дня, збереження ментального здоров'я. Крім того, університет підтримує дистанційні спортивні й культурно-освітні ініціативи, що допомагають студентам залишатися фізично активними, мотивованими та соціально включеними навіть у складних умовах воєнного часу.

Дотримання здорового способу життя сьогодні є не лише умовою виживання та адаптації, а й ключовою складовою професійної підготовки: майбутні фахівці медичної галузі повинні не лише володіти знаннями, а й бути прикладом здорової поведінки для пацієнтів та оточення. Комплексний науково-практичний підхід до формування культури здоров'я включає освітню діяльність, психологічну підтримку, соціальну згуртованість та особисту відповідальність студентської молоді.

Навіть у складних обставинах можливо підтримувати фізичну форму, внутрішню рівновагу, віру у власні сили та прагнення до саморозвитку. Досвід ДНМУ демонструє, що освітній процес, побудований на засадах гуманізму, взаємопідтримки та здоров'язбереження, здатен забезпечити стійкість молодого покоління та сприяти відновленню суспільства після завершення війни.

ВПЛИВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ НА ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ

Г.П. Дзвоник,
*науковий співробітник,
Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України*

У сучасному суспільстві психологічне здоров'я є важливим елементом загального благополуччя особистості. Сьогодення пов'язано з різноманітними загрозами здоров'ю особистості, що характеризується високим рівнем інформаційного навантаження, соціальними викликами та складними життєвими ситуаціями. Психологи констатують тісний взаємозв'язок між якістю фізичного та психологічного здоров'я та певний вплив психологічних факторів на виникнення психофізіологічних захворювань. Психологічне здоров'я особистості включає не лише відсутність психологічних розладів, але й здатність людини ефективно адаптуватися до навколишнього середовища, зберігати емоційну стабільність, підтримувати гармонійні міжособистісні стосунки та реалізовувати свій потенціал.

Наукові дослідження складових психологічного здоров'я дають змогу зрозуміти, які внутрішні та зовнішні фактори впливають на його формування та збереження. Науковці наголошують на значенні таких компонентів, як емоційна стійкість, стресостійкість, когнітивні ресурси, посттравматичне зростання, витривалість, орієнтація на оптимізм, копінг-стратегії, тощо. Визначення цих компонентів допомагає розробляти ефективні методи підтримки психологічного здоров'я, що є важливою складовою життєстійкості особистості.

Психологічне здоров'я особистості та її життєстійкість є важливими факторами для сьогодення та майбутніх перспектив, що виступають певними мотивами для досягнення поставленої мети. У даний час психологічне здоров'я є важливим показником якості життя особистості, критерієм психологічної адаптації до соціуму та можливостей самореалізації в складних ситуаціях.

Психологи вважають, що ознакою психологічного здоров'я є здатність продуктивно здійснювати професійну діяльність та встановлювати міжособистісні відносини в соціумі. Встановлено, що психологічні ресурси особистості є фундаментальними компонентами здоров'я, що визначають здатність людини адаптуватися до змін, справлятися зі стресовими ситуаціями, а також знаходити внутрішні ресурси для подолання труднощів. Вони включають індивідуальні здібності, психологічні особливості, а також життєвий досвід та систему цінностей, які людина накопичує протягом свого життя. Одночасно зі спробами пристосуватися до надзвичайно складних життєвих обставин у людини відбувається посттравматичне зростання. Так, основна увага науковцями приділяється можливостям позитивних змін, що виникають через виклик складних обставин, які часто спричиняють психологічний дистрес. Необхідно зауважити, по-перше, визнання особистістю травматичних подій не слід розглядати як передвісник посттравматичного зростання; по-друге, важливо зазначити, що психологічні процеси можуть призвести як до деструктивних, так і до позитивних змін. Люди, які стикаються з серйозними життєвими ситуаціями, зазвичай переживають тривожні емоції. Зокрема, для сукупності обставин сьогодення, які щоденно загрожують фізичному благополуччю людини, тривога або специфічні страхи є загальними, базовими емоціями. Залежно від інтенсивності та тривалості загрози (прямої або побічної), тривожні реакції можуть зберігатися протягом тривалого часу після того, як фактичної загрози немає (наприклад, повітряні тривоги). Так, тривожність особистості часто виникає в контексті очікування наслідків власних успіхів чи невдач, як на соціальному, так і на індивідуальному рівні.

У сучасному суспільстві тривожність найбільш яскраво проявляється в професійній сфері, де важливими факторами є ефективна організаційна комунікація, міжособистісні відносини з колегами та керівництвом, а також здатність до толерантної взаємодії. Водночас особистісні переживання, пов'язані з рівнем домагань, самооцінкою та задоволенням базових потреб, що формують емоційний фон людини та значною мірою впливають на її професійну самореалізацію. Життєдіяльність в умовах воєнного стану є дуже загрозливою ситуацією, тому повторюваність вторгнення думок та образів складних подій є поширеними. Нав'язливі думки та образи, як правило, сприймаються як неприємні та тривожні. Доведено, що при високому рівню стресу виникають різні неприємні психофізіологічні реакції. Конкретні відповіді різняться залежно від людини, але вони можуть включати тривалу активацію психофізіологічних систем організму, що згодом відчувається у вигляді втоми, м'язової напруги та болі, розладів шлункової системи та загального фізичного дискомфорту (Кокун, 2015).

Так, складними життєвими обставинами науковці вважають травматичні, стресові події та різні види криз. В наукових дослідженнях широко застосовується термін «посттравматичне зростання», який використовується для позначення психологічних змін, які є результатом боротьби з дуже складними життєвими обставинами (Calhoun & Tedeschi, 2001). Дослідники цими поняттями

описують обставини, які представляють значні проблеми для психологічного здоров'я та адаптаційних ресурсів особистості.

Систематичні дослідження в українських науковців спеціально зосереджені на можливості збереження психологічного здоров'я через боротьбу з травмою в складних життєвих обставинах. Дослідження процесу посттравматичного зростання дає можливість виявити та пояснити такі психологічні явища, що впливають на психологічне відновлення особистості. Ознакою посттравматичного зростання є зміни у поведінці особистості, які посилюють здатність чинити опір таким чином, щоб не травмуватися в умовах сильних стресових обставин, що передбачає вихід за межі дотравмівних рівнів адаптації. Посттравматичне зростання проявляється в якісних змінах функціонування особистості. Посттравматичне зростання – це не тільки повернення до базової лінії життєдіяльності, також це досвід покращення.

Слід також розрізняти посттравматичне зростання та такі складові психологічного здоров'я як стійкість, витривалість, оптимізм, резильєнтність та почуття узгодженості. Резильєнтність особистості та почуття узгодженості описує людей, які можуть управляти собою в стресових обставинах (Балахтар, 2022).

Ці поняття відображають сукупність особистісних якостей, що сприяють ефективному подоланню життєвих труднощів. Стійкість зазвичай розглядається як здатність продовжувати життя після труднощів і негараздів або продовжувати цілеспрямоване життя після того, як пережили складні ситуації. Емоційну стійкість та її особистісні детермінанти вивчали з позицій адаптаційної та когнітивної теорій стресу. Так, емоційна стійкість розглядається ними як інтегративна властивість особистості, що виявляється у переважаючій диспозиції суб'єкта професійної діяльності та життєдіяльності у цілому, бажанні підтримувати або відновлювати рівновагу організму як «активної підсистеми». Операційною ознакою такої диспозиції можна вважати збереження при ускладненні умов професійної діяльності або життєдіяльності психічного стану оптимального функціонування, зумовлених ним особливостей перебігу психічних процесів в цілому, що у свою чергу відбиваються на стані здоров'я людини, особливостях реалізації нею вищих психічних функцій, психологічному благополуччі та емоційному інтелекті (Аршава, 2006).

Висновки. Психологічне здоров'я та посттравматичне зростання тісно взаємопов'язані. Пережиті труднощі можуть як негативно впливати на психіку, так і сприяти її зміцненню, якщо людина знаходить у собі сили подолати складну життєву ситуацію. Людина з вищим рівнем психологічного здоров'я легше адаптується до викликів, використовують ефективні стратегії подолання труднощів та отримують більше користі від складних життєвих ситуацій. Таким чином, процес посттравматичного зростання сприяє зміцненню психічного благополуччя, оскільки допомагає розвинути життєстійкість, життєвий досвід та оптимізм. Важливими ресурсами підтримки та розвитку психологічного здоров'я є здатність до самоусвідомлення, рефлексії та саморегуляції. Розуміння своїх сильних та слабких сторін, аналіз власних емоційних та поведінкових

реакцій дозволяє людині краще адаптуватися до змінюваних умов, а також регулювати свої емоції та стресові переживання. Це допомагає підтримувати психологічну стійкість та зберігати емоційну рівновагу навіть у найскладніших життєвих ситуаціях.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРИВОГИ УКРАЇНЦЯМИ НА ЧЕТВЕРТОМУ РОЦІ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ

С. М. Забаровська,

PhD з психології,

*Чернігівський обласний інститут післядипломної
педагогічної освіти імені К.Д. Ушинського,*

С. В. Поклад,

методист,

*Навчально-методичний центр
професійно-технічної освіти в Чернігівській області*

Переживання високого рівня тривоги стало частиною повсякденного життя українців. Адже воєнна загроза триває, обстріли є щоденними, і такі стресори, як екстремальна невизначеність майбутнього, втрати, зміна соціальних зв'язків, економічна нестабільність, супроводжують життя громадян і створюють потужне емоційне навантаження. Тому актуальним завданням психології є осмислення загальних тенденцій у переживаннях, які притаманні українцям, що може стати основою для розбудови ефективної психологічної практики.

Дослідники (О.В. Куліш, М.О. Качуріна, О.В. Педченко, 2025) наводять дані, згідно з якими станом на січень 2024 року 52% опитаних дорослих українців відчували тривогу останнім часом. Зростає частка респондентів, які визначають стан власного ментального здоров'я як незадовільний (з 9% у 2022 році до 13% у 2024 році). Найбільше серед емоцій переважає втома (46%), напруженість (44%) та надія (31%). Збільшилась кількість тих, хто переживає напруженість, страх, гнів, роздратування, безсилля, розчарування та відчай. Частка тих, хто переживає надію зменшилась, порівняно з 2022 роком (з 40% у 2022 році до 31% у 2024 році). 77% українців стрес або сильну знервованість переживали й останнім часом.

У дослідженнях І.М. Євченко (І.М. Євченко, 2025) виявлено, що майже половина українців (49,3%) називають тривогу як емоцію, яку вони переживають найчастіше з початку війни.

Опитування Навчально-методичного центру професійно-технічної освіти в Чернігівській області, проведене у 2025 році на вибірці 676 учасників освітнього процесу закладів профтехосвіти, показує, що останнім часом 42%

респондентів досить інтенсивно переживають тривогу та 30% – страх (на 6 та більше балів за 10 бальною шкалою).

Але можна зауважити, що переживання тривоги та тривожних станів з початку війни дещо змінилось. Хоч ця динаміка не досить явна, однак усвідомлюється і обмірковується психологами. Можемо визначити наступні особливості переживання тривоги людьми, що проживають в країні, зокрема, на півночі:

✓ *Гостра невизначеність є самотійним тригером тривоги.*

В умовах триваючої війни все більше переживається гостра невизначеність. Людям важко планувати як своє найближче, так і віддалене майбутнє. Вважаємо, що здатність до цілепокладання є важливою ознакою психологічного добробуту особистості (С.М. Забаровська, 2025). І якраз труднощі з цим, дезорієнтація, втрата життєвої перспективи може значно порушувати стан добробуту, викликаючи тривогу.

✓ *Відчуття втрати контролю підвищує безнадійність та тривогу.*

Події, що відбуваються, виходять за межі індивідуального контролю, набувши рис глобальності, постійності та некерованості. Людина значною мірою втратила можливість вільно визначати власне життя: обмежена свобода вибору своєї долі, свобода пересування, професійної діяльності (особливо у зв'язку вимушеним переселенням, полоном, окупацією територій, мобілізацією тощо). Знижується автономність людини та відчуття компетентності, які є важливими складовими еудемонічного добробуту особистості (К. Ріфф). Водночас знижується відчуття впливу на життя близьких — насамперед у питаннях забезпечення їхньої безпеки, добробуту та майбутнього сім'ї.

✓ *Фонова висока тривога вже стала звичною та мало усвідомлюється.*

Під дією хронічного стресу активована амігдала постійно сигналізує про небезпеку, підтримуючи активність симпатичної нервової системи. Гіперактивація амігдали підтримує постійне відчуття загрози, зумовлює хронічну психологічну й фізіологічну напругу. Цей стан може супроводжуватись підвищеною пильністю людей, напругою в тілі, болями в м'язах, інсомнією, нездатністю розслабитись, відволіктись. Стали частими звернення до лікарів щодо неприємних соматичних симптомів, що викликані психогенними причинами (О.С. Чабан, 2025).

✓ *Хронічна тривога призвела до стану психоемоційного виснаження і втоми у частини громадян.*

Перманентний стан фізичного та психологічного напруження приводить до стану втоми і виснаження. Фізіологічні та психологічні ресурси на підтримання хронічної готовності до реакцій «бий» або «біжи» вичерпуються. Це потребує від людини додаткових змій зняття напруги та розслаблення, здатності черпати ресурси у повсякденності.

✓ *Оскільки психіка перебуває в постійному стані напруження, то погіршуються когнітивні здатності людини.*

Постійна активація системи стресу призводить до погіршення когнітивних здатностей людини, особливо до концентрації уваги, довільного

запам'ятовування, швидкості, самостійності і критичності мислення, здатності засвоювати нову інформацію.

✓ *Частина людей вдається до магічного мислення задля подолання невизначеності і тривоги.*

У ситуації екстремальної невизначеності, зниження когнітивних здібностей та психоемоційної втоми люди стають некритичні та легконавіювані. Схильні шукати легкі відповіді на складні питання війни: виявляють довіру до «пророків», обіцянок швидкого завершення війни, шахрайських обіцянок грошових виплат та допомог тощо.

✓ *Синдром відкладеного життя породжує відчуття застою.*

У зв'язку з постійною загрозою, руйнуванням усталеного способу життя, невпевненістю у завтрашньому, відбувається руйнування базової довіри до світу. Людина втрачає відчуття стабільності, передбачуваності, на цьому фоні переплановує своє життя, відкладаючи задоволення, реалізацію непершорядних потреб, відпочинок чи довгострокові цілі на віддалене післявоєнне майбутнє. Це може призводити до відчуття застою, зниження емоційного фону, втрати мотивації, стагнації особистісного розвитку.

✓ *У частини громадян виникає заперечення тривоги і навіть сором за тривогу.*

Певна адаптація, що відбулась до воєнних подій (повітряних тривог, обстрілів БПЛА тощо), трактується особами як повне звикання, хронічне збудження і тривога мало усвідомлюються і часто заперечуються. Деякі особи повідомляють про те, що вони звикли, не тривожаться, байдужі до теперішніх загроз. Переживання високої тривоги деякими людьми супроводжується соромом, особливо якщо це відбувається у присутності інших, самодокором, виникає «тривога через тривогу».

✓ *Руйнування звичних ідентичностей веде до дифузії ідентичності та втрати життєвих орієнтирів.*

Внаслідок вимушеного переселення, біженства, зміни структури сім'ї внаслідок виїзду окремих членів у більш безпечні регіони, залучення до лав ЗСУ, факту безвісти зникнення когось із членів родини, у особистості трансформуються чи втрачаються деякі соціальні, сімейні та професійні ролі, змінюється її соціальний статус. Це зумовлює зміну ідентичності чи її трансформацію. Іноді це доволі болючий процес, що переживається як втрата та супроводжується важким переживанням тривоги, горюванням, екзистенційною дезорієнтацією.

✓ *Існує феномен колективної емоційної реакції, яка виступає водночас підтримкою, а з іншого боку веде до емоційного виснаження.*

Всі ми емпатійно резонуємо, реагуємо співчуттям і співпереживанням на біль і страждання наших співгромадян. Така колективна емоційна реакція є ресурсом емоційної підтримки, виявом солідарності людей, надає відчуття спільності, з іншого боку може зумовлювати емоційне перевантаження, психологічне виснаження, розвиток симптомів колективної травми.

Помічними стратегічними прийомами зниження тривоги в українців, зумовленої подіями війни, вважаємо розвиток навичок емоційного самоусвідомлення, конструктивної вербалізації своїх переживань, засвоєння технік психоемоційної саморегуляції (наприклад, дихальних та релаксаційних практик, тілесноорієнтованих технік, mindfulness-терапії), застосування таких копінг-стратегій, як пошук соціальної підтримки, планування вирішення проблем, когнітивна реструктуризація (формування альтернативних поглядів на ситуацію, переосмислення подій).

МЕТОДОЛОГІЧНІ ТА ЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОНЛАЙН-ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ТА КОМПОНЕНТІВ САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ МАРКЕТОЛОГА В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

*А. С. Задорожна,
аспірантка,*

Державний торговельно-економічний університет

Самоактуалізація особистості є фундаментальною концепцією в гуманістичній психології, що часто визначається як безперервне прагнення до реалізації власного потенціалу. Дане психологічне явище виступає одним з найбільш значущих утворень особистості, що сприяє її саморозвитку та особистому зростанню навіть під впливом високого рівня невизначеності та дистресу, що є характерним для життя особистості в умовах глобальних соціально-економічних трансформацій останніх десятиліть.

Для працівників маркетингової сфери, які функціонують в умовах постійної трансформації галузі значення самоактуалізації для забезпечення ефективної професійної діяльності зростає (Карамушка Л., Ткалич М., 2009). Роль маркетолога вимагає не лише високої професійної спрямованості, але й максимальної мобілізації особистісних ресурсів, систематичного використання маркетингових заходів та інструментів задля управління думкою та емоційним станом аудиторії, що в кризових умовах ускладнюється впливом гострих особистих переживань фахівця. Таким чином, маркетолог, що перебуває під впливом стресу втрачає здатність ефективно впроваджувати ефективні маркетингові кампанії, креативно мислити (Пікуза О, 2024).

Емпіричні дослідження, що вивчають самоактуалізацію особистості виокремлюють ключові діагностичні показники, що корелюють із професійно значущими характеристиками зрілості. До таких компонентів відносять самоприйняття, контактність та креативність, які виступають значущими елементами для формування позитивної Я-концепції та готовності фахівця до ефективної професійної діяльності (Дідик Н., 2012). Отже, можна стверджувати, що високі показники рівня самоактуалізації особистості маркетолога можуть виступати ключовим предиктором здатності фахівців до адаптивної професійної діяльності навіть за умов постійного дистресу.

Маркетолог на особистісному рівні переживає низку негативних психічних станів, що супроводжують його у буденному житті. Тому, важливим аспектом підготовки дослідження рівня самоактуалізації особистості є врахування особливостей та основних характеристик вибірки, що досліджується.

По-перше, за даними американського інституту дослідження громадської думки The Gallup Organization, проведеного у 2023 році було виявлено, що найпоширенішими негативними емоціями, які переживають українці є хвилювання (53%), смуток (39%) та стрес (32%) (The Gallup Organization, 2023).

Водночас за даними дослідження Всеукраїнської програми ментального здоров'я з ініціативи Олени Зеленської «Ти як?», в якому брали участь чоловіки та жінки віком 18-60 років, які живуть в містах України з населенням понад 50 тисяч, було визначено, що основним способом подолання стресу для багатьох громадян є «сидіння в Інтернеті» (40%), поряд зі спілкуванням з друзями чи переглядом ТБ/фільмів (Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?», 2025). Така копінг-стратегія має прямий вплив на якість проходження респондентами онлайн-опитувань, оскільки для учасників дослідження перебування в інформаційно перевантаженому середовищі є типовою моделлю поведінки в буденному житті. Водночас психометричний опитувальник виступає так званим конкурентом за увагу респондента, намагаючись пересилити вплив джерел, що викликають в респондента як відволікання від негативних переживань, так і підвищення тривоги (наприклад, перегляд новин).

По-друге, зниження когнітивної функції, викликане стресом, прямо підвищує випадкову помилку у вимірюванні, тобто отримані відповіді можуть бути непослідовними або неточними не через недоліки інструменту, а через нездатність респондента підтримувати концентрацію. Крім того, респонденти можуть проживати симптоми гострої стресової реакції (ГСР) або субклінічних проявів ПТСР як наслідок атак ворога, що прямо загрожують життю особистості. Навіть якщо симптоми не підпадають під критерій G, необхідний для діагностування повного ПТСР, травматичний досвід може викликати утворенню захисного механізму психіки у вигляді уникнення емоційно значущих питань, пов'язаних із власним «Я», що спотворює результати дослідження (Sareen J., 2022).

По-третє, професійна діяльність маркетолога прямо передбачає роботу з емоційними та поведінковими властивостями споживачів задля формування позитивного іміджу та ставлення аудиторії до бренду, послуги чи товару. Даний прояв використання емоційного інтелекту посилює ризик отримання соціально бажаних або професійно очікуваних відповідей, навіть якщо внутрішній стан маркетолога їм суперечить.

Таким чином, високий рівень тривоги та дистресу, спричинений війною, призводить до погіршення роботи когнітивних функцій особистості, що детально описано у Таблиці 1. Даний комплекс наслідків свідчить про ризик появи як випадкової, так і систематичної помилки при опрацюванні респондентами самозвітних опитувальників.

Тенденція до проведення психометричних досліджень обумовлена, насамперед умовами воєнного часу, оскільки це забезпечує швидкість, низьку вартість та доступність збору даних, коли фізичний контакт неможливий (Карамушка Л., Ткалич М., 2009). Проте, з погляду психометрії, інструменти інтерактивного онлайн-опитування є досить обмеженими за своїм функціоналом. До прикладу, платформа Google Forms попри свою популярність у використанні як інструменту проведення онлайн-досліджень не є спеціалізованим інструментом для здійснення психометричних досліджень і не передбачає опції суворого контролю часу, складних алгоритмів рандомізації блоків питань або автоматизованої перевірки на добросовісність відповідей, що є важливим для забезпечення стандартизації.

Таблиця 1

Вплив психологічних факторів війни на якість проведення онлайн-дослідження рівня самоактуалізації особистості маркетолога

Психологічний фактор	Очікуваний наслідок а когнітивну сферу респондента	Загрози валідності результатів дослідження
Високі показники рівня тривоги, неспокою, хвилювання	Зниження концентрації, знижений рівень стійкості уваги, часте відволікання, що працює як захисний механізм особистості	Зростання випадкової помилки, непостійність відповідей
Когнітивні наслідки переживання гострої стресової реакції, негативних психічних станів (пригнічений стан, апатія, знижена працездатність)	Зниження здатності до глибокої рефлексії та формування адекватної самооцінки	Зміщення середніх показників у бік нижчих рівнів через вплив додаткових факторів
Вміння формувати необхідне враження як специфічний професійно важливий компонент діяльності маркетолога	Дисоціативні явища, уникнення емоційно значущих питань	Пропуски питань, вибір нейтральних відповідей або тенденція до вибору соціально-бажаних відповідей

Джерело: створено автором на основі (Sareen J., 2022; The Gallup Organization, 2023; Пікуза О, 2024; Всеукраїнська програма ментального здоров'я "Ти як?", 2025).

Додатково, існує низка організаційних факторів, що здатні порушувати процес збору даних. До таких бар'єрів можна віднести ситуації, коли під час дослідження учасники почули сигнал системи оповіщення "Повітряна тривога", що вимагає негайної реакції та переходу до безпечного місця (Пресофіс Мінцифри, 2022). Вимушені перерви різко порушують стандартизовані умови тестування, оскільки респондент може припинити заповнення бланку і надалі повернутися до опитувальника зі значно підвищеним рівнем стресу та зміненим когнітивним станом.

Ще одним фактором, що ускладнює дотримання стандартизації процедури дослідження є відсутність прямого контролю дослідника за ходом опрацювання питань опитування. Відтак респондент може відволікатись на інші побутові або робочі задачі у ході виконання, що збільшує вірогідність зниження концентрації уваги учасника та прагнення достроково завершити опитування.

Онлайн-дослідження в умовах війни неминуче стикаються зі зміщенням вибірки, тобто учасниками найімовірніше стануть ті маркетологи, які мають відносно стабільний доступ до Інтернету та безпечне місце проживання. Це виключає з дослідження можливість вивчити основні показники самоактуалізації особистості у найбільш вразливих категоріях фахівців, наприклад, тих, хто перебуває в зоні бойових дій або переживає значні труднощі з електропостачанням.

Отже, виходячи з проаналізованих положень, можливими методичними та етичними рекомендаціями щодо оптимізації дизайну онлайн-дослідження рівня самоактуалізації особистості можна визначити наступні заходи:

1. Вибір на користь скорочених та валідних версій опитувальників до 30-50 питань, зосереджених на професійно важливих якостях маркетолога.

2. Інтеграція коротких, нейтральних за формулюванням скринінгових шкал, спрямованих на визначення актуального стану респондентів на початку дослідження, що дозволить статистично контролювати цей фактор при подальшому аналізі зв'язку між стресом та розвитком компонентів самоактуалізації.

3. Використання інструментарію Google Forms на користь формування розділів, додаткових текстових повідомлень з інструкцією до виконання кожної методики у разі проведення комплексного дослідження.

4. Забезпечення більшого контролю дослідника над безперервністю виконання завдяки додатковому інформуванню респондентів про важливість реагування на повітряні загрози: відповіді зберігаються, а отже респонденти мають можливість повернутись до заповнення форми, коли це буде безпечно.

5. Розширення протоколу отримання згоди від респондента попередженням про те, що деякі питання, пов'язані з особистісною зрілістю та внутрішнім "Я", можуть викликати дискомфорт в умовах пережитого стресу.

6. Доповнення форми дослідження вичерпним списком посилань на безкоштовні, конфіденційні та доказові лінії психологічної допомоги та кризового консультування, що спрямоване на підвищення довіри до дослідника, зменшує захисні реакції та соціальну бажаність, що позитивно впливає на внутрішню валідність даних.

Таким чином, успішна організація та проведення дослідження рівня та компонентів самоактуалізації маркетологів у сьогоденні можливе лише за умови інтеграції психометричної ретельності та чутливих, етично обґрунтованих методологічних заходів, які враховують динамічний та травматичний контекст воєнного часу.

ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЯК ВНУТРІШНІЙ РЕСУРС ОСОБИСТОСТІ

Я. Ц. Зелінська,

кандидат психологічних наук, доцент,

С. О. Святченко,

здобувачка вищої освіти

Л. Ф. Федоренко,

здобувачка вищої освіти

Київський столичний університет імені Бориса Грінченка

У сучасних умовах соціальної нестабільності, воєнних викликів та високих темпів змін особливого значення набуває здатність людини зберігати психологічну рівновагу, внутрішню гармонію та ефективність діяльності. Таку здатність у психології визначають поняттям життєстійкості. Вона виступає важливим внутрішнім ресурсом, що забезпечує особистісне благополуччя, саморегуляцію та успішну адаптацію в складних життєвих ситуаціях.

Основні теоретичні положення щодо життєстійкості особистості викладено у працях С. Мадді, Д. Кошаба, С. Кобейси, К. Карвера, М. Бенка, В. Кеннона, С. Хобфола, М. Мооса, Д. Кутейля, К. Петерсона та ін. Було встановлено взаємозв'язки між рівнем життєстійкості та адаптацією індивіда до кризових життєвих ситуацій; залежність між життєстійкістю та поведінкою, спрямованою на профілактику захворювань; зафіксовано позитивну кореляцію між високим рівнем життєстійкості та схильністю до активного вирішення проблемних ситуацій; уточнено вплив життєстійкості на розвиток психосоматичних патологій. На підставі проведеного циклу емпіричних досліджень був виявлений прямий значущий зв'язок життєстійкості із ресурсним потенціалом особистості, когнітивними схемами та моделями поведінки, які найчастіше застосовують у складних життєвих ситуаціях (копінг-стратегіями).

На думку О. І. Рассказової (Рассказова Е.И., 2006) життєстійкість – це система настанов, які можуть цілеспрямовано розвиватися із закріпленням досягнутих позитивних змін. Авторка зазначає, що життєстійкість є одним з ключових параметрів індивідуальної здатності до сформованих зрілих форм саморегуляції; інтегральною властивістю особистості, що виявляється у здатності протистояти стресам, долати труднощі, зберігати віру у власні сили та спроможність впливати на події. Це не лише риса характеру, а й система установок, переконань і навичок, які формують внутрішню опору людини.

С. Мадді (Мадди С., 2002) тлумачить життєстійкість як важливий внутрішній ресурс (настанову), який людина може усвідомити й змінити для підтримки власного фізичного, психічного й соціального здоров'я. Тобто життєстійкість, на думку С. Мадді, – це те, що надає людському життю цінності й сенсу за будьяких обставин. За концепцією С. Мадді життєстійкість має три основні компоненти:

Залученість (commitment) — прагнення активно брати участь у власному житті, не уникати труднощів, а шукати сенс у кожній ситуації.

Контроль (control) — відчуття власної відповідальності за події та віра у можливість впливати на результати своїх дій.

Прийняття виклику (challenge) — сприйняття змін і труднощів як можливостей для розвитку, а не як загроз.

Життестійкість тісно пов'язана з такими психологічними характеристиками, як оптимізм, самоповага, гнучкість мислення, емоційна врівноваженість і саморегуляція. Людина з високим рівнем життестійкості схильна бачити сенс у переживаннях, здатна зберігати конструктивність навіть у кризових ситуаціях.

Психологічні механізми життестійкості за С. Мадді (Мадди С., 2002) включають:

- життєздатні переконання;
- створення мотивації щодо процесу трансформації поведінки опанування;
- посилення імунної реакції завдяки психічній і фізичній мобілізації;
- посилення відповідальності та турботи про власне здоров'я;
- пошук ефективної соціальної підтримки, яка буде сприяти процесу трансформації поведінки опанування, завдяки розвитку навичок спілкування.

Формування життестійкості відбувається протягом життя — у процесі соціалізації, особистісного зростання, набуття досвіду подолання труднощів. Її розвиток можливий через психологічні тренінги, формування усвідомленості, розвиток емоційного інтелекту, навичок саморефлексії та саморегуляції.

Отже, життестійкість є фундаментальним внутрішнім ресурсом особистості, що забезпечує збереження психологічної стабільності, адаптивності та цілісності у складних життєвих умовах. Вона дозволяє людині не лише виживати у кризових ситуаціях, а й розвиватися, знаходити нові смисли та реалізовувати власний потенціал. Розвиток життестійкості є необхідною умовою підтримання психічного здоров'я, особистісного благополуччя та професійного успіху в сучасному суспільстві.

РОЗВИТОК САМОРЕГУЛЯТИВНИХ НАВИЧОК ЯК СТРАТЕГІЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я

А. В. Кабанцева,

кандидат психологічних наук,

Г. В. Стеценко

клінічний психолог,

*Державне некомерційне підприємство «Науково-практичний
медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»*

Постійні зміни умов сучасного життя, вимагають безперервного вдосконалення набутого досвіду, особливо в навичках регуляції власної діяльності породженою коливанням емоційних станів особистості, зокрема емоції страху, паніки, з різними проявами болю, що у більшості є наслідком

продовженого переживання стресових подій, викликаних ситуацією воєнних подій в державі. Проблема контролю подібних емоцій є важливою на сьогоднішній день, так само як інформаційна складова сучасного життя з різними технологіями впливу стала його невід'ємною складовою і є основним елементом, що необхідно враховувати для збереження здоров'я в цілому і його психічної складової зокрема. (Панченко О.А., 2018). Суттєвими для якісного життя наразі стають процеси регуляції власної життєдіяльності, та здатність психіки до пластичності, саморегуляції в поведінці, що забезпечує збереження та продовження життя в його біосоціокультурній формі.

Якщо розглядати людину як цілісну систему, то внутрішні процеси які забезпечують її регулятивну стійкість пов'язані з психічними явищами, для яких характерна динаміка в активності, що забезпечує людині здатність до самостійного аналізу і планування діяльності (Маслоу А., 1940). Терміном «регуляція» у загальному сенсі, позначають процес зовнішнього впливу на систему, спрямований на підтримку заданих параметрів її функціонування, на цілісний розвиток, який здійснюється за допомогою системи виборів. Поняття «саморегуляція» носить міждисциплінарний характер, під ним розуміють здатність людини керувати собою на основі сприйняття та усвідомлення психічних процесів її власної поведінки та вміння регулювати своєю активністю та діяльністю. Такий процес відбувається за умов коли людина може адекватно сприймати, моделювати ситуацію, перетворювати власну внутрішню активність відповідно до умов ситуації, переборювати неадекватні спонукання заради перспективної мети, за можливостей змінювати умови обставин чи виходити за їх межі. Дослідженню поняття саморегуляція приділяли багато уваги як зарубіжні так і вітчизняні науковці (Кияшко Д.Ю., 2011). Існує різноманіття в тлумаченні саморегуляції у науковій літературі та її місця у дослідженні психологічних особливостей подолання страхів, процес саморегуляції є суттєвим інструментом, розвитку особистості з безперервним та постійним самовідновленням за допомогою перебудови структур внутрішньої активності (Боришевський М.Й., 2010). Переживати стани страху, тривоги, невизначеності, які відповідають загрозливим умовам є нормальним явищем в якому немає нічого дезадаптивного, вони захищають, орієнтують людину. Проте важливо бути здатним самостійно управляти своїми емоційними станами, а для цього необхідно свідомо оволодіти системою навичок саморегуляції що формується у процесі життєвого досвіду та усвідомленого ставлення до цього.

Відділення клінічної психології ДНП «НПМ РДЦ МООЗ України» щоденно здійснює роботу з надання психологічної допомоги мешканцям громади м. Києва. В межах комплексної медико-психологічної допомоги, з пацієнтами проводиться психодіагностика, психоедукація, психологічна реабілітація та психологічна корекція високих емоційних станів тривоги, страху, невизначеності тощо. Застосовуються різні методи і практики в тому числі і з розвитку навичок саморегуляції.

З метою пілотного дослідження проведено вивчення набутої саморегуляції та проявів тривоги, депресії і симптомів постстресових наслідків як супутніх чинників здоров'я тих, хто живе в умовах воєнних дій.

У загальній кількості проаналізовано результати 30 осіб, що склали дві групи пацієнтів по 15 осіб у кожній. Першу групу склали пацієнти молодшого віку від 33 до 39 років (І група), другу групу склали пацієнти старшого віку 41 – 58 років (ІІ група), у кожній з груп більшість переважали жінки – 82% від загальної кількості. Усі обрані пацієнти не мали ускладнень здоров'я визначеного групою інвалідності. Респонденти мали вищу та середньотехнічну освіту, працевлаштовані. Для даних вікових періодів є характерним вираження сформованих особистісних якостей у відношенні до себе і оточення, реалізація накопиченого досвіду, навичок, прояви соціальної активності, що зумовило їх обрання для дослідницької роботи.

В якості скринінгового інструментарію використовувалися клінічне інтерв'ю та тестові методики: GAD-7 (діагностика тривожного стану), PHQ-9 (діагностика депресивного стану) та PCL-5 (діагностика наслідків стресу). За результатами діагностики психоемоційного стану показників тривоги, депресії і постстресових наслідків виявлено, що особи молодшого віку більше схильні визнавати життєві ситуації як загрозливі для життя і реагувати на них проявами тривожності і депресії, а також соматичними проявами при відсутності об'єктивних функціональних порушень організму. Характерне порівняння наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Середній показник проявів тривоги, депресії, постстресові наслідки

Психоемоційні прояви	І група (вік 33 – 39 років)	ІІ група (вік 41 – 58 років)
Тривога (середнє значення в балах)	9,6	9
Депресія (середнє значення в балах)	10	7,6
Постстресові наслідки (%)	18% від загальної кількості осіб	9% від загальної кількості осіб

Порівняльний аналіз виявив, що серед груп є тенденція до проявів тривожних станів незалежно від віку, з характерними соматичними скаргами на больові відчуття, зокрема головний біль, біль спини та в області серця; втомлюваність, дратівливість, емоційність, порушення сну, та інше.

У І групі більше переважають депресивні стани (46% респондентів з високим рівнем), у порівнянні з ІІ групою (33% респондентів з високим рівнем). В даній групі присутні такі симптоми як зниження колишніх інтересів, втома, порушення харчування, зниження когнітивних процесів, нав'язливі страхи, думки.

За результатами спостереження, встановлено, що особи з вищим рівнем тривожно-депресивних проявів в комунікації та суб'єктивних судженнях мають більше упереджень щодо використання психологічних регулятивних методів як інструменту, що сприяє змінам збереження і відновлення здоров'я. Така категорія осіб потребує більшої уваги щодо розвитку мотиваційної спрямованості у зміні тактики поведінки; наданню психологічних послуг з психодіагностики і роз'ясненні закономірностей діяльності психічних процесів в наслідок впливу стресових факторів, а також загальної психопросвітницької діяльності по зміцненню та збереженню здоров'я.

Роботу з пацієнтами щодо вдосконалення навичок саморегуляції можна описати на прикладі системної роботи з пацієнткою Н, 43 років. На прийом до клінічного психолога звернулася пацієнтка зі скаргами на періодичні болі в плечових суглобах ниючого характеру, відчуття скутості м'язів рук, ніг, обличчя, надмірну дратівливість. Жінка попередньо була оглянута неврологом, ендокринологом, отримувала необхідні призначення щодо фізіотерапевтичного лікування та скерована до відділення клінічної психології для відповідного психокорекційного супроводу.

При роботі з пацієнткою з'ясовано, що основна її активність обмежується роботою в онлайн режимі, турботою за повною родиною в якій виховується донька підліток і доглядаються немічні батьки, крім того дванадцять років тому вона пережила автомобільну аварію з наступним повним відновленням роботи організму, про яку періодично згадує. Кожна зустріч з жінкою розпочиналася з уваги до її емоцій, які здійснювали дезорганізаційний вплив на систему відносин в родині, а також надавали складнощі сприйняття свого тіла і здоров'я в цілому. Прості навички усвідомлення тілесних відчуттів на зовнішні впливи, жінка зовсім ігнорувала. Поступово в роботі використовувалися різні засоби для усвідомлення відчуттів, активації вольових зусиль до системи вибору, а саме: переключення свідомості на професійну діяльність, що є цікавою і викликає позитивні переживання; спрямовувалась мотивація до використання фізичної активності як механізму зниження емоційної напруги; вдосконалювались навички з аналізу і переосмислення щодо об'єктивного значення очікувань від результату своєї діяльності.

За підсумком роботи, яка тривала впродовж десяти щотижневих зустрічей, пацієнтка Н. відмітила значне покращення свого психоемоційного стану, стала проявляти здатність до самостійної регуляції станів в поведінці, комунікації в родині та професійному оточенні, а також відмічала потребу в подальшому вдосконаленні навичок. Зважаючи що в цьому процесі задіяний комплекс біопсихосоціальних елементів становлення і розвитку окремої особистості її шляхів усвідомлення ролі саморегуляції в оптимальному рівні, як умови подолання страхів задля збереження складових здоров'я, робота з пацієнткою буде продовжена.

Висновок: враховуючи результати проведених досліджень та практичний досвід роботи з пацієнтами щодо розвитку саморегулятивних навичок, як

стратегії збереження здоров'я, особливо в умовах війни, можна виділити такі етапи їх становлення:

1. Оцінити наявні навички регуляції емоційних станів та поведінки пацієнта в соціальному оточенні.

2. Визнати деструктивні звички, що не відображають об'єктивного психоемоційного стану людини в дійсності.

3. Встановити партнерські відносини з суб'єктом, що сприятимуть ефективному формуванню конструктивних саморегулятивних форм оптимізації емоційних станів.

4. Сприяти прийняттю факту, що процес набуття нових саморегулятивних форм активності є тривалим, неоднозначним, міждисциплінарним і потребує поглибленого дослідження в проявах здоров'я людини.

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПІДХІД ДО ПОДОЛАННЯ ТРУДНОЩІВ ДИТИНИ У НАВЧАННІ ТА ОПТИМІЗАЦІЇ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД

О. С. Казачінер,

доктор педагогічних наук, професор,

Ю. Д. Бойчук,

дійсний член НАПН України,

доктор педагогічних наук, професор,

Харківський національний педагогічний

університет імені Г.С. Сковороди

Актуальність теми дослідження. Наразі у теорії і практиці корекційної психопедагогіки постає надзвичайно важливе питання, що потребує обов'язкового вирішення: Чому фахівцеві важливо вміти проводити діагностику та корекцію шкільних труднощів та відхилень розвитку у дітей?

Ось кілька прикладів відповідей:

- допомогти дітям з інтелектуальними порушеннями засвоювати освітню програму

- для професійного розвитку і саморозвитку

- для набуття вміння здійснення індивідуального підходу до труднощів дитини

- для здійснення правильної корекції

- швидше досягти результату

- розширити свої знання

- розуміти, у чому суть проблем дитини

- для визначення актуального розвитку дитини, планування та надання корекційної допомоги з урахуванням виявлених проблем її розвитку.

Дослідження проблематики діагностики і подолання труднощів дітей у навчанні здійснювалося такими авторами, як: І. Аносов, Д. Аносова (І. Аносов, Д. Аносова, 2016), О. Аркадьєва (О. Аркадьєва, 2015), О. Казачінер, Ю. Бойчук, А. Галій (О. Казачінер, Ю. Бойчук, А. Галій, 2023), К. Крутій (К. Крутій, 2020), М. Мушкевич (М. Мушкевич, 2021), С. Яковлева, В. Майор (С. Яковлева, В. Майор, 2022) та інші.

На основі викладеного вище слід констатувати той факт, що виникає нагальна потреба у навчанні фахівців проводити діагностику за зошитами, вибудовувати індивідуальну стратегію корекції, складати ефективну структуру занять, консультувати батьків тощо.

Фахівці мають:

- оволодіти: базовими знаннями в галузі нейропсихології; методами індивідуальної, групової діагностики, а також діагностики, що «стежить»;
- навчитися: точно визначати причини труднощів; вибудовувати маршрут корекції дітей із парціальними відхиленнями; працювати з неготовністю дітей до школи, вчасно діагностувати порушення на ранньому етапі та успішно коригувати відхилення;
- отримати: практичний досвід проведення нейропсихологічної діагностики та корекції можливих причин труднощів навчання у дітей.

Під час такої системної та ґрунтовної підготовки мають застосовуватися різноманітні форми, методи та прийоми: практикуми з докладним розбором корекційної програми під конкретні кейси, практичні роботи з аналізу шкільних зошитів, розбір складних методик СМІНЧ та ТОПЕЧ, робочі методи корекції «слабких» компонентів ВПФ, реальні відеодіагностики читання для розборів та інші.

Представимо програму розробленого курсу «Нейропсихологічний підхід до подолання труднощів у навчанні», що має на меті поглиблення знань із нейропсихологічної діагностики та корекції труднощів дитини у навчанні. Під час навчання здійснюватимуться:

- проведення нейропсихологічного обстеження, аналіз помилок та виявлення симптомів;
- визначення синдрому за сукупністю симптоматики;
- написання висновку;
- формування ефективної стратегії корекційно-розвивального розвитку;
- поповнення професійної ігровеки цікавими та мотивуючими до навчання вправами.

Блок 1. Читання

Лекції

1. Структурно-функціональні компоненти навички читання. Діагностика
2. Корекція труднощів читання, пов'язаних із дефіцитом кінестетичного сприйняття
3. Корекція труднощів читання, пов'язаних із дефіцитом слухового та зорового сприйняття

4. Корекція труднощів читання, пов'язаних із корекцією просторового сприйняття

5. Корекція труднощів читання, пов'язаних із дефіцитом регуляції

6. Корекція труднощів розуміння прочитаного, розвиток окремих компонентів мовлення

Практикум-розбір

«Аналіз сформованих навичок читання за методиками СМІНЧ і ТОПЕЧ

Алгоритм роботи з труднощами оволодіння навичками читання

2. Блок «Письмо»

Лекції

1. Структурно-функціональні компоненти навички письма. Принципи аналізу письмових робіт

2. Корекція труднощів письма, пов'язаних із переробкою кінестетичної інформації. Робота над почерком

3. Корекція труднощів письма, пов'язаних із переробкою слухової та зорової інформації

4. Корекція труднощів письма, пов'язаних із браком зорово-просторових функцій

5. Корекція труднощів письма, пов'язаних із дефіцитом регуляції

Практикум-розбір

«Аналіз механізмів труднощів письма»

Алгоритм роботи з труднощами оволодіння навичками письма

3. Блок «Математика»

Лекції

1. Нейропсихологічні механізми труднощів при дискалькулії. Діагностика

2. Труднощі засвоєння числового ряду: механізми, методи корекції

3. Труднощі у реалізації обчислювальних навичок: механізми, методи корекції

4. Труднощі під час розв'язання задач: механізми, прийоми корекції

5. Труднощі переходу через десяток, розуміння розряду числа, множення та ділення, долей

Практикум-розбір

«Аналіз механізмів математичних труднощів»

Складання програми корекції

Висновки. Усе сказане вище дозволило дійти висновку про те, що фахівцеві важливо вміти проводити діагностику та корекцію шкільних труднощів та відхилень розвитку у дітей. Навчання фахівців має проходити ґрунтовно та систематично. Саме тому розроблений курс «Нейропсихологічний підхід до подолання труднощів у навчанні» має на меті поглиблення знань із нейропсихологічної діагностики та корекції труднощів дитини у навчанні. Програма курсу складається з трьох блоків: «Читання», «Письмо», «Математика» і передбачає оволодіння теоретичними та практичними знаннями, вміннями та навичками, а саме:

- розуміти причини (механізми) труднощів навчання, щоб працювати з кожною окремо;
- вибудовувати індивідуальну стратегію корекції в рамках індивідуальних та групових занять;
- проводити діагностику за зошитами;
- складати структуру занять, які будуть ефективними та цікавими для дітей;
- обирати правильні посібники;
- консультувати батьків, впевнено надавати обґрунтовані рекомендації;
- уникати помилок, яких припускаються 90% педагогічних працівників, грамотно вибудовувати та аналізувати свою професійну діяльність, розумно витрачаючи час та сили.

ТЕХНОЛОГІЇ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ТА ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ ТА ПЕРСОНАЛУ ОРГАНІЗАЦІЙ В УМОВАХ ПОВНОМАСШТАБНОЇ ВІЙНИ: ДОСЯГНЕННЯ ТА ОБМЕЖЕННЯ

*Л. М. Карамушка,
дійсний член НАПН України,
доктор психологічних наук, професор,
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Постановка проблеми. Важливо умовою надання ефективної психологічної підтримки та допомоги населенню та персоналу організацій в умовах повномасштабної війни рф про України є розробка спеціальних технологій. Це потребує, зокрема, вивчення стану розробки цієї проблеми українськими вченими та практиками.

Мета дослідження: Проаналізувати стан розробки проблеми технологій психологічної підтримки та допомоги населенню та персоналу організацій в умовах повномасштабної війни, визначити досягнення та обмеження.

Методика дослідження. Для проведення дослідження використовувались такі методи: вивчення наукових джерел; теоретичний аналіз проблеми.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз літератури показує, що технології, які стосуються психологічної підтримки та допомоги населенню та персоналу організацій почали активно розроблятися з перших днів після повномасштабного вторгнення рф в Україну.

Дослідниками називається *ряд чинників*, які вплинули на необхідність розробки таких технологій. Це такі чинники, як кризова зміна соціальної ситуації, запитів, стратегій, умов надання психологічної допомоги, значне нарощення стресових чинників, масовості постраждалих (Омельченко Я.М., 2023), виникнення непередбачуваної екстремальної ситуації, в якій опинилась

людина, наявність психотравмуючих ситуацій війни, що здатні викликати посттравматичні стресові розлади, депресії, суїцидальні тенденції (Пилипенко Н., 2022), небезпечність наслідків для здоров'я і психологічного благополуччя людей, що потерпають від воєнної травматизації, в результаті виникнення деструктивних емоційних станів, які провокують стресові розлади, депресивні і тривожні стани, а також знецінення усіма категоріями постраждалих за різних обставин власного здоров'я і їхня не готовність повертатися до колишніх, мирних цінностей (Титаренко Т.М., 2024).

Починаючи з лютого 2022 року, були розроблено, насамперед, велику кількість технологій надання психологічної допомоги *цивільному населенню*, його найбільш вразливим групам. Зокрема, визначено соціально-психологічні основи реабілітації цивільного населення під час війни (Мальцева О., Шувалова А., 2023), розроблено технології психологічної допомоги та підтримки постраждалим внаслідок війни в Україні (Пилипенко Н., 2022), обґрунтовано технологію розвитку психологічної готовності громадян до конструктивної поведінки у надзвичайних ситуаціях (Довгань Н., 2023), визначено психотерапевтичні практики розвитку усвідомленої стресостійкості (Гордієнко-Митрофанова І., Гоголь Д., 2022), розроблено метод подолання психічної травми у дітей в умовах війни (Хібукі-терпапія) (Максимов (Шарон) Д., 2022), впроваджено арттерапевтичні технології психологічної допомоги сім'ям з дітьми, які опинились у складних життєвих обставинах (Паркулаб О., Дметерко Н., 2023), у тому числі за кордоном (Креденцер О., Карамушка Л., Вальдшмідт Ф., Клімов С. 2022).

Важливе місце складають дослідження, які стосуються *психологічної підтримки внутрішньопереміщених осіб під час війни*, які стосуються, зокрема, особливостей підтримки їх психоемоційного стану (Педоренко В.М., 2022), ідентифікації та вирішення комунікативних проблем в шлюбних партнерських стосунках переселенців під час війни (Сингаївська І., Осауленко Н., 2023), організації волонтерського туризму як інструмент соціальної інтеграції вимушено переміщених осіб під час російського воєнного вторгнення (Кирилюк І., Чвертко Л., 2023).

Окрему групу складають психотерапевтичні технології з метою подолання психотравми таких категорій постраждалих, як особи з проявами ПТСР, що потерпали від безпосередніх та наслідкових подій війни (Омельченко Я.М., 2023). Мова йде, насамперед, про *військових і членів їх родин* та ін.

Так, розроблено технологію психологічного супроводу військовослужбовцями, які зазнали ампутації внаслідок бойових дій (Карамушка Т.В., Полівко Л.Ю., Вісіч О.Ю., Трофімов А.Ю., Карамушка Л.М., Креденцер О.В., Терещенко К.В. 2023). Представлено технологію забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій (Кокун О.М., Клочков В.В., Мороз В.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., 2022) та ін.

Також при роботі з військовими в умовах війни наголошується на необхідності поєднання групових методів навчання (тренінгів) з індивідуальною

психологічною допомогою, а також з медичною реабілітацією (Зливков В.Л., Лукомська С.О., 2022).

Л. Литвиненко (2023) запропоновано психотехнології стабілізації реабілітаційних ресурсів психологічної стійкості ветеранів, що переживають наслідки травматичних подій. Аналогічні психотерапевтичні технології з метою подолання психотравми використовуються для дружин ветеранів війни, що мають прояви вторинного травматичного стресового розладу, дітей військовослужбовців у воєнний час, а також фахівців допоміжних професій, які працюють з постраждалими під час війни (Омельченко Я.М., 2023).

Г.П. Лазос (2022) робить дуже суттєвий висновок про те, що в умовах війни відбулася зміна парадигми надання психологічної/психотерапевтичної допомоги, що проявилось у трансформації усталених принципів її надання (відсутність нейтральної позиції, сетінг, безпечне стає місце, мотивація і запит, що надходить від клієнта, кількість клієнтів – ними стала майже вся країна). Суттєвим також стало те, що трансформувалася професійна орієнтація фахівців – психологи різних галузей і підходів стали кризовими психологами і травматерапевтами, змінилися запити клієнтів (які наразі пов'язані з динамікою тривоги та інших психічних реакцій на стрес), відбулися зміни у стосунку «клієнт-психолог/психотерапевт» (Лазос Г.П., 2022).

Дослідники наголошують, що особливого значення в умовах війни набуває питання забезпечення *психічного та психологічного здоров'я* українців як чинника збереження української родини, нації, України, яке є першоосновою реалізації суспільно-ціннісної задачі з метою захисту й продовження людського життя на території української держави (Пилипенко Н., 2022). Визначено актуальні проблеми охорони психічного здоров'я українського народу в часи війни (питання теорії і методології) (Панок В.Г., 2023),

Що стосується розробки психотехнологій для роботи з *різними групами фахівців для підтримки та збереження їхнього психічного здоров'я в умовах війни*, то таких робіт значно менше. Вони стосуються, насамперед, професій, представники яких працюють в екстремальних ситуаціях. Так, В. Л. Зливков & С. О. Лукомська (2022) у процесі розробки ефективної психокорекційної/реабілітаційної медико-психологічної *програми відновлення психічного і психологічного здоров'я* військових, виділяють такі основні етапи: необхідність попередньої діагностики таких показників: стан фізичного здоров'я постраждалого з визначенням його групи ризику, віку та стану психічного і психологічного здоров'я; вивчення можливостей соціальної підтримки в його оточенні, індивідуальні особливості переживання гострих емоційних станів.

У цьому контексті розроблені психотехнології для працівників Національної поліції України після перебування в екстремальних ситуаціях, особливо для тих працівників поліції, які під час несення служби застосовували зброю та спеціальні засоби, що були свідками загибелі, травмувань колег, членів родини та громадян, приймали участь у розслідуванні убивств, перебували у полоні, спілкувалися з громадянами, що зазнали насильницьких дій, допомагали евакуації постраждалого населення від бойових дій тощо, що негативно вплинуло

на їхнє психічне здоров'я та результати професійної діяльності (П'янківська Л.В., 2024). Розроблено психотехнології першої та ранньої психологічної допомоги (П'янківська Л.В., 2024), побудовано систему і технологію психологічного відновлення військовослужбовців в умовах повномасштабного російського вторгнення (Чижевський С.О., 2023).

Підкреслюється, що великого значення в умовах війни набуває також *резильєнтність і збереження психічного здоров'я самих фахівців* (психологів, психотерапевтів), що безпосередньо пов'язані зі стійкістю їхньої професійної ідентичності та екології професійного Его (Лазос Г., 2022). Визначено стратегію вивіщення та розвитку резильєнтності психолога/психотерапевта, яка складається з наступних складників: ресурс, стабілізація і адаптація, нарцисична рівновага (самоповага) (Лазос Г., 2022). Суттєвим є також підходи до розробки технології професійного бренду психолога в мирний час та в умовах війни (Лоленко К., 2022), базисів реалістичного співвіднесення психолога-консультанта із світом в умовах війни (Каліщук С., 2022) та ін.

В цілому можна говорити про те, що психологи досить активно відгукнулись на виражену соціальну потребу населення та персоналу організацій в отриманні психологічної допомоги в умовах війни, розробили та впровадили значну кількість психологічних технологій психологічної підтримки та допомоги різним категоріям населення та фахівців.

Разом з тим, можна говорити про *ряд обмежень у цьому напрямку*:

а) наявні розробки психологічних технологій стосуються окремих аспектів цієї проблеми (наприклад, подолання негативних психічних станів), при цьому відсутні цілісні розробки, в яких би психічне здоров'я розглядалося як цілісна система, відповідно до підходу ВООЗ;

б) переважають розробки, які стосуються найбільш вразливих категорій (дітей, жінок) і зовсім небагато розробок, які стосуються дорослого, працюючого населення;

в) серед досліджень, які присвячено вивченню персоналу організацій, акцент робиться переважно на працівниках і недостатньо приділяється уваги керівникам, оскільки вважається, що вони, відповідно до свого «високого» статусу, можуть і повинні самі справлятися з проблемами;

г) серед різних категорій фахівців переважають розробки технологій «стресонебезпечних» професій, а більш «спокійні» професії, до яких, зокрема, відносяться і працівники освітніх організацій, часто залишаються поза увагою.

Висновки. Отримані результати дослідження можуть сприяти виокремленню актуальних завдань щодо подальшої розробки технологій психологічної підтримки та допомоги населенню та персоналу організацій в умовах повномасштабної війни та сприяти більш системному впровадженню означених технологій.

ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ В ЕПОХУ СОЦІАЛЬНИХ ТА КУЛЬТУРНИХ ЗМІН

О. О. Каретна,

кандидат політичних наук, доцент

Національний університет «Одеська юридична академія»

Психологічне здоров'я молоді в умовах соціокультурних трансформацій сучасного суспільства набуває все більшої значущості. Це викликає серйозне занепокоєння серед громадськості та вчених, адже саме від стану молодого покоління залежить майбутнє країни. Саме молодь відіграє ключову роль у формуванні спрямування суспільного розвитку, збереженні культурних цінностей та традицій, а також у реалізації власного потенціалу. Суть проблеми полягає у дисбалансі між швидкими соціокультурними трансформаціями та можливостями молоді до психологічної адаптації, що робить необхідним вивчення факторів, що впливають на збереження та зміцнення психологічного здоров'я молодого покоління.

Молодість це певний етап життєвого циклу, вона біологічно універсальна, але її вікові рамки, пов'язаний з нею соціальний статус та соціально-психологічні особливості мають соціально-історичну природу, тому вони залежать від суспільного устрою, культури та властивих даному суспільству закономірностей соціалізації (Каретна О.О., 2024)

Здоров'я особистості розглядається як інтегративна характеристика якості духовного, психічного та фізичного розвитку індивіда, яка забезпечує його повноцінну участь у різноманітних сферах соціального життя й діяльності як суб'єкта праці, пізнання, спілкування й творчості (Горащук В.П., 2004).

Стрімкі темпи соціальних та культурних змін нерідко випереджають можливості системи освіти та культурних інституцій, що створює додаткові труднощі в адаптації молоді до нових реалій. Різні соціальні та психологічні технології, що використовуються засобами масової інформації, інтернет-ресурсами та соціальними мережами, створюють та нав'язують молоді спотворені уявлення про самих себе, про свою ідентичність та шляхи самореалізації. В результаті, у свідомості молодих людей формується культ вседозволеності, що часто призводить до нехтування ціннісних установок життя.

Сьогодні на наших очах відбувається структуризація молодіжного простору. Але слід уточнити загальну систему молодіжних координат для виявлення таких процесів як: фізіологічне дозрівання, входження в соціум, освоєння соціальних норм, ролей, позицій, набуття ціннісних орієнтацій і соціальних установок при активному розвитку самосвідомості, творчій самореалізації, постійному особистому виборі власного індивідуального життєвого шляху. Також потрібно звернути увагу на загальне бачення молодіжного соціокультурного простору і загальну тенденцію, яка є головною в розвитку молоді як узагальненого суб'єкта в системі стосунків в соціумі (Каретна О.О., 2009).

Молодь стикається з безліччю проблем, залишаючись часто віч-на-віч з ними. Це призводить до того, що у молодіжному середовищі спостерігається зростання негативних явищ, таких як апатія, інфантилізація, залежність від різних речовин та технологій, а також дераціоналізація свідомості та примітивізація мислення. Ці процеси можуть загрожувати не тільки індивідуальному благополуччю молодих людей, але й стабільності всього суспільства. Для того, щоб підготувати життєздатне та здорове покоління, необхідно розробити та впровадити систему заходів, спрямованих на створення умов для повноцінного зростання та розвитку молоді. Це включає як освітні ініціативи, так і культурні програми, які допоможуть молоді усвідомити своє місце в суспільстві, інтегрувати досвід попередніх поколінь і навчитися цінувати культурні традиції свого народу.

Поняття «здоров'я» у трактуванні Всесвітньої організації охорони здоров'я розглядається не лише як відсутність захворювань, а й як стан фізичного, психічного, соціального, культурного та духовного добробуту людини. У цьому контексті особливого значення набуває поняття «здоровий спосіб життя», яке розуміється як багатогранне і комплексне явище, що включає взаємопов'язані аспекти фізичного, психологічного, соціального і духовно-культурного розвитку особистості.

Дослідники відзначають, що в Україні, на превеликий жаль, ще немає установки на здоров'я – засоби масової інформації все ще продовжують рекламувати шкідливі звички, мало уваги звертають на формування гармонійної, фізично і духовно розвиненої людини. Мало уваги в приділяється питанням формування культури відпочинку і дозвілля, де б особливий наголос робився на його активних формах. Брак такої культури роблять молоду людину заручником непередбаченого, не спланованого проведення вільного часу, штовхає до «вбивання» його біля телевізора, алкоголем. Низька культура в суспільстві є причиною того, що здоров'я не посідає першої сходинки в ієрархії цінностей наших співвітчизників. У нашій країні ще не виражена достатньою мірою позитивна мотивація здоров'я (Максименко С.Д., Болтівець С.І., Кокун О.М., Здіорук С.І., Губенко О.В., Гуменюк Г.В., 2012).

А.В. Полулях у своєму дослідженні довів, що результатом формування здорового способу життя підлітків є його сформованість як складне особистісне інтегральне утворення, що включає позитивну мотивацію до здорового способу життя, наявність знань, умінь та навичок звичок здорового способу життя, психічні та характерологічні особливості. Сукупність усіх складових сформованості здорового способу життя (знання, вміння, навички, звички тощо) має розглядатися як цілісний потенціал, що відповідає певному рівню розвитку сформованості здорового способу життя (Полулях А.В., 2003).

Важливо, щоб молоді люди не лише отримували знання, а й розвивали критичне мислення, уміння аналізувати інформацію та приймати усвідомлені рішення. Таким чином, вирішення проблем психологічного здоров'я молоді потребує комплексного підходу, який включатиме взаємодію різних інститутів суспільства: освіти, культури, охорони здоров'я та соціального захисту.

Необхідно створити таке середовище, в якому молоді люди зможуть почуватися впевнено, розвивати свої таланти та реалізовувати свої амбіції, що зрештою призведе до зміцнення всього суспільства та його сталого розвитку

ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ ЯК ОСОБИСТІСНА ДЕТЕРМІНАНТА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТИНИ З ООП В УМОВАХ ВІЙНИ

В. В. Кобильченко,
доктор психологічних наук, професор,
І. М. Омельченко,
доктор психологічних наук, професор,
Інститут спеціальної педагогіки і психології
імені Миколи Ярмаченка НАПН України

Проблема життєстійкості особистості сьогодні виходить на передній план наукового осмислення не випадково. Натепер кожна людина в Україні через війну може зіткнутися з кризами та катастрофами, трагічними подіями, які порушують нормальний порядок її повсякденного життя й можуть призводити до суттєвих наслідків для її психологічного благополуччя, до порушень особистісного функціонування та психологічного здоров'я.

Це пов'язано з тим, що війна породжує різноманітні екстремальні ситуації, у процесі яких людина втрачає здоров'я, близьких їй людей, місце проживання, звичний спосіб життя.

Рівень стресу та напруги, тривога та занепокоєння про завтрашній день, породжених війною, постійно зростають. Відповідно, необхідно уміти швидко пристосовуватися до змін та нових ситуацій, бути стійкими та продуктивними, а також навчитися зберігати оптимізм та віру у прийдешній день.

Значну роль у цьому процесі відіграє життєстійкість особистості, саме вона є тим чинником, який визначає її поведінку, реакції та сприйняття життєвої ситуації. Вона допомагає зберігати психічне здоров'я під час екстремальної ситуації війни й надає можливість відчувати надію на краще (Предко В. В., 2024).

Життєстійкість також тісно пов'язана із загальною самоефективністю особистості, рівнем її психологічного благополуччя, успішною адаптацією і життєтворчістю, а також позитивно корелює зі стратегіями подолання, які спрямовані на активне вирішення різних проблем. Також сформована життєстійкість знижує ймовірність виникнення низки особистісних розладів, створює основу для внутрішньої гармонії, психологічного здоров'я і благополуччя, допомагає успішно адаптуватися до мінливих умов, конструктивно долати труднощі.

Отже, поняття життєстійкості тісно пов'язане зі збереженням психічного та фізичного здоров'я у стресових ситуаціях, подоланням труднощів, соціальною підтримкою і продуктивністю діяльності.

Дослідники розглядають поняття «життестійкість» в цілому як систему установок і переконань, що у певній мірі підвладна формуванню й розвитку, як базову характеристику особистості, що опосередковує вплив на її свідомість і поведінку у всіляких сприятливих і несприятливих обставинах від соматичних проблем і захворювань до соціальних умов.

На їх думку, життестійкість характеризує ступінь сформованості здатності особистості витримувати ситуацію гострого або хронічного стресу, зберігати внутрішню збалансованість, не знижуючи успішності діяльності. Життестійкість є фундаментом особистісних рис людини, одним із ключових параметрів зрілих форм саморегуляції, забезпечує психологічну живучість та розширену ефективність людини, що виявляється у її залученні у процес прийняття ризику і може розглядатися як показник психічного здоров'я.

На перший погляд, поняття життестійкості сприймається як тотожне до таких добре знайомих адаптаційних особистісних характеристик як стресостійкість, емоційна стійкість, психологічна надійність. Безумовно, всі ці адаптаційні системи людини, що забезпечують задовільний рівень фізичного та психологічного здоров'я, є складовими життестійкості. Але головна функція життестійкості полягає у можливості будувати ефективну соціальну взаємодію та знаходити оптимальні шляхи саморозвитку та самоздійснення особистості у складних життєвих обставинах. Таким чином, життестійкість можна розглядати в якості особистісного потенціалу ефективного саморозвитку в стресових ситуаціях та екстремальних життєвих умовах (Ларіна Т. О., 2007).

Як зазначає Р. Bartone (1999), людина з високим рівнем життестійкості здатна протистояти стресовим розладам, зберігати фізичне та психічне здоров'я у стресових умовах.

Проблема життестійкості особистості має у своїй основі теоретичні надбання екзистенціалізму як філософської течії та безпосередньо виходить із положень екзистенційно-гуманістичної психології. Основна ідея життестійкості у цьому підході полягає у визнанні за людиною свободи та відповідальності за власний вибір та побудову власного життя, визнання унікальності особистості у своїй нероздільності зі світом.

Поняття життестійкості («hardiness») було введено в ужиток в наукових працях S. Kobasa, S. Maddi, S. Kahn (1982). Дослідники розглядали поняття «життестійкість» як систему установок і переконань, що у певній мірі підвладна формуванню й розвитку, як базову характеристику особистості, що опосередковує вплив на її свідомість і поведінку у всіляких сприятливих і несприятливих обставинах від соматичних проблем і захворювань до соціальних умов.

«Hardy» – з англійської витривала, стійка, загартована людина, натомість «Hardiness» згідно з великим англо-українським словником (2011) – витривалість, міцність, здоров'я, стійкість, сміливість, безстрашність. Відповідно, «hardiness» – риса особистості, що дозволяє справлятися зі стресом ефективно і завжди в напрямку особистісного зростання. Таким чином, життестійкість – особистісна установка, що лежить в основі екзистенційної

відваги або «мужності бути». Життестійкість як риса особистості характеризується мірою подолання особистістю заданих обставин, а зрештою – ступенем подолання особистістю самої себе.

S. Maddi (1998) зазначає, що стресові впливи переробляються людиною саме на основі життестійкості, і вона є каталізатором поведінки, що дозволяє трансформувати негативний досвід у нові можливості. Переборення проблем може йти двома шляхами: або активним («життестійке переборення»), або пасивним (інфантильність, прагнення пливати за течією). Діяльнісна сторона життестійкості передбачає дії, спрямовані на досягнення цілей, на подолання різноманітних викликів та включають в себе постійну турботу про своє здоров'я, рефлексію власного «Я» тощо.

Тим самим, згідно концепції життестійкості (hardiness) S. Maddi, людина постійно здійснює вибір: «вибір минулого» (звичного та знайомого) або «вибір майбутнього» (нового, невизначеного, непередбачуваного). Постійний вибір минулого призводить до відчуження у формі вегетативності: поєднання безсилля та неосмисленості, відкидання смислів, авантюризму (пошуку смислів поза звичною діяльністю). «Вибір минулого» або «вибір майбутнього», який людина здійснює, обумовлений тим, наскільки вона вважає важливим для себе бути активною, зацікавленою, впевненою у своїх можливостях долати труднощі. Отже, життестійкість є необхідним ресурсом особистості при виборі майбутнього та ефективній побудові теперішнього.

Таким чином, високий темп сучасного життя з умовами, що постійно ускладнюються, висуває підвищені вимоги до людини, перевіряє її на міцність, «живучість» «життестійкість». Безумовно, ступінь життестійкості особистості залежить також від її ресурсів.

Так, S. Hobfoll (2002) до ресурсів відносить: матеріальні об'єкти (дохід, дім, транспорт, одяг) та нематеріальні (бажання, цілі); зовнішні (соціальна підтримка, сім'я, друзі, робота, соціальний статус) та внутрішні (інтраперсональні) параметри (самоповага, професійні вміння, оптимізм, самоконтроль, життєві цінності, система вірувань тощо); психічні та фізичні стани; вольові, емоційні та енергетичні характеристики, необхідні для виживання чи збереження здоров'я у складних життєвих ситуаціях або слугують засобами досягнення особисто значущих цілей. Вочевидь, різні види ресурсів відіграють різну роль в адаптації людини та в подоланні складних життєвих ситуацій на різних вікових етапах.

У працях С. Микитюк (2010) вказано, що у системі внутрішніх (індивідуальних) ресурсів особистості вчені розрізняють наступні підсистеми: біогенетичні, пов'язані зі спадковістю; фізіологічні, що охоплюють стан здоров'я, особливості будови організму, фізичну витривалість, вік, стать та інші фактори; індивідуально-психологічні, що включають рівень інтелектуального розвитку (інтелектуальні ресурси), особливості емоційно-вольової сфери та інші аспекти. Ці підсистеми мають складну структуру і забезпечують, у цілому, процес життєдіяльності. Внутрішні ресурси вважаються індивідуальним надбанням особистості, що визначає її унікальність і є джерелом її розвитку. Ці

підсистеми мають складну структуру та забезпечують, у цілому, процес життєдіяльності.

І насамкінець, на наше переконання психологічний феномен «життєстійкість» можна розглядати як інтегральну особистісну характеристику дитини з ООП, яка виступає в якості її особистісного ресурсу, опосередковує вплив стресогенних чинників на її соматичне й психічне здоров'я, а також відповідальна за успішність подолання особистістю життєвих труднощів, позаяк життєстійкість передбачає психологічну «живучість» і розширену ефективність. Позитивом є те, що вона формується в дитячому віці й розвивається протягом усього періоду життя.

ПСИХОЛОГІЧНА ГОТОВНІСТЬ ОФІСНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО ПОДОЛАННЯ КРИТИЧНИХ СИТУАЦІЙ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Т. Е. Коваленко,

магістрант,

Київський столичний університет імені Бориса Грінченка

Сучасна професійна діяльність офісних працівників характеризується високим рівнем невизначеності, динамічністю робочого середовища, потребою в адаптації до цифрових технологій і постійним психологічним навантаженням. У таких умовах підвищується ризик виникнення критичних ситуацій, які можуть зумовлювати емоційне виснаження, конфлікти, зниження ефективності праці. Критичні ситуації професійної діяльності набувають все більшої актуальності в контексті нестабільності та динамічності умов життя людей в сучасному світі. Зазвичай дану тему прийнято розглядати у сфері небезпечних професій, пов'язаних з ризиком життя, наприклад, військовослужбовців, пожежників, поліціантів. Проте, критичні ситуації також пов'язані з усіма типами професій. Офісний працівник з нормованим робочим графіком за рік перебуває на роботі близько 2080 годин. Даний показник не вказує на присутність критичних ситуацій на роботі, але відображає важливість впливу ситуацій професійної діяльності та загальний добробут особистості.

Дослідження Оксфордського університету, на основі аналізу публічних компаній США, показало що компанії з вищим рівнем добробуту працівників демонструють кращі фінансові показники та ефективність роботи – рентабельність бізнесу вище на 1,2%, а загальна вартість організації оцінюється вище на 34% (De Neve, J.-E., Kaats, M., & Ward, G., 2023). Важливість цієї теми ми можемо прослідкувати на практичних прикладах, коли бізнес інвестує в людський капітал та подолання критичних ситуацій працівників. Наприклад, в ЕУ (українська аудит-консалтингова компанія), діє програма Wellness, що включає тренінги для працівників, консультації з психологом та спортивні заходи. Продуктова ІТ-компанія Jooble надає працівникам безоплатні консультації з психологом або якщо працівник обирає послуги психолога

самостійно, передбачається 50% матеріальної компенсації (<https://happymonday.ua/yak-kompaniyi-pikluyutsya-pro-mentalne-zdorov-ya>).

Психологічна готовність як предмет дослідження розглядається в працях І. Беха, О. Винославської, Л. Карамушки, С. Максименка, В. Моляко та ін. У їхніх підходах готовність розуміється як інтегративна характеристика особистості, що відображає стан мобілізації психічних ресурсів, спрямованих на ефективне виконання діяльності в умовах напруження та стресу.

За визначенням С. Максименка, психологічна готовність поєднує мотиваційний, когнітивний, емоційно-вольовий і поведінковий рівні регуляції діяльності. Л. Карамушка акцентує увагу на організаційному контексті готовності, підкреслюючи її зв'язок із корпоративною культурою та стилем управління В. Моляко розглядає готовність як систему динамічних особистісних утворень, що забезпечують успішне виконання професійних завдань у складних умовах (Бахтов А. В., 2018).

Психологічна готовність розглядається як стан, що передбачає узгодженість між внутрішніми ресурсами особистості та зовнішніми вимогами середовища. У структурі готовності офісних працівників важливу роль відіграють такі чинники, як рівень стресостійкості, толерантність до невизначеності, самоконтроль у спілкуванні та внутрішня мотивація досягнення.

Таким чином, психологічна готовність до подолання критичних ситуацій є інтегрованою системою, що включає три основні компоненти:

- когнітивний – знання, усвідомлення ризиків і вміння орієнтуватися в ситуації;
- емоційно-вольовий – здатність до саморегуляції, емоційна стійкість, контроль імпульсивності;
- мотиваційний – професійна спрямованість, відповідальність, орієнтація на результат і співпрацю.

Для комплексного дослідження ми реалізували діагностику психологічної готовності офісного персоналу (23 фахівці) ТОВ Staffman. Виявлено, що більшість вибірки характеризуються середнім рівнем стресостійкості, високим рівнем інтолерантності до невизначеності та достатньо вираженою відповідальністю. При цьому 87% респондентів продемонстрували здатність до емоційної саморегуляції й готовність брати відповідальність за результати діяльності, 70% опитаних засвідчили позитивне ставлення до роботи як до сфери самореалізації.

На основі апробації програми розвитку психологічної готовності офісного персоналу до подолання критичних ситуацій встановлено, що ефективними засобами її розвитку є психоедукаційний, тренінговий і рефлексивний компоненти, які забезпечують підвищення рівня стресостійкості, розвиток самоконтролю, формування навичок конструктивної взаємодії та толерантності до невизначеності фахівців.

Таким чином, психологічна готовність офісних працівників до подолання критичних ситуацій постає інтегрованим показником їхньої особистісної зрілості, який забезпечує ефективність професійної діяльності в умовах стресу та

невизначеності. Визначено, що ключовими чинниками розвитку психологічної готовності офісних працівників до подолання критичних ситуацій виступають саморегуляція, відповідальність, толерантність до невизначеності та внутрішня мотивація досягнення.

ПСИХОКОРЕКЦІЯ НЕСПРИЯТЛИВИХ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ЖІНОК ЗАСОБАМИ ТІЛЕСНО- ОРІЄНТОВАНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ

К. В. Ковальова,
магістрантка,

Київський столичний університет імені Б.Грінченка

Повномасштабна війна в Україні призвела до значних психологічних наслідків для населення, зокрема для внутрішньо переміщених жінок, які зазнали втрат, вимушеного переселення та розриву соціальних зв'язків. Тривале перебування в умовах небезпеки та нестабільності призводить до формування несприятливих емоційних станів — тривожності, депресії, психосоматичних порушень. Особливої актуальності набувають психокорекційні підходи, що сприяють відновленню емоційної рівноваги через тілесну усвідомленість і саморегуляцію (Бессел Ван дер Колк, 2024).

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність авторської психокорекційної програми «Мистецтво відчувати» у методі тілесно-орієнтованої психотерапії для зниження рівня тривожності, депресії та емоційної напруги у внутрішньо переміщених жінок. Гіпотеза дослідження полягала в тому, що участь у тілесно-орієнтованій психокорекційній програмі сприятиме зниженню проявів тривоги, депресії та психосоматичних скарг.

У дослідженні взяли участь 32 жінки віком від 25 до 55 років, переважно внутрішньо переміщені особи, які звернулися до центру психологічної допомоги Смуга-хаб від БО БФ «Юнайтед Хелп Юкрейн». Для скринінгу психоемоційного стану використовувалась Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (Зігмонд і Снайт, 1983). Після якої було сформовано цільову групу з 11 жінок, у яких виявлено підвищений рівень тривожності та/або депресії (рис.1).

Далі, для поглибленої первинної діагностики, ми застосували Міннесотський багатофакторний особистісний опитувальник (MMPI, 377 пунктів) та проєктивну методику «Тест руки Вагнера».

Проєктивна методика «Тест руки Вагнера» була використана з метою визначення особливостей міжособистісної взаємодії, рівня адаптованості до соціального середовища, наявності дезадаптаційних тенденцій та можливих психотичних проявів у вибірці з 11 внутрішньо переміщених жінок.

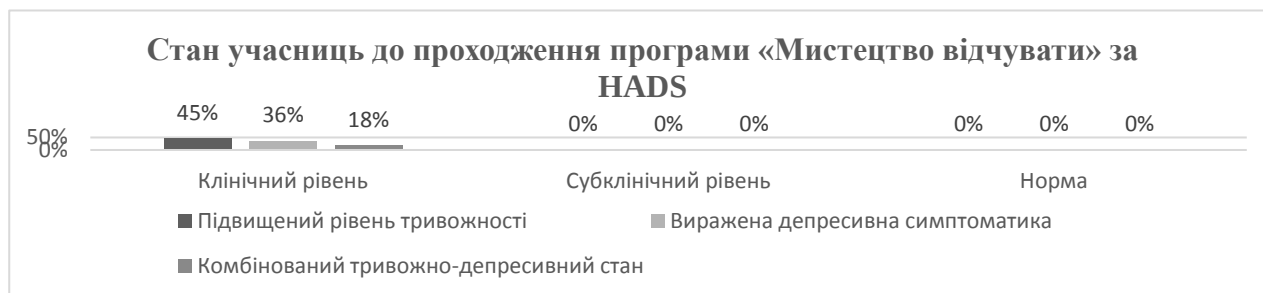


Рис 1. Стан 11 учасниць до проходження програми «Мистецтво відчувати» за HADS

Отримані результати засвідчили, що у більшості досліджуваних показники міжособистісного блоку значно перевищують норму (57–90 %), що вказує на підвищену потребу у взаємодії, емоційній підтримці, схильність до залежних форм прив'язаності. Це може свідчити про прагнення до прийняття, належності та стабільних відносин, що може бути компенсаторною реакцією на пережиті втрати та невизначеність. Середовищний блок у більшості учасниць знижений або відсутній (0–40 %), що демонструє нестачу відчуття опори в реальному середовищі, знижену мотивацію до досягнень і самореалізації, брак стабільності та контролю над життєвими обставинами. Блок дезадаптації у більшості жінок перебував у межах помірних відхилень від норми (4–12 %), що відображає наявність психоемоційного напруження, страхів, вразливості, періодичного відчуття безсилля або втрати контролю. Проте у двох учасниць спостерігається значне перевищення показників (16% та 33%), що свідчить про високий рівень внутрішнього напруження, відчуття безпорадності та ознаки емоційного виснаження. Саме ці респондентки мали клінічні прояви тривожно-депресивного стану та були направлені клінічним психологом до психіатра. Психотичний блок зафіксовано лише у 3 учасниць (4–13 %), що може свідчити про порушення контакту з реальністю або ознаки істероїдних чи тривожно-депресивних проявів, які потребують спостереження фахівців. Таким чином, застосування проєктивної методики «Тест руки Вагнера» дало змогу виявити наявність емоційної вразливості, знижених адаптаційних ресурсів і залежної форми міжособистісних зв'язків, що стало обґрунтуванням необхідності подальшої реалізації тілесно-орієнтованої психокорекційної програми «Мистецтво відчувати».

З метою комплексного дослідження емоційного стану, рівня тривожності, депресивних тенденцій, особливостей соціальної взаємодії та загальної адаптивності учасниць програми, нами була застосована методика «ММРІ (377)». Дане дослідження дозволило оцінити глибинні особистісні особливості, визначити ризики дезадаптації та потребу у додатковій психотерапевтичній або психіатричній підтримці до початку реалізації психокорекційної програми. Аналіз даних за шкалами ММРІ показав наявність гетерогенної групи – з різним

рівнем емоційної стабільності, тривожності та адаптивності. Підвищений рівень тривожності та депресивності виявлено у 3 учасниць. Профіль характеризується високими показниками за шкалами D (депресія), Pt (психастенія), Hs (іпохондрія), що вказує на виражену емоційну напругу, схильність до самозвинувачення та соматизації тривоги. Ці учасниці потребують індивідуальної психотерапевтичної підтримки та, за потреби, фармакологічної стабілізації. Ще у 3 респонденток спостерігаються соціальна замкненість, параноїдальні тенденції та підвищена підозрілість (високі показники за шкалами Pa, Sc, Si). Це свідчить про ригідність мислення, труднощі у встановленні довірливих стосунків, а також про ризик формування ізоляційних стратегій поведінки. 4 учасниці демонструють емоційну стабільність, врівноваженість та адаптивні ресурси. Їхні профілі наближені до нормативних значень, що вказує на наявність внутрішньої опори, здатності до саморегуляції та ефективного відновлення після стресу. Три учасниці з високими показниками за шкалою Ma (гіпоманія) характеризуються високим рівнем енергійності, активності та імпульсивності. Ці риси можуть виявлятися як ініціативність та креативність, але за умов підвищеного стресу — переходити у емоційну нестійкість, конфліктність або надмірну збудливість. Отримані результати свідчать, що у групі присутній різний рівень адаптації та емоційного благополуччя. Методика «ММРІ (377)» дозволила виявити учасниць із клінічно значущими тривожно-депресивними проявами, які потребують індивідуального психотерапевтичного супроводу, визначити стабільних, ресурсних учасниць, здатних до групової динаміки та підтримки інших, окреслити рівень емоційної зрілості та соціальної інтеграції кожної учасниці перед початком корекційного впливу.

Авторська програма «Мистецтво відчувати» поєднує елементи вегетотерапії (В. Райх), біоенергетичного аналізу (А. Лоуен), соматичного переживання (П. Левін), фокусування на тілесних відчуттях, дихальних і голосових технік, спрямованих на відновлення контакту з тілом і зниження м'язової напруги. Заняття проводилися в малих групах, у безпечному, підтримувальному середовищі, де учасниці мали змогу досліджувати свій тілесно-емоційний стан через рух, дихання та голос.

Програма «Мистецтво відчувати» створена як авторська психокорекційна система, що поєднує сучасні досягнення тілесно-орієнтованої психотерапії, елементи нейропсихології та психосоматики, містить 16 послідовно структурованих сесій, які допомагають учасницям поступово занурюватися у дослідження власного тілесного й емоційного досвіду, розвивають навички самозаспокоєння, самопідтримки та відновлення внутрішньої опори. Основна концепція полягає в усвідомленні тіла як носія пам'яті психотравми, інструменту саморегуляції та ресурсу для відновлення. Програма спрямована на поступове відновлення контакту з тілом, розпізнавання відчуттів, безпечне проживання емоцій через тілесні та голосові практики. Після завершення жінками циклу з 16 психокорекційних занять нами було зафіксовано результати повторного оцінювання за шкалами HADS, які показали позитивну динаміку: зниження

рівня тривожності у 73% учасниць, зменшення симптомів депресії у 64%, нормалізацію сну, покращення тілесного контакту, зменшення психосоматичних скарг. Учасниці відзначали появу відчуття стабільності, тепла в тілі, спокою, відновлення, здатності до емоційного контакту (рис.2).

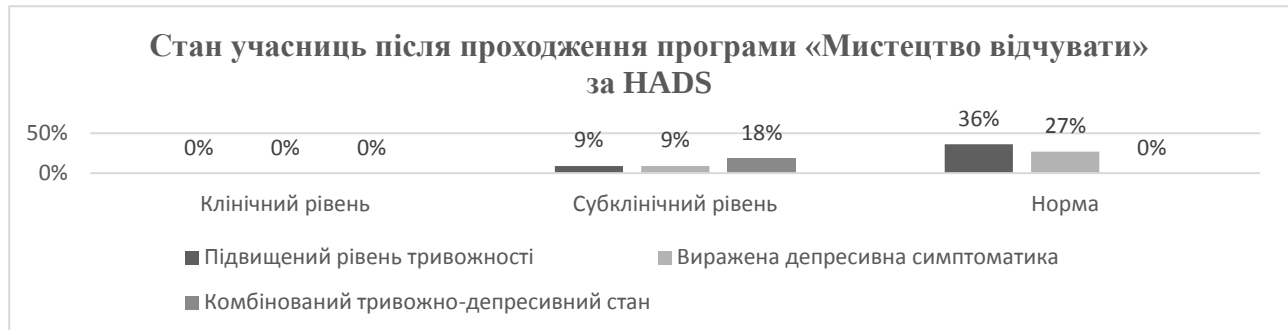


Рис 2. Стан учасниць після проходження програми «Мистецтво відчувати» за HADS

Отже, отримані результати свідчать про позитивні тенденції у зниженні рівня несприятливих емоційних станів у внутрішньо переміщених жінок після участі у психокорекційній програмі «Мистецтво відчувати». Наявність відсоткових часток досліджуваних зі зниженими показниками кожного з діагностованих значення дає підстави вважати доцільним подальше застосування та дослідження тілесно-орієнтованої психокорекції як методу психологічної підтримки. Робота з тілом, диханням і голосом сприяє інтеграції травматичного досвіду, активації ресурсів саморегуляції та формуванню відчуття безпеки.

РОЛЬ САНОГЕННОГО МИСЛЕННЯ ДЛЯ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ, ЯКА ПЕРЕЖИЛА ПСИХОТРАВМУЮЧІ ОБСТАВИНИ ЖИТТЯ

М. Г. Ковальова,
аспірантка,

*Полтавський національний педагогічний
університет імені В.Г. Короленка*

На сучасному етапі розбудови суспільства багато уваги приділяється саме питанням морально-психологічної свідомості людини, яка потребує високого рівня її культурної обізнаності, гнучкого сприйняття викликів сьогодення, розумової готовності до прийняття рішень і дій. Загально несприятливими факторами для підтримки ментального здоров'я людини залишаються постійний напружений систематичний тиск зовнішніх обставин.

Особлива увага відведена процесу мислення людини. Те як людина мислить висвітлює її суспільні взаємовідносини, виражає задоволеність життям, діяльністю, окреслює її спосіб реагування на життєві обставини, успішність в професії.

Науковиця А. Ю. Гільман зазначає, що саме від типу мислення залежить не лише результативність діяльності та поведінки, але й ставлення до подій, а в підсумку – стан душі та світовідчуття, фізичне та психологічне здоров'я. Найбільш уживаним в контексті її наукових інтересів є поняття саногенне мислення (Гільман А.Ю., 2017).

У своїй публікації С.О. Ганаба описує, що у кризових, психотравмуючих ситуаціях воєнного сьогодення особливої релевантності для людини набуває здатність усвідомлювати події, що відбуваються. Важливим є також готовність людини вести пошук адекватних відповідей на виклики долі й здатність прийняти відповідальність за власний життєвий вибір. Віднайти адекватні відповіді на виклики долі людина зможе тоді, коли усвідомлюватиме не лише події, які відбуваються з нею, а ті смисли й сенси, яких вона надає їм, а також ситуативні смислові єдності, котрі виникають у результаті осмислення ситуації.

Кризові ситуації воєнного сьогодення актуалізують питання дослідження природи саногенного (оздоровчого) мислення. Це мислення передбачає мінімізацію негативних наслідків емоційного стресу та пошук оптимальних шляхів вирішення складних ситуацій. Саногенне мислення зменшує внутрішній конфлікт, напруженість та тривогу, попереджує захворювання, зміцнює здоров'я. Його складовими є: психологічна складова (позитивне мислення, яке засноване на сприйнятті себе та інших) та психогігієнічна складова (психогігієнічне, оздоровче мислення). Науковиця наголошує, що саногенне мислення ґрунтується на свідомій постановці проблеми, свідомому аналізі своїх емоцій та полягає у свідомій саморегуляції власної емоційно-вольової сфери. Особливість цього мислення полягає у здатності людини подумки відокремити себе від власних переживань та почати спостерігати за ними ззовні. Це мислення успішної людини, яка націлена на позитивний результат, здоровий спосіб життя, доброзичливі взаємини із іншими людьми. Розвиток цього мислення корелюється із ціннісними орієнтаціями особистості, її прагненням узгоджувати на їх основі свої помисли та дії. Воно сприяє забезпеченню ефективного виконання фахових завдань, розвитку індивідуальності та збереженню психологічного благополуччя людини (Ганаба С.О., 2024).

У результаті здійсненого аналізу роботи дослідниці саногенного мислення Х.Б. Цьомик встановлено, що поняття «саногенне мислення» має складну та багатовимірну природу, яке формувалося поступово упродовж розвитку психологічної науки ХХ–ХХІ століть. Цей тип мислення розглядався не лише як процес позитивного або конструктивного мислення, а як здатність особистості до саморефлексії, морального аналізу, когнітивної гнучкості та критичного ставлення до деструктивних внутрішніх установок.

У процесі історико-наукового розвитку відбувся перехід від патогенних моделей мислення (які фокусуються на дефіцитах, порушеннях та патології) до

моделей саногенних, які акцентують увагу на ресурсах, можливостях та потенціалах особистості. Сучасні дослідження підтверджують, що саногенне мислення є важливим чинником збереження та підтримання психічного здоров'я, особливо в умовах підвищеного стресу, соціальної турбулентності та швидких життєвих змін. Його розвиток у людини дозволяє їй конструктивно реагувати на труднощі, знижувати рівень психоемоційного напруження та підтримувати стан внутрішньої стабільності. Наукове осмислення зазначеного поняття засвідчує його потенціал як основи для психопрофілактичної, психотерапевтичної та освітньої роботи з різними віковими категоріями.

Узагальнюючи, можна констатувати, що саногенне мислення є не випадковим теоретичним конструктом, а закономірним результатом еволюції психологічної науки в напрямку інтеграції гуманістичних, когнітивних і позитивних підходів. Його концептуалізація сприяє переходу психології до нової парадигми – парадигми розвитку, оздоровлення та збереження цілісності особистості. Це відкриває перспективи для подальших емпіричних досліджень у галузі психічного здоров'я, зокрема – розробки діагностичних методик, психокорекційних програм і стратегій формування саногенного мислення.

Таким чином, поняття саногенного мислення в історико-науковому контексті є цінним як у теоретичному, так і в прикладному аспекті. Його подальше вивчення сприятиме розширенню уявлень про внутрішні ресурси особистості, а також удосконаленню засобів психологічної допомоги (Цьомик Х.Б., 2025).

У спільній роботі С.П. Яланська та С.П. Нестеренко зазначають, що на сьогодні надзвичайно важливою є проблема забезпечення ментального здоров'я населення. Адже постійні економічні, суспільні, політичні трансформації, військові дії обумовлюють ряд факторів, які впливають на фізичну, соціальну, духовну, психічну складові здоров'я, та стресостійкість. Тому важливим є вивчення забезпечення ментального здоров'я кожної особистості, враховуючи її індивідуальні особливості.

Забезпечення ментального здоров'я особистості, психодіагностична, корекційна, розвивальна робота психолога потребують вдалого підбору методичного психологічного інструментарію. Науковицями розроблено портативну лабораторію практичного психолога «Психологічна палітра» для сприяння ефективності роботи фахівців допомагаючих професій. Реалізація можливостей портативної лабораторії здійснюється на базі навчальної лабораторії «Центр саногенної психології» кафедри кризової психології факультету психології і соціальної роботи Полтавського національного педагогічного університету імені В.Г.Короленка (Яланська С.П., Нестеренко С.П., 2024).

Саногенне мислення є багатофункціональним типом мислення, що формує стійку здоров'язберігаючу стратегію поведінки людини, уникнення негативних наслідків зовнішніх впливів та обставин життя. Людина має змогу протистояти впливу стресових, патогенних, психотравмуючих її психіку факторів, на які можна вплинути змінивши спосіб мислення, створивши своєрідний захисний

щит із оздоровчих стратегій, набувши досвіду зміцнення ментального здоров'я маючи різноманітний доступний інструментарій. Сформованість саногенного мислення особистості сприяє укріпленню всіх сфер її життя, забезпечує переборність труднощів, які постають перед нею.

СИГНАЛ ПОВІТРЯНОЇ ТРИВОГИ ЯК ФАКТОР ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ: ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ

Л. М. Комарніцька,

кандидат філологічних наук

*Навчально-реабілітаційний заклад вищої освіти
«Кам'янець-Подільський державний інститут»*

У сучасних умовах війни, терористичних загроз та надзвичайних ситуацій питання впливу сигналів тривоги на психіку та фізіологічний стан людини набуває особливої актуальності. Звукові або візуальні попереджувальні сигнали виконують життєво необхідну функцію – вони рятують життя, спонукаючи до негайної реакції. Водночас сигнали тривоги можуть стати потужним стресогенним чинником. Багаторазове повторення сигналу тривоги, особливо у нічний час, негативно позначається на емоційній стабільності, когнітивних процесах та соматичному здоров'ї.

Дослідження цього феномену є важливим не лише для психології стресу, а й для практичної діяльності у сфері безпеки, охорони здоров'я та соціальної підтримки населення.

Поняття «стрес» було введено Г. Сельє, який визначав його як неспецифічну реакцію організму на будь-який пред'явлений вимогами подразник. Стрес може бути як позитивним (еустрес), що мобілізує сили, так і негативним (дистрес), що призводить до виснаження (Овчаренко О. Ю., 2023).

У межах когнітивної концепції американського психолога Р. Лазаруса стрес розглядається як результат оцінки ситуації людиною та її ресурсів для подолання труднощів. Отже, один і той самий сигнал тривоги для різних людей може мати різний ступінь стресогенності (Романець З.О., 2015). Сучасні підходи наголошують на біопсихосоціальній природі стресу: він поєднує фізіологічні реакції організму, індивідуальні психологічні особливості та соціальний контекст.

Звуковий сигнал тривоги має різкі характеристики: високу гучність, повторюваність та інтенсивність. Це робить його одним із найсильніших подразників для сенсорної системи людини.

Фізіологічно реакція на сигнал тривоги активує симпатичний відділ нервової системи:

- прискорюється серцебиття;
- підвищується артеріальний тиск;

- зростає рівень кортизолу та адреналіну;
- активізується система «бий або тікай» (Кушаков П. К., 2025).

Короткочасні сигнали повітряної тривоги мобілізують організм для захисту. Однак тривале або часте повторення сигналу може призводити до перевантаження нервової системи, порушень сну та формування хронічної тривожності.

З психологічної точки зору сигнал повітряної тривоги є умовним подразником, що асоціюється з небезпекою. Він викликає низку реакцій:

- емоційні: страх, паніка, безпорадність, дратівливість;
- когнітивні: труднощі концентрації уваги, звуження поля свідомості, уповільнення прийняття рішень;
- поведінкові: імпульсивні дії, уникнення певних місць, формування ритуалів безпеки (Живанова В. А., 2010).

Особливо вразливими є діти, підлітки та люди з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Для них навіть короткий сигнал повітряної тривоги може стати тригером сильних емоційних переживань.

Сигнал тривоги діє не лише на індивідуальному рівні, а й на рівні соціальних груп. Він впливає на сімейні відносини (посилення напруги, конфлікти через втому від нічних евакуацій); громадське життя (порушення роботи навчальних закладів, транспорту, сфери послуг); колективні переживання (формування «спільної тривожності» у громадах, що знижує соціальну згуртованість).

Дослідження показують, що часті сигнали тривоги можуть стати фактором зростання соціальної апатії, депресивних настроїв та емоційного вигорання в суспільстві.

На базі НРЗВО «Кам'янець-Подільський державний інститут» у 2025 році проводилося дослідження. Було залучено 60 учасників віком 18-60 років (30 чоловіків і 30 жінок), які дали письмову згоду на участь.

Експеримент проходив у спеціально обладнаній психологічній лабораторії, де створювалися умови, максимально наближені до реальної ситуації сигналу повітряної тривоги (звуковий сигнал тривоги тривалістю 30 секунд у контрольованому середовищі).

Мета дослідження полягала у вивченні психологічного впливу сигналів тривоги на рівень стресу та емоційну стабільність людини. Було застосовано комплексний підхід:

1. Вимір фізіологічних показників: пульс, артеріальний тиск, частота дихання до та під час звучання сигналу.
2. Анкетування та опитування, зокрема шкала тривожності Спілбергера (STAI) та анкетування емоційних реакцій (страх, паніка, дратівливість).
3. Тренінг з технік саморегуляції: глибоке дихання, м'язова релаксація.

Результати дослідження показали, що у сфері емоційних реакцій 70% учасників відчували страх, 45% – паніку, 30% – дратівливість. Люди старше 45 років більш схильні до панічних реакцій, молодь – до емоційного збудження. Що

стосується фізіологічних показників, то пульс підвищувався на 15-25 ударів за хвилину; артеріальний тиск зростав у середньому на 10-15 мм рт. ст. Після застосування технік глибокого дихання та релаксації спостерігалось зниження пульсу та рівня тривожності у 80% учасників.

Таким чином, дане дослідження підтверджує, що сигнал повітряної тривоги є потужним стресогенним чинником, що активує фізіологічні та психологічні реакції. Застосування простих технік саморегуляції дозволяє значно знизити негативний вплив сигналу на організм. Результати підкреслюють необхідність інформування населення про способи подолання стресу та впровадження психологічної підтримки у разі частих сигналів повітряної тривоги.

З метою подолання стресу, викликаного сигналами тривоги, варто застосовувати: психологічні техніки саморегуляції, зокрема дихальні вправи, м'язову релаксацію, когнітивне перепрограмування; розвивати резильєнтність, тобто внутрішню стійкість до стресових подій; здійснювати соціальну підтримку; застосовувати організаційні заходи, що передбачають створення укриттів із мінімальним комфортом, адаптацію навчального процесу до умов частих повітряних тривог.

Як висновок, варто наголосити, що сигнал повітряної тривоги виконує життєво необхідну функцію попередження про небезпеку, водночас він є значним чинником стресу. Його вплив проявляється на фізіологічному, психологічному та соціальному рівнях. Часте або тривале звучання сигналів може призводити до хронічної тривожності, порушень сну, підвищеної вразливості до стресу та зниження соціальної активності.

Власне дослідження підтвердило: сигнал повітряної тривоги провокує чіткі фізіологічні та емоційні зміни, проте ефективні техніки саморегуляції здатні зменшити негативний вплив. Результати підкреслюють важливість міждисциплінарного підходу у дослідженні стресогенних факторів та розробки програм психологічної підтримки населення.

КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ – ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК ВПЛИВУ НА ПРОФЕСІЙНУ СТІЙКІСТЬ І БЛАГОПОЛУЧЧЯ ВИКЛАДАЧА

О. М. Корніяка,

*доктор психологічних наук, професор,
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Нинішня невизначеність та суперечливість соціального середовища, його інформаційна агресивність та комунікативна емоційність, зумовлені воєнним станом, провокують багато ризиків і стресових ситуацій у повсякденному житті та професійній діяльності фахівця. В умовах тотальних змін помітно ослабла здатність фахівця до подолання комунікативних проблем і вирішення

конфліктних ситуацій у процесі взаємодії. На фоні очевидного нехтування специфіки «мови» професії виразною стала схильність фахівця до неадекватних оцінок і ставлення у сфері взаємин з колегами, керівництвом та клієнтами, що виявляється у втраті емпатійності, в негативних проявах – обурення, гнів, роздратованість тощо.

Все це негативно позначається на психофізіологічному стані фахівця, значно ускладнює процес його професійного спілкування, підвищує емоційне напруження, заважає прояву здатності адекватно оцінювати та контролювати ділові комунікації, а відтак, перешкоджає ефективній взаємодії у просторі професії та соціальному середовищі загалом. В цих умовах вельми **актуальним** стає пошук дієвих чинників ефективного протистояння проблемним та стресогенним обставинам.

Виклад основного матеріалу дослідження. У зв'язку з назрілою потребою поліпшення стану професійно-комунікативної взаємодії, що є однією з ключових умов ефективної професійної діяльності фахівця-соціонома, і у вітчизняній, і у зарубіжній психології здійснюються досить інтенсивні дослідження комунікативних детермінант стабілізації психоемоційного стану особистості у процесі професійного спілкування, а відтак, підвищення якості її життєдіяльності.

В контексті окресленої проблеми зарубіжні дослідники зосереджуються здебільшого на питаннях лідерської/організаційної комунікації та її впливу на стрес і професійне вигорання; соціальної підтримки на робочому місці, що підвищує задоволеність роботою і знижує емоційне виснаження; безпеки висловлювань та культури «відкритої комунікації/мовлення» з метою підвищення психологічного благополуччя і зниження ризику вигорання.

Зауважимо також, що лєвова частка їх робіт присвячена зв'язку комунікації і професійного вигорання у такої категорії працівників, як медперсонал, а також ролі невербальної комунікації у професійному стресі – особливо в медсестринстві та догляді. Зокрема, ці питання розглядаються у роботах М.С. Meyers, В.Г. Adams, Л. Sekaja, С. Buzea, М. Gotea, А-М. Cazan & D. Stefenel (2019); В. Pauksztat & М.Р. Grech (2022); J. Zhang, Q. Mei, S. Liu (2023) й ін.

У свою чергу, вітчизняні дослідники у питанні ефективної комунікації у просторі професії так само роблять акцент на ролі комунікативного чинника професійної діяльності у сфері охорони здоров'я: роботи Н.В. Гончаренко (2019), Т.В. Гриценко (2019), П.Є. Мазур & О.В. Батюх (2023), Т.М. Дзюби (2024), Л.В. П'янківської (2018), Н.В. Сидоренко (2020), О.С. Чабана (2021) й ін. При цьому комунікативну компетентність дослідники розглядають як показник професійного іміджу медиків. Наголошується, що розвиток комунікативних навичок, вдосконалення комунікації знижує конфліктність у медичному середовищі, покращує психологічний стан і професійне здоров'я.

У свою чергу, Н.М. Мирончук (2016) зосереджується на педагогічних та психологічних чинниках професійного здоров'я викладача вищої школи, підкреслюючи істотну роль комунікації та самоорганізації в його збереженні.

Інтерес дослідників до названої проблематики зумовлюється і ситуацією невизначеності внаслідок воєнного стану. Так, І.С. Клименко (2025) здійснив фундаментальне емпіричне дослідження медико-психологічного забезпечення представників різних професій, що зазнали психоемоційного ураження внаслідок воєнних дій, з метою підвищення якості їх життєдіяльності. Запропонована ним програма заходів передбачає комплексний підхід до реабілітації постраждалих, що поєднує медичну та психологічну допомогу, відновлення соціальних зв'язків та налагодження *організаційної комунікації* для сприяння соціальній інтеграції і наступного залучення у професійну діяльність.

Огляд наукових джерел показав, що до основних комунікативних чинників забезпечення психологічного, емоційного та соціально-професійного благополуччя фахівця дослідники зазвичай відносять такі особистісно-комунікативні характеристики: комунікативну компетентність, емпатію, толерантність, культуру спілкування (повага до співрозмовника, тактовність, ввічливість, нормативність мовлення тощо), етичність взаємин, здатність активно слухати, вміння висловлювати думки, здатність до налагодження адекватного зворотного зв'язку із співрозмовником та ін. Ці характеристики є умовою успішної взаємодії в професійному середовищі, що позитивно позначається і на здоров'ї фахівця. Тобто вони виступають *особистісними* комунікативними чинниками детермінації його психологічного благополуччя.

Реалізація у процесі професійної діяльності цілісного комплексу названих комунікативних характеристик сприяє, крім забезпечення психоемоційного благополуччя, ще й формуванню сприятливого для професійної діяльності фахівця *комунікативного середовища*. Відмітними рисами такого середовища є: атмосфера довіри у колективі, міжособистісна підтримка, відчуття взаємоповаги і взаєморозуміння, інформаційна коректність та конфіденційність, переважання демократичного стилю спілкування керівника і колег над авторитарним, вияв у діяльності ініціативності та креативності тощо. Ці особливості організації комунікативного простору являють собою *середовищні* комунікативні чинники детермінації професійного благополуччя та ментального здоров'я фахівця. Та і саме комунікативне середовище справляє вплив на розвиток тих чи тих особистісних характеристик спілкування.

При цьому позитивний ефект досягається через гармонійне поєднання сформованих комунікативних характеристик фахівця з конструктивною організацією комунікативного середовища у професійній діяльності. Як свідчать результати досліджень, їхній збалансований прояв запобігає емоційному виснаженню, сприяє уникненню конфліктів, зменшує професійне вигорання і підвищує мотивацію до роботи членів колективу.

Тим часом професія викладача, що належить до комунікативного типу професій, характеризується підвищеним ризиком для його професійного здоров'я через її інтелектуальне та емоційне напруження, а також через стресові умови реалізації різних напрямків діяльності: дидактичного, методичного, комунікативного, фасилітативного, технологічного тощо. Тому комунікативна компетентність, яка передбачає досконале володіння фахівцем вербальними та

невербальними засобами спілкування, є тут одним з ключових ресурсів успішності професійної діяльності викладача. Та вона виступає не тільки інструментом збереження його професійного благополуччя, а й запобігає негативним психоемоційним проявам у педагогічній взаємодії.

Принагідно зауважимо, що благополуччя у професійному контексті фахівців різних сфер діяльності вже було предметом уваги вітчизняних науковців (О. Войтенко, Б.Є. Пахоль, Т.М. Титаренко (2018); Н.В. Волинець, 2019 й ін.). У дослідженнях останніх років науковці розглядають благополуччя як «результат переживання людиною успіхів чи досягнень у професійній сфері» (О. Бондарчук, Н. Пінчук, 2023); «показник позитивного функціонування особистості у професійній сфері» (О.В. Милославська, О.В. Гуляєва, К. Полтавська, 2024). Тобто дослідники пов'язують благополуччя з таким психологічним станом працівника, який дає змогу досягати ефективності у діяльності і водночас зберігати психологічне здоров'я. Це зближує (за змістом) поняття «благополуччя у професії» з поняттям «професійна життєстійкість».

А в умовах формування нових адаптивних стратегій комунікативної поведінки у складних професійних (проблемних, кризових, стресових, фрустраційних, конфліктних та ін.) ситуаціях сьогодення саме професійна життєстійкість фахівця виступає механізмом прийняття актуальних викликів, активного включення у діяльність і контролю та саморегулювання у процесі професійного спілкування. Вона є ефективним внутрішнім ресурсом фахівця у подоланні стресу і збереженні ефективності діяльності попри проблемність ситуації (С. Мадді, 2005).

Сказане обумовило доцільність проведення нами психологічного дослідження взаємозв'язку між комунікативною компетентністю викладача і його професійною життєстійкістю у зв'язку з потребою визначення ефективних чинників забезпечення (у потенції) благополуччя у здійснюваній ним діяльності. Дослідження (шляхом регресійного аналізу) дало змогу встановити, що професійна життєстійкість викладача істотною мірою детермінується показником «комунікативна компетентність у сфері ділового спілкування» – її ключовими критеріями: когнітивним, мотиваційним, інструментальним. Найбільшою мірою інформативними та прогностичними щодо впливу на загальний рівень розвитку професійної життєстійкості викладача є такі комунікативно-мовленнєві чинники: рефлексія ділових комунікацій (когнітивний критерій); актуалізація індивідуально своєрідної системи комунікативних (і мовленнєвих) вмінь та креативність у сфері ділового спілкування (інструментальний критерій).

Відомо, що креативність, а також творче, чи стратегічне, мислення відносяться науковцями до категорії провідних когнітивних ресурсів подолання проблем і опанування стресових ситуацій. Потужною спонукою до розвитку професійної стійкості виступає і мотиваційний критерій комунікативної компетентності, який об'єднує мотив самовдосконалення у сфері ділового спілкування, мотив подолання комунікативних труднощів й інтерес до сфери ділового спілкування.

Крім того, найбільш значущими психологічними детермінантами впливу на рівень розвитку *емоційного, мотиваційного, соціального та професійного* компонентів життєстійкості викладача є такі комунікативно-мовленнєві чинники: «вміння слухати», «мотиваційний критерій комунікативної компетентності у сфері ділового спілкування», «вміння викладати думки» та «мотив самовдосконалення у сфері ділового спілкування» (див. детальніше: О. Корніяка, 2024). Всі ці складові компетентності справляють істотний вплив на вияв і розвиток стійкості в педагогічній взаємодії. Їхня сформованість у фахівця веде до подальших доцільних змін у складних умовах фахового середовища й опосередковано – до забезпечення професійного благополуччя фахівця.

Звісно, що адекватна відповідь на несподівані виклики та емоціогенні впливи соціально зумовленого професійного середовища і досягнення психофізіологічної адаптації та ефективності в діяльності пов'язані з пошуком дієвих шляхів комунікативного розвитку фахівця.

Так, у профілактиці деструктивних станів та психоемоційних розладів, спровокованих стресом у процесі ділового спілкування, значну роль відіграє цілеспрямована комунікація. Основними її інструментами є: інформування, раннє попередження, інструкції для рецидиву, індивідуальне консультування, соціальна допомога тощо. Серед напрямків «комунікативних інтервенцій», тобто впровадження програм навчання комунікації, найважливішими виступають: психодіагностика поточного стану фахівця, психологічне консультування, комунікативні тренінги, навчання навичок самоконтролю, допомога у налагодженні/відновленні соціальних зв'язків, розвиток самоцінності та емпатії, зміцнення психостійкості та стресостійкості, психокорекція невербальної комунікації, виховання культури мовлення, психосоціальна підтримка і, зрештою, навчання фахівця рефлексивному ставленню до свого професійного здоров'я. Більшість з цих інструментів ще потребує свого поглибленого дослідження і послідовного впровадження у фахове середовище.

Висновки. Створення умов для стабілізації психоемоційного стану і забезпечення професійного благополуччя фахівця пов'язане з гармонійним виявом і функціонуванням комунікативно спрямованих особистісних та середовищних чинників професійного спілкування. Ключову позицію серед цих чинників займає комунікативна компетентність суб'єкта спілкування. Вона є важливим чинником впливу на розвиток професійної життєстійкості, потенційно сприяючи досягненню благополуччя у сфері ділового спілкування, а відтак, істотно опосередковує збереження професійного здоров'я викладача.

ОСВІТНІ ПОТРЕБИ СТУДЕНТІВ У ПРОМОЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГОТОВНОСТІ ПРОТИДІЯТИ ЕКОЛОГІЧНИМ ТА ЕПІДЕМІЧНИМ ЗАГРОЗАМ ЗДОРОВ'Ю ЛЮДИНИ

О. В. Креденцер,

доктор психологічних наук, професор,

Т. О. Ларіна,

кандидат психологічних наук, професор,

старший науковий співробітник,

Т. В. Кулаєва,

PhD Психології, старший науковий співробітник,

А. І. Савченко,

молодший науковий співробітник

Інститут соціальної та політичної психології НАПН України

Вступ. Сучасні реалії українського суспільства позначені одночасним впливом воєнних, екологічних, епідемічних і техногенних загроз, і така ситуація створює надзвичайно напружене середовище для розвитку молодшої людини. У цих умовах формування психологічної готовності до дій у надзвичайних ситуаціях стає не лише професійною потребою, а й ключовим чинником збереження психічного здоров'я, адаптаційного потенціалу та життєстійкості молоді. Психологічна готовність є комплексним інтегративним утворенням, що поєднує когнітивні, емоційно-регуляторні, мотиваційні та поведінкові компоненти (Карамушка, Креденцер, Терещенко та ін., 2024).

Соціальна значущість дослідження полягає у визначенні реальних потреб молоді щодо підвищення власної готовності протидіяти загрозам, що дозволяє удосконалити стратегії психологічної просвіти, розробити ефективні освітні програми та тренінги з формування стресостійкості, проактивності, резильєнтності й відповідальної поведінки в умовах криз.

Метою дослідження є виявлення освітніх потреб студентської молоді у промоції психологічної готовності до протидії екологічним та епідемічним загрозам здоров'ю людини в умовах війни.

Методи дослідження. Дослідження проводилося у травні-вересні 2025 року за допомогою онлайн-опитування з використанням Google Forms. Було використано змішаний дизайн методів збору даних, тобто якісні та кількісні дані збиралися одночасно за допомогою авторського комплексу методик «Дослідження психологічної готовності студентів до протидії екологічним та епідемічним загрозам здоров'ю людини». Комплекс методик складався з трьох блоків: перший – стандартизовані шкали для вимірювання компонентів психологічної готовності; другий – авторська анкета, яка містить низку відкритих та закритих запитань щодо особливостей психологічної готовності студентів до протидії екологічним та епідемічним загрозам здоров'ю людини. Третій блок – «анкета-паспортичка» (вік, стать, факультет, самооцінка здоров'я тощо). Загальна вибірка дослідження становила 459 осіб, студенти різних спеціальностей закладів вищої освіти України. Вік опитаних: від 16 до 58 років.

Для вирішення емпіричних завдань дослідження нами були проаналізовані запитання другого блоку розробленого комплексу. А саме: «Чи отримували ви в освітньому закладі знання або навички щодо дій у надзвичайних ситуаціях?»; «Яких знань або практичних навичок вам бракує в контексті екологічних або епідемічних загроз?»; «Що, на вашу думку, має робити заклад освіти для підвищення готовності до таких загроз?».

У дослідженні застосовано метод контент-аналізу, методи математичної статистики й аналізу даних із застосуванням програми Jamovi (версія 2.3.28.0): описові статистики, критерій хі-квадрат Пірсона для таблиць спряженості.

Результати дослідження. Проаналізувавши відповіді респондентів щодо їхньої готовності протидіяти екологічним та епідемічним загрозам, ми відзначили такі результати: переважна кількість респондентів (42,7%) вже отримала в навчальному закладі знання або навички щодо дій у надзвичайних ситуаціях, ще 46,8% респондентів вважають, що отримали знання та навички частково. Це може означати, що освітні програми часто фокусуються на передаванні інформації, але меншою мірою – на розвитку уміння діяти в реальних умовах. Проте майже десята частина студентів (9,8%) ще не отримувала назагал в освітньому закладі знань та навичок дій у надзвичайних ситуаціях. Отже, відсутність базових знань може підвищувати рівень тривожності, невизначеності та знижувати впевненість особистості у власних силах у разі виникнення кризової ситуації. Такі студенти можуть демонструвати неефективні або хаотичні форми поведінки під впливом стресу.

Для розуміння *потреб студентів у знаннях або практичних навичках* в контексті екологічних або епідемічних загроз нами були проаналізовані відповіді на відкрите запитання анкети «Яких знань або практичних навичок вам бракує в контексті екологічних або епідемічних загроз?». Більша частина респондентів 54,68% дала розлогу та змістовну відповідь на це запитання, 21,13% обмежилися відносно короткою відповіддю в 1-3 слова, і лише 24,18% не відповіли назагал.

Надалі 345 змістовних відповідей респондентів щодо браку знань та практичних навичок у контексті екологічних та епідемічних загроз набули подальшої обробки за допомогою контент-аналізу.

Отримані результати засвідчили, що найбільше студентів відзначали нестачу *операційної (практичної) підготовки* (88 відповідей). Найчастіше студенти наголошували на потребі у чітких алгоритмах дій, інструкціях і практичних тренуваннях, які допомогли б діяти ефективно у разі надзвичайних ситуацій.

Велика частина респондентів висловила потребу у *базових медичних уміннях* (79 відповідей), зокрема з надання першої допомоги, профілактики інфекцій, збереження здоров'я в екстремальних умовах.

Достатньо часто зустрічаються відповіді, що стосуються «інформаційної підготовки» (65 відповідей). Респонденти часто вказували на брак достовірної, систематизованої інформації про дії у кризових ситуаціях, офіційні джерела та ефективні канали комунікації.

Частина студентів (60 осіб) наголосила на потребі у знаннях та вміннях, пов'язаних із **екологією**, їх впливом на здоров'я та способами реагування на екологічні катастрофи.

Найменше студентів вказали на брак психологічних знань та умінь, пов'язаних із подоланням тривоги, управлінням стресом і розвитком емоційної стійкості (30 відповідей).

Для оцінки орієнтації студентів на *форми та методи навчання* для підвищення готовності до екологічних або епідемічних загроз ми проаналізували відповіді на запитання: «Що, на вашу думку, має робити заклад освіти для підвищення готовності до таких загроз? (оберіть до 3-х найважливіших)». Частотний розподіл відповідей респондентів показує, що переважно студенти орієнтовані на такі навчальні заходи щодо підвищення готовності до протидії екологічним та епідемічним загрозам, як: «Проводити тренінги, практикуми» (68,6%), «Запрошувати для проведення спеціальних занять відповідних фахівців» (67,5%), «Організовувати спеціальні навчальні курси» (50%). Менш затребуваними виявилися такі форми навчання, як: «Проводити лекції» (46%), «Організовувати обмін досвідом» (33%) та «Здійснювати індивідуальні консультації» (18%).

За допомогою крос-табуляційного аналізу (χ^2 Пірсона) ми дослідили зв'язок між соціально-демографічними й освітніми чинниками та орієнтацією студентів щодо форм та методів навчання для підвищення готовності до екологічних та епідемічних загроз. Значущими виявилися відмінності за *статтю, віком та сімейним станом* студентів. Отже, жінки та представники іншого гендеру більш орієнтовані на такі заходи отримання знань щодо готовності до екологічних та епідемічних загроз, як «організовувати обмін досвідом» ($\chi^2=13,4$; $p<0,001$), а чоловіки – «проводити тренінги, практикуми» ($\chi^2=9,05$; $p=0,011$). Студенти старших курсів, вікової категорії 22 років та більше, орієнтовані на таку форму навчання, як «організовувати обмін досвідом» ($\chi^2=6,65$; $p=0,036$), порівняно зі студентами початкових курсів (від 16 до 21 років), які не мають сформованих уподобань. Студенти, які перебувають у сімейних стосунках, орієнтовані на таку форму отримання знань як: «проводити тренінги, практикуми» ($\chi^2=6,72$; $p=0,036$), порівняно зі студентами, що не мають партнера(ки) або перебувають у шлюбі та не мають чітких освітніх запитів.

Також було визначено статистично значущі відмінності між орієнтацією студентів на певні форми та методи навчання та їхніми освітніми характеристиками. Отже, за *формою здобуття освіти*, студенти денної (очної) та дуальної форми навчання порівняно зі студентами дистанційної та заочної форми навчання мають різні уподобання щодо заходів отримання знань задля підвищення готовності до екологічних та епідемічних загроз. Студенти денної (очної) та дуальної форми навчання більш орієнтовані на такі освітні заходи, як «залучення до навчання експертів, відповідних фахівців» ($\chi^2=9,99$; $p<0,019$), а студенти дистанційної та заочної форми навчання надають перевагу – «організовувати обмін досвідом» ($\chi^2=9,43$; $p=0,024$).

Висновки. Психологічна готовність студентської молоді до протидії екологічним та епідемічним загрозам здоров'ю людини формується під впливом взаємодії зовнішніх і внутрішніх чинників. До зовнішніх належать особливості освітнього процесу, доступність інформації, якість комунікації між викладачами й студентами, можливість участі у практичних навчаннях. Внутрішні чинники охоплюють рівень тривожності, самооцінку, мотивацію до дії, самоефективність та досвід подолання стресу. Підвищення психологічної готовності можливе за умови інтеграції навчальних програм безпеки з курсами психологічної підтримки та формування культури емоційної саморегуляції.

Перспективи подальших досліджень полягають у розробці комплексних програм психологічної промоції готовності студентської молоді, які поєднуюватимуть когнітивне навчання, розвиток навичок самодопомоги та соціальної взаємопідтримки. Такі програми повинні сприяти формуванню зрілої, проактивної та стресостійкої особистості, здатної ефективно діяти в умовах війни та післявоєнного відновлення України.

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ОСОБИСТОСТІ ДИТИНИ З ФУНКЦІЙНИМИ ПСИХІЧНИМИ ОБМЕЖЕННЯМИ В КОНТЕКСТІ БІОПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ КОНЦЕПЦІЇ ЗДОРОВ'Я

*М. О. Кудрявченко,
аспірантка,*

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

Вступ. У спеціальній психології та корекційній педагогіці однією з найбільш важливих та актуальних проблем є проблема вивчення особливостей розвитку вищих психічних функцій у період дитинства. В останні роки помітно збільшилася кількість дітей із затримкою психічного розвитку, а отже із функційними психічними обмеженнями в наслідок функційних порушення нервової системи. Якщо органічні розлади впливають на здоров'я дитини з перших днів життя та частіше виявляються медиками, то функційні не обов'язково супроводжуються структурними порушеннями і тому складніші у діагностиці. Ці розлади можуть протікати деякий час безсимптомно, і діти, не отримуючи своєчасної допомоги, набувають вторинні відхилення в психічному та мовному розвитку, а отже - обмеження розвитку.

Поняття «обмеження» розглядається з різних точок зору і відповідно по-різному трактується в різних професійних сферах, які мають відношення до людини з порушенням розвитку: в медицині, соціології, сфері соціального права, педагогіці, психології. Дефект розвитку, створює певні функційні обмеження, викликаючи випадіння окремих функцій, що призводить до істотної перебудову психічного розвитку на нових підставах, порушуючи тим самим нормальну течію процесу включення особистості в соціо-культуру взаємодію. Адже атиповий розвиток, обумовлений дефектом, значно ускладнює асиміляцію в

культуральний простір. Відставання розвитку дитини від вікової норми спостерігається здебільшого на ранніх етапах формування психічної діяльності. Порушення, що виникли в дитинстві, не зникають безслідно, а можуть посилюватися з часом без належної допомоги.

Етіологія патології розвитку психічних функцій у дітей багатofакторна: з одного боку, важливу роль можуть відігравати різноманітні біологічні причини (інтоксикації, інфекції, травми та ін.), які призводять до порушення темпу розвитку мозкових механізмів, з іншого – несприятливі соціальні фактори, які включають сімейне виховання та наслідки патологізуючого сімейного наслідування, нестійкість стилю виховання, завищені очікування з боку батьків, менталітет субкультури, в якій виховується дитина, соціальні умови проживання та навчання, обставини непереборної сили (епідемії, війна, міграція, біженство) та ін. *Отже, дитину із функційними психічними обмеженнями, ми визначаємо як таку, що має порушення темпу психічного розвитку в наступному спектрі психічних функцій: когнітивна (пізнавальні процеси), релятивна (суб'єкт-об'єктні відносини та комунікація) і/або регулятивна (забезпечує регулювання всіх видів діяльності (ігрової, навчальної, трудової, а також усіх форм її поведінки) відстають у своєму розвитку від прийнятих психологічних норм для даного віку без органічної природи ураження мозку, а з мінімальними мозковими дисфункціями.*

Мета дослідження: теоретичний огляд змісту і структури реабілітаційного потенціалу особистості дитини з функційними психічними обмеженнями в контексті біопсихосоціальної концепції здоров'я та визначити методологічні орієнтири розвитку в освітньо-реабілітаційному процесі.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати психолого-педагогічні підходи до розуміння феномену функційних психічних обмежень у дітей.
2. Розкрити сутність біопсихосоціальної концепції здоров'я як методологічного підґрунтя сучасної реабілітаційної психології.
3. Охарактеризувати структуру реабілітаційного потенціалу особистості дитини з функційними психічними обмеженнями.

Методи дослідження. Теоретичні: аналіз і систематизація наукових джерел із проблеми функційних психічних обмежень; порівняльний аналіз міжнародних класифікацій (МКБ-11, DSM-5-TR); узагальнення теоретико-методологічних підходів (Б.Г. Ананьєв, Г.С. Костюк, Л.С. Виготський, С.Д.Максименко, Л.І. Божович). *Методологічні:* біопсихосоціальний, системний, діяльнісний, особистісно орієнтований підходи.

Теоретико-методологічною основою дослідження стали положення про системний підхід до вивчення закономірностей психічного розвитку (Б.Г. Ананьєв, Г.С. Костюк, О.М. Леонтьєв, Б.Ф. Ломов, С.Д. Максименко, О.П. Хохліна); принципи побудови та реалізації експериментально-генетичного методу (С.Д. Максименко); науково-психологічні уявлення про детермінацію розвитку психіки (Л.С. Виготський, Д.Б. Ельконін, Г.С. Костюк, О.М. Леонтьєв, С.Л. Рубінштейн); принцип становлення та розвитку особистості у процесі

навчання та виховання (Піроженко Т.О., Михальська С.А. (2020), Цимбаленко О.О. (2021), Склянська О.В. (2019), Максимов М.В. (2021), Л.І. Божович, М.Й. Боришевський, В.В. Давидов, Г.С. Костюк, П.Р. Чамата); положення про сутність та закономірності розвитку особистості в ранньому віці (Сулеєва М.М., Намазбаєва Ж.І., М.І. Алексєєва, Л.І. Божович, І.С. Кон, І.В. Дубровіна, А.К. Маркова).

У межах біопсихосоціальної моделі розвиток дитини з функційними психічними обмеженнями розглядається як процес формування потенціалу всупереч наявним функційним обмеженням. Це поняття є ключовим у міжнародних класифікаціях — МКБ-11 (ICD-11) та DSM-5-TR. Згідно з МКБ-11 (World Health Organization, 2022), функційні обмеження (functional limitations) — це будь-яке зниження здатності виконувати дії або види діяльності, типові для віку та соціальної ролі людини, зумовлене порушеннями функцій організму, психічного стану чи поведінкових процесів.

МКБ підкреслює, що обмеження функцій не рівнозначні хворобі: вони можуть бути компенсовані за рахунок адаптивного середовища, спеціальних стратегій навчання й підтримки.

У DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) поняття функційного обмеження використовується для опису ступеня порушення життєвих навичок, академічної успішності чи соціальної взаємодії, які виникають унаслідок психічного або нейророзвиткового розладу (наприклад, розлади спектра аутизму, ADHD, інтелектуальні порушення).

Важливим критерієм є не сам діагноз, а рівень функційного впливу на здатність дитини адаптуватися, навчатися і взаємодіяти з оточенням. Таким чином, обидві системи — МКБ і DSM — трактують функційні обмеження не як вирок, а як орієнтир для створення індивідуальної траєкторії розвитку.

Цей підхід узгоджується з біопсихосоціальною концепцією, що передбачає пошук не дефіцитів, а ресурсів розвитку у кожній дитині.

Реабілітаційний потенціал особистості включає когнітивні, емоційні, соціальні й мотиваційні ресурси, які можуть бути активовані через спеціальні освітні інклюзивні програми. У практиці інклюзивної освіти важливим орієнтиром виступає Індекс інклюзії (Index for Inclusion, Booth & Ainscow, 2011). Він пропонує рамкову систему оцінки трьох компонентів інклюзивності:

1. Культура інклюзії — формування цінностей прийняття, безпечності та довіри в колективі.
2. Політика інклюзії — рівність можливостей, доступність, співпраця з родиною.
3. Практика інклюзії — методи навчання, які враховують індивідуальні особливості, а не лише норми.

Індекс дає змогу освітнім закладам системно відстежувати динаміку індивідуальних досягнень і корегувати *освітню траєкторію кожної дитини*. Його застосування підтримує принципи біопсихосоціального підходу — взаємодію біологічних (стан здоров'я), психологічних (когнітивна, релятивна,

регулятивна) і соціальних (підтримка середовища, в тому числі створення інклюзивного простору) факторів розвитку.

Висновки.

1. Функційні психічні обмеження не є патологією у вузькому медичному сенсі, а відображають варіативність темпів розвитку психічних функцій у дітей із мінімальними дисфункціями мозку.
2. Біопсихосоціальна модель дозволяє цілісно оцінити стан дитини, враховуючи біологічні, психологічні та соціальні чинники, що визначають її адаптаційний потенціал.
3. Реабілітаційний потенціал дитини з функційними психічними обмеженнями формується через інтеграцію когнітивних, емоційних, мотиваційних і соціальних ресурсів.
4. МКБ-11 та DSM-5-TR створюють методологічне підґрунтя для оцінки рівня функційної участі дитини в освітньому процесі та соціумі.
5. Реалізація індивідуальної освітньо-реабілітаційної траєкторії на засадах інклюзивної освіти сприяє розвитку адаптивності, саморегуляції та формуванню позитивної Я-концепції дитини.
6. Психологічне здоров'я особистості дитини постає результатом активного подолання внутрішніх суперечностей, соціальної підтримки та розкриття власного потенціалу.

ВОКАЛОТЕРАПІЯ У РОБОТІ З КРИЗОВИМИ СТАНАМИ ЗОВНІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

В. П. Кутішенко,

кандидат психологічних наук, доцент,

Н. В. Кравченко,

магістрантка,

Київський столичний університет імені Бориса Грінченка

Постановка проблеми. В умовах повномасштабної збройної агресії проблема психологічної підтримки цивільного населення, зокрема зовнішньо переміщених осіб (ЗПО), набуває особливої гостроти. ЗПО переживають множинні психологічні травми, пов'язані з втратою дому, розлукою з близькими, невизначеністю щодо майбутнього. У контексті цих викликів актуальною постає потреба у розробленні та апробації ефективних методів психологічної допомоги, включаючи нестандартні арт-терапевтичні підходи, зокрема вокалотерапію.

Виклад основного матеріалу. Вокалотерапія – це напрямок арт-терапії, що використовує людський голос як інструмент терапевтичного впливу на психіку та фізіологію людини. На відміну від традиційної музикотерапії, вокалотерапія акцентує на активному звуковидобуванні клієнтом: співі, вокалізації, фонуванні звуків, дихальних вправах з голосом. Засновниця вокальної психотерапії Дайана

Остін розробила модель, що інтегрує вокальне вираження з глибинною психологією, розглядаючи голос як міст між внутрішнім світом людини та зовнішньою взаємодією. Голос працює на двох рівнях. З психологічної сторони, він є носієм емоцій та символіки. Люди, яким важко говорити про травму словами, часто можуть через спів здійснити перший крок до розкриття переживань. З фізіологічної сторони, спів активує діафрагмальне дихання, яке заспокійливо діє на нервову систему, знижує рівень кортизолу та підвищує вилучення ендорфінів та окситоцину. Груповий спів посилює почуття згуртованості та взаємної підтримки, тому його застосовують у реабілітації травмованих спільнот (Дайана Остін, 2021).

Розроблена нами вокалотерапевтична програма розглядається як цілеспрямована психологічна допомога зовнішньо переміщеним особам, що передбачає: 1) базову стабілізацію емоційних станів через діафрагмальне дихання й тонування; 2) безпечне емоційне опрацювання травми через вільну імпровізацію й вокальне оплакування; 3) закріплення навичок у груповій взаємодії.

Робота починається з діагностики стану особистості за допомогою діагностики голосу та дихання – такий «звуковий компас» дозволяє оцінити емоційний фон клієнта ще до початку вербальної взаємодії. Аналізуються характеристики голосу: низькі тони свідчать про відносний спокій і врівноваженість, високі – про страх і тривожне напруження; знижена гучність може сигналізувати про енергетичне виснаження. Паралельно оцінюється характер дихання: глибоке, ритмічне дихання асоціюється зі стабільністю, тоді як поверхневе, уривчасте – з тривогою і стресом. Такі невербальні індикатори підтверджуються клінічними даними: у депресивному стані голос зазвичай монотонний і тихий, а дихання неглибоке; натомість для тривожного стану типові прискорене поверхневе дихання та високий тремтливий голос. Після «звукової» діагностики терапевт обговорює свої спостереження з клієнтом, зіставляючи їх із його суб'єктивними відчуттями для встановлення довіри. Далі спільно вибудовується план втручання і добирається набір вокальних вправ, адаптованих до актуального стану клієнта.

Програма гнучка: різні техніки випробовуються і залишаються ті, що приносять клієнту помітне полегшення або бажану активацію. Арсенал методів включає тонінг (протяжне звучання голосних звуків), співоче дихання, вільну вокальну імпровізацію, спів пісень, що резонують із його переживаннями, поєднання голосу з рухом тощо. У процесі роботи створюється безоціночна, підтримуюча атмосфера: принцип «співай, як відчуваєш» заохочує щиру самовираженість і допомагає подолати вокальні блоки сорому.

Практичне застосування програми показало, що певні вокальні техніки особливо ефективні при різних симптомах кризових станів. При гострому страху та паніці першочергово здійснюється стабілізація через дихання і звук: уповільнене глибоке дихання та поступове озвучення (тихе гудіння) виводять клієнта зі ступору, знижують рівень збудження і відновлюють базове відчуття безпеки. Для зменшення тривоги застосовуються дихальні вправи і техніки

заземлення, що нормалізують роботу нервової системи, ритмічні рухи з одночасною вокалізацією для синхронізації роботи півкуль, а також емоційно експресивні вокалізації (гучні вигуки, «крикотерапія») для швидкого розрядження напруги. У роботі з горем та пережитою втратою ефективним є вокальне «оплакування»: клієнту пропонують виразити свій смуток голосом – постогнати, поплакати, проспівати мелодію чи пісню, пов'язану з втратою, що дає вихід пригніченим емоціям і приносить полегшення. Подолання дезадаптації відбувається шляхом поступового зміцнення внутрішніх ресурсів: вокальні практики повертають людині відчуття контролю та впевненості, а груповий спів відновлює переживання спільності й підтримки з боку оточення.

Протягом усього процесу дотримується принцип пріоритетності стабілізації: при загостренні симптомів під час сесії спочатку застосовуються методи швидкого заспокоєння – сповільнене дихання, тихе тонування, легку вокалізацію – щоб знизити гострий дистрес, і лише після повернення рівноваги переходить до глибинного опрацювання емоцій.

Апробація програми в індивідуальній та груповій роботі здійснювалася з 40-ка зовнішньо переміщеними особами та продемонструвала її ефективність. Так, після реалізації програми вокалотерапії спостерігалось статистично значиме покращення за всіма показниками: рівень тривоги знизився з 11,22 до 5,30 балу ($p < .001$); якість життя підвищилась з 59,3 до 69,2 балу ($p < .001$); сприйнятий стрес зменшився з 23,02 до 15,10 балу ($p < .001$); вірогідність суїцидальних спроб скоротилась з 2,90 до 2,13 балу ($p < .001$). На кореляційному рівні спостерігалось ослаблення зв'язків між деструктивними психологічними станами, що свідчить про позитивну стабілізацію психіки. Учасники програми відзначали зниження тривожності, покращення настрою та загального самопочуття, що підтверджує доцільність такого підходу і узгоджується з науковими даними про високу практичну значущість вокалотерапії для підвищення якості життя та успішної адаптації ЗПО. Отже, розроблена програма вокалотерапії, яка побудована з опорою на психофізіологічні та психодинамічні властивості голосу, є науково обґрунтованим і перспективним засобом психологічної підтримки ЗПО у кризових станах і сприяння їхній посткризовій адаптації.

Висновки. Вокалотерапія демонструє значний потенціал як компонент комплексної психологічної допомоги ЗПО. На відміну від традиційної психотерапії, вона дозволяє людям, яким важко говорити про травму, безпечно виразити емоції через спів та звук. Метод особливо ефективний на ранніх етапах посткризового втручання, коли вербальне вираження може виявитися занадто складним. Практичне значення роботи полягає у створенні структурованого протоколу вокалотерапевтичної допомоги та методичної розробки для фахівців психологічної служби. Результати можуть бути використані при створенні програм психологічного супроводу ЗПО в Україні й за кордоном. Перспективи подальших досліджень: розширена вибірка, контрольні групи, довше спостереження, порівняння з іншими методами, дослідження специфічних груп (діти, підлітки), адаптація до онлайн-форматів.

ФОРМУВАННЯ У ПАТРУЛЬНИХ ПОЛІЦЕЙСЬКИХ НАВИЧОК НАДАННЯ ППД У КОНТЕКСТІ ВИКЛИКІВ ВОЄННОГО ЧАСУ

В. П. Кутішенко,

кандидат психологічних наук, доцент,

М. С. Міхеєв,

магістрант,

Київський столичний університет імені Бориса Грінченка

Постановка проблеми. В умовах воєнного часу роль поліції значно розширюється, виходячи за межі суто забезпечення правопорядку. Патрульні поліцейські часто стають першими фахівцями, які прибувають на місце подій, спровокованих війною, таких як руйнування, дорожньо-транспортні пригоди військового характеру тощо. Їм доводиться взаємодіяти з людьми, які пережили травматичний досвід. Своєчасне і правильно надане первинне психологічне втручання може суттєво знизити рівень гострого стресу, запобігти розвитку важких психічних розладів у майбутньому та сприяти природному процесу відновлення. Отже, надання допомоги патрульними поліцейськими перетворюються на важливу складову системи психологічної підтримки населення. Людяність і професіоналізм поліцейських під час надання психологічної допомоги сприяють формуванню довіри громадян до правоохоронних органів, що є надзвичайно важливим для їхньої ефективної взаємодії, особливо в кризових обставинах.

Разом з тим патрульні самі постійно перебувають в екстремальних умовах, часто стикаючись із травмуючими ситуаціями, людським горем та агресією. Тому важливо у програмах формування у поліцейських навичок первинного психологічного втручання акцентувати увагу на принципах турботи про власне психічне здоров'я та підтримку колег. Поліцейські, які здобули такі навички, зможуть не лише підтримувати власну стресостійкість і психологічний добробут, але й ефективніше допомагати своїм колегам, зменшуючи ризики професійного вигорання та вторинної травматизації.

Виклад основного матеріалу. Надання першої психологічної допомоги (далі – ППД) є ключовим елементом роботи патрульних поліцейських під час взаємодії з потерпілими, свідками та людьми, які перебувають у стані стресу через надзвичайні події. Варто наголосити, що ППД, яку надає поліцейський, не є фаховим психологічним консультуванням чи терапією.

В Україні розроблено та впроваджено методичні рекомендації і протокол для представників поліції та інших працівників сектору безпеки щодо застосування ППД. Цей протокол є універсальним і спирається на принципи безпеки, дотримання гідності та прав людини. Алгоритм його дій, який включає етапи «Подивитися» (гарантування фізичної та емоційної безпеки потерпілого), «Послухати» (активне слухання без примусу до розмови, забезпечення можливості висловитися за бажанням людини) та «З'єднати» (надання практичної допомоги і встановлення контакту з необхідними ресурсами),

базується на рекомендаціях ВООЗ і Червоного Хреста і залишається незмінним (Всесвітня організація охорони здоров'я, 2011; Міжнародний медичний корпус в Україні, 2017).

Програма «Формування у патрульних поліцейських навичок надання ППД» розроблена згідно протоколу надання ППД та структурована відповідно до критеріїв оцінки готовності поліцейських до здійснення ППД, які виокремлені нами на основі здійснення теоретичного аналізу джерел з означеної проблеми та узагальнення результатів емпіричного дослідження основних труднощів з якими стикаються поліцейські при наданні ППД. До таких критеріїв належать: 1) когнітивний (розуміння завдань ППД, знання протоколу дій, усвідомлення психологічного стану постраждалих (шок, гостра реакція на стрес, тощо); 2) операційний (уміння встановити контакт та заспокоїти постраждалого, надати інформаційну підтримку, забезпечити безпеку, допомогти зорієнтуватися в ситуації, перенаправити до фахівців (психологів, медиків); 3) особистісний (прояв емпатії, стресостійкості, самоконтролю (здатність контролювати власні емоції та не піддаватися паніці), ввічливість та коректність у спілкуванні; 4) мотиваційний (наявність усвідомленої потреби та прагнення надавати психологічну допомогу як частину професійного обов'язку. Програма складається з чотирьох основних модулів, кожен з яких спрямований на розвиток навичок та знань поліцейських відповідно до визначених критеріїв: когнітивного, операційного, особистісного та мотиваційного.

Модуль 1. Теоретичні основи надання ППД

Мета: Забезпечити глибоке розуміння завдань ППД, протоколу дій та психологічних станів постраждалих.

Тема	зміст	Методи та форми роботи
Принципи та завдання ППД	Визначення ППД, відмінність від психотерапії. Основні принципи «Не нашкодь», «Слухай, З'єднуй, Захищай». Сфери застосування ППД у роботі поліції.	Лекція, мозковий штурм
Протокол дій	Покроковий алгоритм: «Подивитися» (оцінка безпеки, потреб), «Послухати» (підійти, представитися, вислухати), «З'єднати» (надання підтримки, інформації, зв'язок з ресурсами).	Міні-лекція, розбір кейсів
Психологічні стани постраждалих	Ознаки та прояви: шоку (ступору, гіперактивності), гострої реакції на стрес (паніка, агресія, істерика, плач), горе та втрата (початкові стадії). Особливості комунікації в цих станах.	Міні-лекція, відео-демонстрації

Модуль 2. Ключові навички взаємодії

Мета: Відпрацювання ключових навичок надання безпосередньої допомоги та перенаправлення.

Тема	зміст	Методи та форми роботи
Навички встановлення контакту та заспокоєння	Техніки активного слухання, використання відкритих запитань. Методи «заземлення» для постраждалих у стані гострого стресу/паніки (дихальні вправи, орієнтація на «тут і зараз»).	Тренінгові вправи, рольові ігри
Інформаційна підтримка та орієнтація	Надання чіткої, стислої та достовірної інформації про поточну ситуацію, подальші дії (куди йти, що робити). Допомога в орієнтації: час, місце, подія. Навички перевірки фактів та спростування чуток.	Вправи на комунікацію, симуляції
Забезпечення безпеки та перенаправлення	Оцінка фізичної безпеки постраждалого та оточення. Надання контактів та інструкцій для подальшого звернення до фахівців (психологи, медики, соціальні служби). Розуміння меж компетенції поліцейського в ППД.	Мозковий штурм, розробка пам'яток

Модуль 3. Емоційна компетентність та саморегуляція.

Мета: Розвиток емпатії, стресостійкості та самоконтролю для ефективної роботи.

Тема	зміст	Методи та форми роботи
Емпатія та невербальна комунікація	Визначення емпатії. Відпрацювання коректної мови тіла, тону голосу та міміки. Ввічливість та коректність у спілкуванні з різними категоріями постраждалих.	Аналіз відео, вправи «Я-повідомлення»
Самоконтроль та стресостійкість	Розпізнавання власних емоцій. Техніки швидкого самоконтролю (дихання, паузи, "стоп-кран") під час роботи в кризових ситуаціях. Здатність контролювати власні емоції та не піддаватися паніці.	Тренінгові вправи
Профілактика професійного вигорання	Коротка сесія про вторинну травматизацію та вигорання. Методи відновлення після складних змін: психогігієна поліцейського.	Міні-лекція, групова дискусія, практики ресурсності

Модуль 4. Професійна мотивація та узагальнення.

Мета: Усвідомлення важливості ППД як частини професійного обов'язку

Тема	зміст	Методи та форми роботи
ППД як професійний обов'язок поліцейського	Обговорення етичних та професійних аспектів надання допомоги. Зв'язок між ППД, довірою суспільства та ефективністю поліцейської служби. Наявність усвідомленої потреби та прагнення надавати допомогу	Етична дискусія, кейс-ситуації
Самоконтроль та стресостійкість	Обговорення практичних кроків для інтеграції навичок ППД у повсякденну роботу та взаємодію з іншими службами	Груповий проєкт
Узагальнення	Комплексна рольова гра, що охоплює всі чотири критерії: ситуація, що вимагає ППД, від оцінки до перенаправлення	Симуляція, оцінка за критеріями

Висновки. Розробка та впровадження чотиримодульної програми формування у патрульних поліцейських навичок надання ППД є стратегічним кроком у зміцненні психологічної стійкості як правоохоронців, так і суспільства. Ця програма спрямована на забезпечення глибокого розуміння поліцейськими ключових аспектів ППД, особливостей психологічних станів постраждалих, а також здобуття навичок допомоги в кризових ситуаціях. Особлива увага приділяється розвитку емпатії, стресостійкості та самоконтролю самих поліцейських, що є необхідними для ефективного виконання ними професійних обов'язків. Завдяки здобуттю компетентностей у сфері ППД патрульні поліцейські отримують ефективний інструмент для попередження травматизації та підтримки психічного здоров'я населення, що виступає критично важливим фактором забезпечення стабільності держави в умовах тривалої війни.

КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ ВІЙСЬКОВИХ І ЦИВІЛЬНИХ У КОНТЕКСТІ ВОЄННОГО СТРЕСУ: ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПСИХОЛОГІЇ ЗДОРОВ'Я

В. М. Лук'янчук,
аспірант,

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України,

Вступ. Повномасштабна війна проти України з 2022 року спричинила безпрецедентний рівень хронічного стресу, що охоплює як військових, так і цивільне населення. У контексті психології здоров'я стрес розглядається не лише як фактор ризику, але і як потенційний каталізатор адаптаційних процесів, що залежать від копінг-стратегій, які застосовує людина (Lazarus & Folkman, 1984; Hobfoll, 1989). Систематизація цих стратегій з урахуванням соціальної ролі, ресурсів та умов функціонування різних груп є критично важливою для розробки ефективних моделей психосоціальної підтримки.

Мета нашого дослідження здійснити теоретичний аналіз копінг-стратегій військових та цивільних осіб у контексті воєнного стресу, інтерпретуючи їх через концептуальну рамку психології здоров'я.

Завдання дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні копінг-стратегій військових і цивільних через призму психології здоров'я шляхом аналізу їх типології, впливу на психічне благополуччя та резилієнтність, інтерпретації через провідні психологічні моделі (транзакційну, ресурсну, модель подвійного процесу, модель посттравматичного зростання) та визначення перспектив подальших наукових досліджень в умовах воєнного стану.

Теоретичні засади дослідження ґрунтуються на положеннях психології здоров'я, у межах якої копінг розглядається як цілеспрямована когнітивно-поведінкова активність, направлена на підтримання психологічної адаптації, регуляцію емоцій та збереження фізіологічної

стабільності в умовах стресу (Lazarus & Folkman, 1984). У воєнному контексті копінг виконує функцію не лише адаптаційного механізму, але й психологічного механізму виживання, що забезпечує збереження базових життєвих функцій та соціальної включеності. Його характер визначається наявністю або дефіцитом ресурсів, соціальною роллю та ступенем суб'єктивного контролю над ситуацією (Hobfoll, 1989). Сучасні дослідження у сфері психології здоров'я (Карамушка Л.М., 2024; Własczyk M., 2025) підкреслюють, що продуктивні копінг-стратегії (пошук соціальної підтримки, когнітивна переоцінка та орієнтація на майбутнє) сприяють збереженню психологічного благополуччя. В той-же час як уникання та дезорганізовані форми поведінки підвищують ризик дистресу та вигорання. Таким чином, у воєнних умовах копінг постає як багатовимірний процес, що інтегрує індивідуальні, соціальні та культурні ресурси для підтримання стійкості та здоров'я.

У військовому середовищі копінг-поведінка ґрунтується на концепції психологічної готовності та бойової стійкості, що забезпечує здатність військовослужбовців ефективно діяти в умовах екстремального стресу. Домінуючими є проблемно-орієнтовані стратегії, самоконтроль, дисципліна, тактична регуляція та мобілізація внутрішніх ресурсів, що дозволяють зберігати функціональність навіть у ситуаціях високої небезпеки. Теоретичною основою виступають моделі: Combat and Operational Stress Control (COSC) та принципи PIES/BICEPS, що спрямовані на швидку стабілізацію психоемоційного стану та профілактику розвитку психотравматичних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу. Копінг у військових виконує функцію підтримання резилієнтності та моральної стійкості, що є ключовим чинником для ефективного виконання бойових завдань та збереження згуртованості підрозділу. Сучасні дослідження (Глушук І.О., 2024; Yang Qi, 2025) підтверджують, що саме проблемно-орієнтовані та колективні стратегії копіngu знижують ризик дезадаптації та сприяють формуванню довготривалої психологічної витривалості.

Копінг-стратегії цивільного населення в умовах війни розглядаються в межах психології здоров'я як адаптивні механізми, що спрямовані на збереження психосоціального функціонування в умовах невизначеності та загрози (Храбан Т.Є., 2024). Тут переважають емоційно-орієнтовані, соціально-підтримувальні та духовно-екзистенційні стратегії, що активуються у відповідь на втрату звичного способу життя, контрольованості середовища та доступу до структурованої підтримки. Теоретичною опорою виступають моделі соціальної підтримки, пошуку сенсу (Frankl, 2006), посттравматичного зростання, а також концепція ресурсно-орієнтованого копіngu (Hobfoll, 1989), що пояснює, як позитивна адаптація може виникати внаслідок подолання кризи. Сучасні дослідження (Гозак С.В., 2023; Карамушка Л.М., 2024; Журавльова Л., 2024) підтверджують, що саме духовні практики, соціальна згуртованість та емоційна підтримка є

ключовими чинниками збереження психологічного здоров'я цивільних у воєнних умовах.

Теоретичні орієнтири з позицій психології здоров'я за авторами (Мельничук І.В. & Каргіна Н.В. 2025)

- *Психологія здоров'я* розглядає копінг як процес підтримання життєвої рівноваги через мобілізацію внутрішніх і зовнішніх ресурсів.
- *Емоційно-орієнтовані стратегії* включають прийняття, самозаспокоєння, емоційне вираження та пошук підтримки.
- *Соціально-підтримувальні стратегії* базуються на згуртованості, взаємодопомозі, волонтерстві та спільному переживанні.
- *Духовно-екзистенційні стратегії* активують пошук сенсу, віру, релігійні практики, що сприяють трансцендентному травматичному досвіду.
- *Модель Frankl'a* пояснює, як навіть у найекстремальніших умовах людина здатна знайти сенс і зберегти внутрішню свободу.
- *Теорія посттравматичного зростання* (Tedeschi & Calhoun, 1996) показує, що криза може стати точкою розвитку нових життєвих орієнтирів.

У межах інтегративних моделей психології здоров'я копінг-стратегії військових і цивільних осіб в умовах війни можуть бути осмислені через універсальні механізми адаптації, що забезпечують збереження психічного здоров'я попри хронічний стрес і втрати. До таких механізмів належать: пошук сенсу як спосіб зниження екзистенційного дистресу (Frankl, 2006); психологічний капітал (надія, оптимізм, витривалість, впевненість) у поєднанні з ресурсною моделлю стресу (Hobfoll, 1989); посттравматичне зростання як вища форма адаптації (Tedeschi & Calhoun, 1996); а також саморегуляція, емоційна стабілізація та здорові поведінкові рутини як базові компоненти психічного здоров'я (Melnychuk & Lukianchuk, 2025). Ці механізми діють як у військовому, так і в цивільному середовищі, хоча їхня структура, інтенсивність і джерела ресурсів можуть відрізнятися.

Такі механізми є універсальними і дозволяють розглядати копінг не лише як реакцію на стрес, а як процес збереження цілісності особистості, що інтегрує когнітивні, емоційні, поведінкові та духовні компоненти. Вони є основою для формування стійкості, незалежно від соціального статусу, ролі чи контексту – військового чи цивільного.

Таким чином, теоретична основа дослідження дозволяє розглядати копінг-стратегії як ключовий чинник психологічного здоров'я, що опосередковує взаємозв'язок між воєнним стресом і рівнем адаптивного функціонування особистості, із чітким розмежуванням стратегій військових та цивільних у залежності від ресурсно-соціального контексту.

На основі викладеного, перспективи подальших наукових досліджень в умовах воєнного стану полягають у поглибленому вивченні психологічних механізмів адаптації у війні з метою розробки ефективних моделей психосоціальної підтримки для різних соціальних груп, а також у врахуванні специфіки ресурсного та соціального контексту, що відрізняється для військових і цивільних осіб.

РОЗШИРЕННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ВЕРБАЛЬНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО НАВІЮВАННЯ

І. Ф. Манілов,

кандидат психологічних наук,

провідний науковий співробітник,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Традиційна сугестивна психотерапія асоціюється, насамперед, із всілякими прийомами гіпнотичного впливу і сприймається як симптоматична форма терапевтичної допомоги. Необхідність і важливість психотерапевтичних вербальних навіювань у стані неспання хоча і визнається більшістю фахівців, але, все ж таки, залишається менш затребуваною у порівнянні з гіпнозом, якому приділяється ледь частка уваги. Все це суттєво знижує інтерес фахівців до змістовної сторони саме вербальних навіювань. Подібний підхід дещо обмежує можливості психотерапевтичної сугестії. З метою визначення можливості підвищення психотерапевтичного потенціалу традиційних вербальних навіювань, автором тез було проведено ряд досліджень. До завдань досліджень входило: проаналізувати зміст основних вербальних навіювань та визначити шляхи їхнього удосконалення.

У процесі роботи було проаналізовано вербальні формули навіювання, представлені у посібниках з сугестивної психотерапії, таких відомих фахівців як К.М. Варшавський, І.Є. Вольперт, А.П. Слободяник, В.Є. Рожнов, П.І. Буль, Р.Д. Тукаєв, М.Є. Бурно, Л. Шерток, М. Еріксон та інші. Було встановлено, що у більшості публікацій, насамперед, наведено вербальні формули наведення гіпнотичного трансу. Також, було складено перелік основних вербальних навіювань, що використовують у сугестивній психотерапії. Так, на сеансах сугестивної психотерапії, зазвичай, навіюють: різноманітні відчуття; психофізіологічні стани; саногенні образи різної сенсорної модальності; емоційні реакції та рухові програми для різних ситуацій; ставлення до явищ, предметів та людей, включених у патогенну ситуацію; зменшення чи повне зникнення певних хворобливих симптомів; загальний позитивний фон настрою; віру у свої сили та можливості; оптимістичний настрій на майбутнє; версії виникнення та розвитку хворобливого стану; шляхи подолання нервово-психічного розладу; віру у можливості медицини і, насамперед, у професіоналізм і, загалом, мудрість і проникливість психотерапевта.

Звертає на себе увагу той факт, що усі представлені форми словесного навіювання обертаються навколо поняття хвороби. У процесі психотерапії клієнт послідовно проходить через етапи: 1. «я у хворобі»; 2. «я борюся із хворобою»; 3. «я позбавляюся хвороби»; 4. «я вже не хворію». У такій ситуації доцільно було б поступово відійти від поняття «хвороба» і не використовувати його як єдиний критерій якості життя.

Представлені в літературі приклади використання еріксонівського гіпнозу в складних клінічних випадках, також являють собою досить обмежену форму

навіювального впливу. Ставка на внутрішні ресурси клієнта виправдовує себе лише в ситуації, коли клієнт має достатній ресурс для подолання страждання. Як показує практика, це не завжди так. Обмежений час психотерапевтичних сесій, невеликий життєвий досвід клієнтів, скромний інтелектуальний потенціал та інші фактори не дозволяють обмежуватися загальними формулами навіювання, що апелюють до певних внутрішніх ресурсів. Тут потрібно передавати людині більш конкретну практичну інформацію, якої вона не володіє і якої потребує.

Проведені автором тез дослідження показали, що перспективним має бути розширення можливостей психотерапевтичної сугестії за рахунок навіювання: 1. Необхідності та правил такого способу життя, яке дозволяє мінімізувати прояви недуги; 2. Певних універсальних психотерапевтичних світоглядних ідей-принципів, що блокують формування дисфункційного мислення та пов'язаних з ним психогенних порушень, а, також, підвищують загальну адаптивність людини. У цьому випадку клієнт отримує дієвий інструмент свідомого вибудовування бажаного життя. Було визначено, що добрий психотерапевтичний ефект дає навіювання таких світоглядних принципів, як принципи: безперервної мінливості, взаємозв'язку, відносності, необоротності, самоорганізації, динамічної рівноваги, умовності границь, наступності, протиріччя, змістовної невизначеності. Саме вони є основою подальшого руйнування ригідних дисфункційних думок та переконань.

Безперервна мінливість. Одна з основних, центральних ідей-принципів, яка відображає той очевидний факт, що все навколо безперервно змінюється. Світ перебуває в постійному русі і зупинити цей процес неможливо. Звідси випливає умовність таких понять як початок-кінець, минуле-теперішнє-майбутнє. Нічого не можна досягти, раз і назавжди, схопити або привласнити. Ідея постійної мінливості світу є ключовою для формування гнучкого адаптогенного мислення, здатного долати постійно виникаючи протиріччя і парадокси буття. Основний зміст ідеї безперервної мінливості концентрують у загальних вербальних формулах навіювання на кшталт «Все змінюється!», «Ніщо не вічно!», «Усе плине!» та індивідуальних кодованих формулах навіювання, які припали клієнтові до душі та пов'язані з персональним чуттєвим образом постійних невинних змін. Ідея постійної мінливості світу повинна стати для клієнта самоочевидною. А там де мінливість стає очевидною аксіомою, не залишається місця стереотипам та догмам.

Взаємозв'язок. В основу покладена ідея одвічного зв'язку між різними явищами природи і, в цілому, єдності світу. Цей зв'язок відображається в фундаментальних поняттях природи (матерія, рух, простір, час і т.п.) та її фундаментальних законах (закони термодинаміки та електродинаміки, закон тяжіння та закони збереження маси та енергії і т.п.). Всі об'єкти і явища, в тій чи іншій мірі, пов'язані між собою і впливають одне на одне.

Відносність. Якщо всі об'єкти і явища взаємопов'язані, то будь-яка точка відліку, будь-яка система координат умовні. Немає нічого остаточного і абсолютного. Немає абсолютно правильного і неправильного, доброго і поганого. У зв'язку з цим, жоден вибір, жодне рішення не може бути однозначно

вдалим чи невдалим. Оцінка будь-якого явища, будь-якого вчинку залежить від обраного критерію.

Необоротність. Втілює ідею необоротності процесів еволюції у складних відкритих системах. Дане положення закономірно витікає з фундаментальних законів фізики, зокрема, другого закону термодинаміки («закону про ентропію та її властивості»). Власне наявність ентропійного бар'єру і забезпечує спрямованість часу в один бік. Стріла часу спрямована у майбутнє, а тому повернутися у минуле неможливо.

Самоорганізація. У природі можна постійно спостерігати різноманітні процеси спонтанного упорядкування (переходу від хаосу до певного порядку) та еволюції структур у відкритих нелінійних середовищах. А структура – це локалізований у певних ділянках середовища процес, який має «форму» та здатний розвиватися і трансформуватися у середовищі. Людина, сім'я, колектив, соціум в цілому – все це, у певному сенсі, є складні структури-процеси, які утворилися внаслідок самоорганізації більш простих структур.

Динамічна рівновага. Будь яка відкрита система прагне досягти стану динамічної рівноваги (гомеостазу). В основі принципу покладено поняття інертності. Інертність являє собою властивість будь-якого матеріального об'єкту, від простого фізичного тіла до складного біологічного організму прагнути зберегти незмінність. При зовнішньому чи внутрішньому впливові, що веде до зміни стану, структури, положення об'єкта, у ньому починають відбуватися процеси, що протидіють цим змінам. Принцип рівноваги дозволяє краще зрозуміти і динаміку взаємодії людей у групі.

Умовність границь. Усі відомі природні об'єкти є відкритими системами. Тому будь яка границя (границі), поняття завжди умовне. Поняття границі з'являється як результат опанування людиною світу. Це неминучий і закономірний продукт певних когнітивних процесів. За допомогою границь локалізується той чи інший процес та перетворюється у подію, яка вже кодується за допомогою слів. Останнє, власне, і дозволяє цілеспрямовано здійснювати розумову діяльність та отримувати необхідні умовиводи.

Наступність. Більшість складних відкритих систем (зокрема, «картина світу» людини) еволюціонує в процесі свого існування. Цей процес еволюції, в залежності від етапу розвитку системи, розгортається або поступово, або стрибкоподібно. Проте завжди в теперішньому можна знайти сліди минулого, що дозволяє виявляти певні причинно-наслідкові зв'язки. Ідея наступності, це визнання необхідності урахування минулого досвіду, без його абсолютизації.

Протиріччя. Протиріччя є джерелом розвитку усього існуючого. Воно провокує і обумовлює розвиток складних систем. Через протиріччя здійснюється мислення і процес пізнання в цілому. Завдяки протиріччю виникає феномен боротьби протилежностей. Логіку даного процесу викладено у відомих законах діалектики – єдності та боротьби протилежностей, заперечення заперечення, взаємного переходу кількісних змін в якісні.

Змістовна невизначеність. Ідея стосується змістовної невизначеності в будь якій вербальній комунікації. Принципово неможливо з довільною точністю

отримати та однозначно розтлумачити або без викривлень передати інформаційне повідомлення. Усі поняття узагальнюють суб'єктивний досвід людини, отже, певною мірою спрощують та викривлюють цей досвід. Це викривлення ще більше зростає в процесі кодування понять за допомогою слів.

Наведені ідеї-принципи не дають готової «правильної» картини світу, а лише дозволяють долати смислову обмеженість, статичність та абсолютність дисфункційних думок.

За результатами дослідження можна зробити висновки, що діапазон психотерапевтичних технік навіювання може бути розширений через навіювання необхідності та шляхів практичної корекції попереднього способу життя, та розробку нового, для мінімізації проявів хворобливого стану, а, також, навіювання загальних світоглядних ідей-принципів, які блокують формування та розвиток психогенних відхилень і підвищують загальну адаптивність людини. Для передачі клієнту базових ідей-принципів необхідно використовувати гетерогенну сугестію. Теоретичні положення психотерапевтичної конфронтаційної сугестії є невід'ємною складовою Мультимодальної сугестивної психотерапії.

ПРОЯВИ ТА ФАКТОРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ

І. Р. Ніколаєва,

здобувачка факультету торгівлі та маркетингу,

Н. С. Бойко,

доктор філософії за спеціальністю «Психологія»,

Державний торговельно-економічний університет

Посттравматичне зростання – що це?

Концепція посттравматичного зростання (ПТЗ) була розроблена в середині 1990-х років психологами, докторами філософії Річардом Тедескі та Лоуренсом Калхуном (Тедескі. Р.Г., Калхун Л. Г., 1996) і визначається як «позитивні психологічні зміни, що виникають у результаті боротьби з травмою або дуже складними (кризовими) ситуаціями». Згідно з теорією посттравматичного зростання, людина, опрацьовуючи травму, може виробити інше бачення світу з новим уявленням про себе та світ, а отже, змінитися у кращу сторону.

Хто може відчувати посттравматичне зростання?

Вважається, що ПТЗ можуть мати 50-75% людей, які пережили травматичну подію. ПТЗ характерне частіше серед людей, які є більш екстравертними та відкритими до нового досвіду, а також мають соціальну підтримку та можуть говорити про свою травму з іншими. Це пояснюється тим, що люди, які є більш відкритими, схильні переглядати свої системи переконань, а екстраверти, активніше реагують на травму та шукають зв'язки з іншими.

Згідно з даними Американської психологічної асоціації, ПТЗ зустрічається частіше серед жінок, ніж чоловіків (хоча різниця відносно невелика), у молоді

більше шансів мати ПТЗ, оскільки вони можуть бути більш відкритими до змін (Рехтіна Н., 2024).

Розрізняють 5 основних вимірів посттравматичного зростання (Рехтіна Н., 2024): відчуття більшої особистої сили, цінність щоденного життя, поява нових можливостей, зміна взаємостосунків, духовні, екзистенційні зміни.

Чи можна викликати ПТЗ?

ПТЗ не означає відсутність посттравматичного стресового розладу (ПТСР), вони можуть існувати одночасно. Існують дослідження, що посттравматичне зростання проявляється більш виражено у людей, у яких були важчі прояви ПТСР. Посттравматичне зростання є як результатом, так і процесом. Його неможливо викликати в іншій людині. Утім, про нього можна розповісти, і знаючи про цей феномен, ймовірніше його пережити, оскільки буде усвідомлення, що травма може мати кілька варіантів розвитку. Науковці, які сформулювали поняття ПТЗ, зазначають про важливість бути “досвідченим супутником” (expert companion), тобто людиною, яка супроводжуватиме і підтримуватиме особу, яка проходить власний шлях зростання. Ця підтримка може проявлятися як у спільній участі у практиках саморегуляції, так і в уважному слуханні історій, про які людина, яка проходить шлях зцілення, може захотіти розказати.

Що таке травма?

Поняття травми останнім часом набуло дуже багато відтінків і значень. Чи є травмою розлучення з близькою людиною? Захворіти на COVID-19? Дізнатися про звільнення з роботи? Пережити приниження від керівника? Дуже важливо бути точними у визначенні цього поняття. Інакше є ризик «інфляції травми», поширення ознак травми на події, які травмою не є. А може бути і навпаки – нівелювання впливу на людину справжньої травми. Отож помилка у визначенні сприятиме поширенню стигми, упереджень та нерозуміння. Справді, емоційний біль від приниження, тривога за майбутнє, страх лишитися самотнім, інші почуття та емоції можуть бути надзвичайно інтенсивними і навіть переважити за значущістю фізичний біль. Утім, вони самі по собі травмою не є, і так само не є травмою деякі з перерахованих вище подій. Ці події (розлучення, звільнення, приниження) є неприємними, важкими, непростими, такими, що пригнічують або лякають, але – не травматичними. Що ж робить подію травматичною? Чітке визначення дає DSM-5, розглядаючи травму як результат «експозиції до смерті, загрози смерті, серйозного поранення або його загрози, сексуального насилля або його загрози, у такі способи: безпосередньо пережити, бути свідком, дізнатися про переживання травми рідним або близьким другом, експозиція до відразливих деталей травми, зазвичай у часі виконання професійних обов’язків» (American Psychological Association (APA), 2013).

Які бувають травми?

Травми можуть бути отримані в різному віці, і загальна тенденція така: чим більш ранніми є травми, чим більше часу вони тривали або повторювалися, тим більший вплив вони чинять на людину. Саме тому дитячі травми посідають особливе місце. До речі, щодо них те, про що йшлося вище, не завжди є

правильним. Розлучення батьків, наприклад, може бути травмою для дитини в повному сенсі цього слова, так само, наприклад, як стати жертвою булінгу. Національна мережа дитячого травматичного стресу (США) описує такі травми: булінг, насилля в громаді, комплексна травма, катастрофа, рання дитяча травма (до 6 років), насилля з боку інтимного партнера, медична травма, фізичне насилля, травма переселення, сексуальне насилля, тероризм, масове насилля.

Інший спосіб – це поділ травм на ті, що пов’язані з людьми, і ті, що з ними не пов’язані. Щодо тяжкості впливу, далекосяжності наслідків травми, викликані людьми, стоять на першому місці. Саме після них найбільший відсоток людей має посттравматичні розлади та інші складнощі, які важко подолати.

Реакція на травму і короткотермінові наслідки.

Реакції на травму, а особливо їх сприйняття самою людиною та її оточенням, може мати серйозний вплив на стан здоров’я, самопочуття, навіть самооцінки в майбутньому. Першими реакціями можуть бути: апатія, ступор, заціпеніння, або навпаки – емоційне збудження, рухове збудження, тремтіння, м’язове напруження, плач, крик, нудота, слабкість. Разом з тим деякі люди можуть не проявляти жодних реакцій одразу після події, під час події вони можуть бути зібраними й активно включатися, наприклад, у допомогу іншим, але через певний час після події проявити вищеописані реакції. Цей «певний час» може тривати годину, дві, день, тиждень. Разом з тим як би людина не поводитися, важливо розуміти, що вона сприймає себе, рефлексує щодо своєї поведінки і її сприйняття оточенням. Через це додатково ускладнювати її стан після травми можуть «надані значення» – думки про свою поведінку, які часто формулюються як «я слабка», «я не витримав», «що про мене подумают інші» (Lam & Cheng, 2001). Інколи такі «надані значення» стосуються самої події, – наприклад, думки про те, що подію можна було відвернути, передбачити, що такого могло б не статися, тощо. Один із варіантів реагування, про який слід пам’ятати, – це короткий **розлад психіки, що супроводжується психозом** з очевидним стресором. Ідеться про раптову втрату зв’язку з реальністю, яка триває менше одного місяця і завершується повним відновленням стану. Супроводжується він мареннями, галюцинаціями, дезорганізованою мовою, сильно дезорганізованою поведінкою або кататонією (Stephen & Lui, 2020).

Які є способи допомогти людині подолати наслідки травми?

Одразу після отримання травми людина потребує першу психологічну допомогу. Пізніше для тих, хто має ПТСР та інші розлади, – психотерапія. Перша психологічна допомога (ППД) передбачає допомогу всім, хто зіткнувся з безпосередніми наслідками катастрофи, тероризму, іншої надзвичайної ситуації. Мета її – якомога швидше зменшити дистрес та сприяти підтримці людини. Перша психологічна допомога розроблена в такий спосіб, щоб досить швидко навчити її надавати всіх, хто задіяний у допомозі під час надзвичайної ситуації. Це працівники ДСНС, поліції, медики, психологи, працівники громадських організацій та служб, волонтери тощо.

Ключові принципи надання першої психологічної допомоги такі: Дивитися: аналізувати стан осіб, виявляти осіб у стані важкого дистресу. Слухати:

вислуховувати людей і допомагати їм заспокоїтися. Направляти: допомагати людям впоратися з проблемами; надавати їм інформацію; допомагати людям зв'язатися з їхніми близькими та отримати соціальну підтримку.

Також є важливим піклування про власний психічний стан тих, хто надає допомогу: увага до власного навантаження, дотримання режиму харчування та сну, наявність колег поруч для обговорення складнощів.

Катастрофічні події можуть викликати психотравму, з якою людина бореться одночасно і з боку подолання, і з боку зростання. Коли говорять про позитивні наслідки психотравми – це не означає, що людина не страждає і не бореться з втратою душевної рівноваги та хаосом власних переживань і станів. Навпаки, долаючи душевні, фізичні, духовні страждання, відновлюючи порушену рівновагу, людина трансформує себе та свій внутрішній світ. Важливо зазначити, що полегшення дистресу не завжди провокує зростання, але посттравматичне зростання впливає на полегшення симптомів психотравми, впливає на фізичний стан людини та на її посттравматичну адаптацію. Відтак, перед фахівцями-психологами в сучасних реаліях повномасштабної війни в Україні постає багато практичних питань про можливість сприяння посттравматичному зростанню особистості, підтримці цього процесу під час надання психологічної та психотерапевтичної допомоги. Все це актуалізує нагальну потребу в створенні основи для застосування теоретичних напрацювань в практичній допомозі особистості щодо трансформування свого травматичного досвіду в бік посттравматичного зростання.

ВПЛИВ СТРЕСУ НА ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

А. В. Олексієнко,
здобувачка факультет торгівлі та маркетингу,
Н. С. Бойко,
доктор філософії за спеціальністю «Психологія»,
Державний торговельно-економічний університет

Військовий стан є надзвичайним стресовим чинником, що має руйнівний вплив на всі сфери життя людини та суспільства. В умовах повномасштабної агресії населення України зіткнулося з безпрецедентним рівнем травматичного досвіду, що призводить до глибоких змін у стані фізичного та психічного здоров'я.

24 лютого 2022 року розпочалося повномасштабне вторгнення Росії на територію України. Переважна більшість українців опинилися в умовах, що значно відрізняються від звичного їм життя. Війна це екстремальна ситуація, яка вимагає значно більше сил та енергій задля подолання загрози, ніж за звичайних обставин, це в свою чергу, викликає стрес.

Метою дослідження є комплексний аналіз впливу хронічного та гострого стресу, спричиненого умовами воєнного стану, на психічне і соматичне здоров'я населення України.

Стрес впливає на всі сфери життя людини, яка його відчуває, змінює її життєдіяльність, часто перешкоджаючи нормальному існуванню. Він знижує працездатність, погіршує концентрацію уваги, викликає почуття виснаження, пришвидшує втомлюваність, знижує імунітет та може призводити до ряду серйозних хвороб.

Хоча війна спричинила стрес у всього українського суспільства, його прояви різняться залежно від умов, у яких перебувають українці (біженці, емігранти до війни, мешканці тилу, зони бойових дій чи безпосередні учасники). Розуміння того, який відсоток українців і в якій мірі піддаються зараз стресу є важливим для подальшого розуміння проблем, з якими можуть зіткнутися українці під час освітньої, суспільної та професійної активності в подальшому.

Стрес під час війни може проявлятися цілим рядом характерних симптомів. Це можуть бути як психоемоційні розлади, так і соматичні. До психоемоційних належить підвищена дратівливість, агресивність, зниження здатності відчувати задоволення, проблеми з концентрацією уваги та когнітивним мисленням. Також у стані стресу людина страждає від різноманітних проблем із шлунково-кишковим трактом, шкірних висипів, безсоння, тахікардії. У великій кількості населення на фоні стресу розвиваються панічні атаки – різкі напади страху та сильної тривожності, що супроводжуються відчуттям нестачі повітря, пітливістю, тремором усього тіла, нудотою, значним пришвидшенням серцевого ритму (Проблеми політичної психології).

Проблема стресу завжди цікавила представників різних наукових напрямків, так у великому психологічному словнику стрес визначається як стан психічного напруження, що виникає у людини в процесі діяльності у важких умовах (Мазоха, І. С., 2015).

Серед основних причин прояву стресу можна виділити дві групи: суб'єктивні та об'єктивні. До суб'єктивних можна віднести: не відповідність очікувань від певних подій і дійсності; наявність певних життєвих установок, поведінкових програм; не відповідність реального та «віртуального» світів, що пов'язано із когнітивним дисонансом та деякими механізмами психологічного захисту; відсутність можливості реалізувати актуальну потребу; наявність певних емоцій людини, що призвели до спонтанних рішень; неконструктивна комунікація. Неадекватна реалізація умовних рефлексів (соціальні потрясіння). До об'єктивних причин стресу можна віднести: погані умови для праці та життя; проблеми у взаємовідносинах з оточуючими людьми; порушення режиму дня; економічні проблеми; політичні проблеми; надзвичайні ситуації. Серед причин виникнення стресу варто також виділити культурний шок, що є додатковим фактором стресу для українських біженців. Культурний шок – феномен, що може виникати при переміщенні людей з одного культурного середовища до іншого, при цьому у людини проявляється ряд фізичних та психічних симптомів. До цих симптомів відносяться прояви стресу і надмірний страх сторонніх людей, а

також сильне почуття туги за Батьківщиною (Богданов, С. О., Гірник, А. М., Лазоренко, Б. П., Савінов, В. В., Соловйова, В. В., 2018).

Довготривалий стрес негативно впливає на всі системи органів, призводить до комплексних біохімічних та фізіологічних порушень. Науковці зазначають, що прояви стресу умовно можна поділити на 4 групи: поведінкові, емоційні, інтелектуальні та фізіологічні (Новікова, Л., 2021). Поведінкові ознаки стресу, у свою чергу, можна поділити ще на 4 групи: психомоторні порушення, порушення соціально-ролевих функцій, професіональні порушення та зміна образу життя. До основних психомоторних порушень можна віднести напруження і тремор м'язів; дрижання голосу; зниження швидкості сенсомоторної реакції. Також можливі прояви у вигляді підвищеної метушливості або навпаки у вигляді ступорів. У цілому поведінкові прояви емоційного стресу збігаються із проявами емоційного напруження. До порушень соціально-ролевих функцій належить підвищена утомлюваність, можливі погіршення соціальних стосунків, у тому числі із близьким оточенням, підвищення конфліктності. Порушення режиму дня в основному проявляються у різних порушеннях сну (скорочення часу сну, зсув неспання на нічний час), також через стрес може підвищуватись частота нічних жахів. Професійні порушення проявляються через збільшені кількості помилок, низьку продуктивність, що викликана у тому числі і підвищеною втомлюваністю. Погіршуються також і узгодженість та точність рухів. Серед зміну інтелектуальної діяльності через стрес у першу чергу варто зазначити погіршення процесів уваги та пам'яті. Довготривалий стрес веде до труднощів із концентрацію уваги, звуження поля уваги, погіршення показників оперативної пам'яті та проблем з відтворенням інформації.

Серед симптомів довготривалого стресу варто виділити зниження імунітету, швидкі зміни маси тіла, проблеми з травною системою, порушення метаболізму. Для короткочасного стресу ж характерні прискорене серцебиття, проблеми з диханням, підвищення артеріального тиску. При станичних негативних реакціях характерне підвищення діатонічного тиску, а при астеничних – його пониження. Особливо небезпечними є емоційні прояви стресу. При тривалій дії стресу може розвинути депресія, дратівливість, агресія, гнів, поява афективних станів. При стресі відбувається зміна загального емоційного фону, який отримує більш песимістичне забарвлення, підвищується рівень тривожності. Також може погіршуватись самооцінка, посилюватись інтровертовані прояви (Новікова, Л., 2021).

Отже війна, як екстремальна, надзвичайна ситуація, належить до об'єктивних причин стресу, вона постає постійним зовнішнім довготривалим деструктивним подразником, на боротьбу з яким у людини немає достатньо ресурсів. Довготривалий стрес не припиняє свою дію тривалий час, він негативно впливає на організм, зокрема на поведінкові, емоційні, когнітивні та фізіологічні прояви, викликає погіршення самопочуття, погіршує працездатність, підвищує дратівливість, а також знижує імунітет. Однак, оскільки, українці можуть знаходитися в доволі різних обставинах, то рівень їх

стресу може дещо відрізнятися серед різних груп населення. Проте, наявність довготривалого стресу серед більшої частини українців може викликати проблеми не лише на індивідуальному рівні, а й на рівні суспільства, його загального функціонування.

ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ДЕВІАНТНОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Н. В. Ортікова,
доктор філософії з психології,
В. Г. Ласа,
здобувачка вищої освіти,
Державний торговельно-економічний університет

Постановка проблеми. Протягом багатьох років Україна потерпає від різних форм терору з боку держав-окупантів: штучний голод, репресії, пропаганда, сепаратизм. За допомогою такої політики формується нове тоталітарне суспільство – позбавлене політичних прав і свобод, соціальної згуртованості та власного «Я». І хоча наразі наша держава є незалежною понад 34 роки, викорінити пострадянські наративи досі не вдалося. Ми живемо в умовах корупції, мовного розколу, тіньової економіки, технологічної відсталості. Окрім цього, варто враховувати військову агресію, що призвела до мілітаризації всіх сфер і державної заборгованості. Внаслідок цих чинників у більшості осіб формується девіантна поведінка, що є способом пристосування до складних умов життя.

У зв'язку з погіршенням ситуації в країні зростає потреба в дослідженні девіантної особистості. Адже прояви такої поведінки несуть негативні наслідки для більшої частини соціуму в умовах воєнного стану. Вони становлять загрозу психологічному благополуччю населення, суспільним відносинам і загальному соціально-економічному становищу України. Дослідивши причини формування та розвитку такого «відхилення»; можливі наслідки, в яких може опинитись держава; чинники, що вплинули на неї, ми зможемо створити механізми й методи корекції такої поведінки, щоб забезпечити добробут громадян.

Виклад основного матеріалу. Автори Т.Циганчук і Ю. Ареф'єва-Пашко в своєму дослідженні розкрили психологічні особливості девіантної поведінки в підлітковому віці – важкому, критичному, перехідному періоді. (Циганчук Т.В., Ареф'єва-Пашко Ю.Є., 2023).

Важливим аспектом дослідження є взаємодія з батьківськими і педагогічними спільнотами, керівниками молодіжних груп та об'єднань. Адже такий вплив є найбільш важливим соціально-психологічним чинником. Більшість свого часу підлітки проводять разом з однолітками, утворюючи різні субкультури та групи. Там вони знаходять задоволення та почуття захисту. Проблеми, які можуть виникати, розкриваються у недотриманні соціальних норм

та виборі «унікальної» поведінки, що призводить до порушення міри взаємодії (Вольнова Л.М., 2016).

Під час аналізу умов і причин проявів відхилень дослідниці представили зовнішні (процеси, які відбуваються в суспільстві) та внутрішні чинники (індивідуальні особливості). Особливу увагу приділили сім'ї та методам виховання.

Було з'ясовано, що більша частина підлітків є схильними до девіантної поведінки, а також виявлено обернену залежність інтегральних індексів агресивності та ворожості від статі і рівня розвитку емпатії. При цьому, у більшості тинейджерів проявляється амбівалентне ставлення до себе. Переважно, ця вікова група схиляється до негативної або амбівалентної поведінки до себе, товаришів, вчителів, членів сім'ї.

Таким чином, отримані дані засвідчують актуальність діяльності психолога задля запобігання розвитку схильності до девіантної поведінки підлітків. Тож, зважаючи на результати, критично важливим є удосконалення та розширення комплексу соціальних, педагогічних, медико-психологічних і правових заходів, які спрямовані на раннє виявлення та нейтралізацію причин девіацій.

Д. Пеца та Я. Росоха дослідили девіантну поведінку за умов воєнного стану (Пеца Д.Д., Росоха Я.М., 2025). Дослідники зазначають, що тип соціальної поведінки, який суперечить прийнятим у суспільстві правовим, моральним, соціальним нормам і стереотипам, є наразі найбільшою небезпекою сучасним суспільним засадам. Більш того, девіації є наслідками свідомого вибору особистості, але здійснених під тиском соціальних та економічних чинників. Такими факторами зазвичай є матеріальні труднощі й психологічні потрясіння.

У сучасних реаліях до них також належать війна та її наслідки: психологічні травми, постійний стресу, втрата близьких та житла, усвідомлення постійної загрози життя тощо. Не меншу роль відіграють засоби масової інформації, які часто висвітлюють негативні події. Це впливає на формування суспільної думки й емоційної атмосфери, що викликає стрес, паніку, тривогу, безнадію.

Автори також представили види девіантної поведінки: аутодеструктивну (селфхарм), асоціальну (шкода, заподіюється собі і суспільним нормам/суспільству, але без негативних наслідків) та антисоціальну (порушення моральних та правових норми). Також проявом можна вважати збільшення агресивної поведінки, наркоманію, алкоголізм, суїцидальні тенденції і т.д. Окрім цього було виявлено загрозу циклічності. Вона полягає в тому, що при наслідках девіантної поведінки виникають нові чинники її зростання.

Висновки. Отже, девіації існували завжди. Кожен проявляє їх по різному. Хтось проживає у неблагополучній сім'ї, тому вдається до продажу нелегальних речей, щоб заробити на хліб. Хтось живе на окупованій території, тож змушений бути мародером. Хтось був у аб'юзивних стосунках, де спосіб заспокоєння був селфхарм. Комусь довелося скоїти насилля, щоб захистити члена родини. У когось є потреба у вживанні алкоголю, щоб пережити втрату близької людини.

Ці люди є заручниками обставин, які відбувалися незалежно від їх волі. Вони не окупанти, що знищують мирні міста. Не журналісти, що поширюють пропаганду. Вони звичайні люди, з власними бажаннями, мріями, потребами. Вони не обирали свою долю, однак є те, що підконтрольно їм – вибір. Це єдина річ, що не підвладна законам, нормам та моралі. Кожен для себе вирішує, як йому жити – за законом чи проти нього.

Саме тому, вирішення нагальних питань, керується нами. Насьогодні спостерігається поширення девіантної поведінки, що в умовах військової агресії несе руйнівні наслідки. Дослідивши всі аспекти розвитку цих аморальних дій, ми зможемо створити цивілізоване суспільство.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У ВОЛОНТЕРІВ ПІД ЧАС ВІЙНИ

В. О. Павлєєв ,
аспірант,

*Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України,
Асоціація «Medicos del Mundo», Іспанія*

Постановка проблеми. Сучасні умови воєнного стану в Україні спричинили суттєве зростання навантажень на осіб, задіяних у волонтерській діяльності. Волонтери працюють в умовах хронічного стресу, інформаційного та емоційного перенасичення, часто перебувають у контакті з людським болем, втратами та травматичними подіями. У таких обставинах суттєво підвищується ризик розвитку синдрому емоційного вигорання, що проявляється в емоційному виснаженні, зниженні емпатії, деперсоналізації та зменшенні почуття компетентності.

У класичних дослідженнях (К. Маслач, С. Джексон) емоційне вигорання описується як тривимірна конструкція, що охоплює емоційне виснаження, деперсоналізацію і редукцію професійних досягнень. Однак під час розгляду емоційного вигорання в умовах волонтерської діяльності особливої актуальності набуває багатофазна концепція В. В. Бойка, що трактує вигорання як механізм психологічного захисту, який послідовно розвивається через фази напруги, резистенції та виснаження.

Волонтерська діяльність в умовах війни є емоційно значущою та соціально необхідною, однак часто не передбачає системної підтримки та відновлення ресурсу. Це сприяє підвищенню ризиків психоемоційних порушень та погіршенню психологічного благополуччя учасників.

Метою роботи є аналіз особливостей перебігу емоційного вигорання у волонтерів за умов війни відповідно до фази моделі В. В. Бойка та визначення закономірностей формування синдрому залежно від тривалості й інтенсивності волонтерської діяльності.

Основні завдання:

1. Оцінити рівень емоційного вигорання за інтегральним показником та фазами (напруга, резистенція, виснаження).
2. Порівняти показники вигорання між групами волонтерів із різною тривалістю й інтенсивністю діяльності.
3. Визначити психологічні особливості перебігу фаз вигорання в умовах військового часу.
4. Окреслити групи підвищеного ризику та положення, що визначають необхідність профілактики.

Методика дослідження. У дослідженні взяли участь 261 волонтер, які були розподілені на три групи залежно від інтенсивності та тривалості діяльності: ЕГ-1 ($n = 74$) — волонтери з найбільшим та найтривалішим навантаженням; ЕГ-2 ($n = 95$) — учасники із середньою інтенсивністю діяльності; ЕГ-3 ($n = 92$) — волонтери з найменшим стажем та нерегулярною участю.

Метод збору даних — анкетне опитування. Основним інструментом була методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» В. В. Бойка, що дозволила оцінити фазову структуру вигорання. Статистична обробка виконана за допомогою однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA та пост-хок тесту Тьюкі.

Виклад основного матеріалу. Результати дослідження продемонстрували статистично значущі відмінності між групами волонтерів за загальним показником вигорання та всіма фазами його розвитку ($p < 0,05$). Найбільш вразливою виявилася група ЕГ-1, де показники за фазами напруги, резистенції та виснаження набули найвищих значень. Це свідчить про досягнення пізньої стадії синдрому, що виявляється емоційним спустошенням, цинізмом, деперсоналізацією та зниженням продуктивності.

У групі ЕГ-2 зафіксовано показники середнього рівня резистенції за відносно менших значень фаз напруги та виснаження. Це характеризує стан волонтерів як перехідний — на межі між початковими та більш вираженими фазами розвитку синдрому. У цій групі спостерігаються ознаки часткового емоційного дистанціювання та зниження емпатійних реакцій.

Найнижчі показники вигорання за всіма фазами виявлені у групі ЕГ-3. Представники цієї групи характеризуються збереженим емоційним ресурсом, відсутністю вираженого виснаження та низьким рівнем захисної емоційної резистенції.

Отримані результати підтверджують припущення про кумулятивний характер розвитку синдрому вигорання за умов волонтерської діяльності: чим триваліше й інтенсивніше навантаження, тим вищий рівень емоційного виснаження та психоемоційної дезадаптації.

Особливості проявів за фазами.

Фаза напруги. У волонтерів із тривалим стажем виявлено високий рівень психічної напруженості, тривоги та фрустрації. Емоційне реагування зумовлено тривалим співіснуванням із травматичним досвідом та високою відповідальністю.

Фаза резистенції. Проявляється у формі емоційної вибірковості, зниження емпатії, емоційного дистанціювання. Волонтери починають формально виконувати обов'язки, уникають глибокої взаємодії.

Фаза виснаження. Характеризується психофізичною втомою, байдужістю, деперсоналізацією, апатією, зниженням ініціативності. На цій стадії зростає ризик психосоматичних порушень.

Висновки. Результати проведеного дослідження свідчать про те, що емоційне вигорання є поширеним психоемоційним станом серед волонтерів, залучених до діяльності в умовах воєнного стану. Значна частина опитаних демонструє сформовані ознаки синдрому, що відображає негативний вплив тривалої взаємодії з травматичними ситуаціями, високим рівнем соціальної відповідальності, а також нестачею часу для відновлення особистісних ресурсів.

Установлено, що розвиток емоційного вигорання має виразну залежність від інтенсивності та тривалості волонтерської діяльності. Чим довший та інтенсивніший період участі у волонтерських ініціативах, тим вищим є ризик формування та поглиблення симптомів вигорання, зокрема в частині емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції професійних досягнень. У групі волонтерів із найбільшою тривалістю та навантаженням (ЕГ-1) зафіксовано найвищі показники усіх фаз синдрому, що свідчить про переважання пізнього етапу його перебігу та актуалізує потребу у своєчасному психологічному супроводі.

Водночас виявлено, що волонтери зі середнім рівнем залученості (ЕГ-2) характеризуються проміжними показниками за фазами вигорання. Переважають прояви резистенції – захисної емоційної дистанції, що формується у відповідь на накопичений психоемоційний тиск. Хоча рівень виснаження у цієї групи нижчий, ніж у ЕГ-1, існують ознаки зниження стійкості до стресових чинників, що робить дану групу потенційною зоною ризику.

Найменш виражені прояви вигорання спостерігаються у волонтерів з найнижчою інтенсивністю та тривалістю діяльності (ЕГ-3). Представники цієї групи зберігають більший емоційний ресурс, що зумовлює меншу виразність симптомів. Вірогідно, обмеженість контакту з важкими ситуаціями та можливість регулярнішого відновлення сприяють підтриманню їхнього психологічного благополуччя.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що перебіг синдрому емоційного вигорання у волонтерів корелює з ключовими параметрами діяльності – інтенсивністю та тривалістю. Отримані результати підтверджують релевантність застосування багатofазної моделі В. В. Бойка для аналізу емоційного стану волонтерів, оскільки виявлені прояви вигорання чітко відповідають описаній у моделі послідовності переходу від напруги до виснаження. З огляду на це важливим є впровадження цільових програм підтримки, спрямованих на профілактику виснаження, збереження ресурсності та підвищення психологічної стійкості волонтерів.

РОЛЬ СМИСЛОЖИТТЄВИХ ОРІЄНТАЦІЙ У ПРОЦЕСІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ ОСОБИСТОСТІ

*В. С. Пастушенко,
науковий співробітник,
Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України*

Феномен посттравматичного зростання останніми роками набув особливого значення у психології, адже він дозволяє зрозуміти, яким чином особистість може не лише відновитися після важких подій, але й вийти з кризи з новими ресурсами для розвитку. В умовах воєнного стану, коли велика кількість людей переживає втрату, небезпеку та невизначеність, саме смисложиттєві орієнтації стають ключовим чинником, що визначає здатність людини трансформувати травматичний досвід у поштовх до особистісного зростання. Усвідомлення сенсу життя, цілей і цінностей створює психологічну основу для відновлення внутрішньої цілісності та відчуття контролю над власним життям.

Смисложиттєві орієнтації допомагають людині переосмислити досвід страждання та віднайти у ньому нові значення, що стає фундаментом для розвитку стійкості й здатності жити далі, незважаючи на втрати. Вони виконують функцію своєрідного «внутрішнього компаса», який спрямовує поведінку та дає змогу побачити перспективу навіть тоді, коли зовнішні обставини виглядають хаотичними та неконтрольованими. Дослідження показують, що саме ті, хто зберігає або відновлює життєві цілі, легше долають наслідки психотравми, демонструють вищий рівень психологічного благополуччя і здатність до посттравматичного зростання. Це пояснюється тим, що сенс виступає інтегруючим механізмом психіки, який зменшує хаотичність переживань, упорядковує їх і допомагає вибудовувати майбутні життєві плани навіть у ситуації невизначеності та ризику. Коли людина має чітко усвідомлену мету, вона здатна не лише переносити біль та втрати, але й трансформувати їх у ресурс для саморозвитку, внутрішнього збагачення та зміцнення власної ідентичності. Люди, які орієнтуються на служіння іншим, волонтерську діяльність чи підтримку близьких, часто відчують внутрішній ріст, адже знаходять сенс у допомозі та турботі про інших. Це, у свою чергу, відкриває новий рівень відповідальності за власне життя та суспільство, посилює відчуття власної значущості й здатності впливати на навколишній світ, що особливо цінно у кризових умовах.

Таким чином, смисложиттєві орієнтації відіграють вирішальну роль у процесі посттравматичного зростання, адже вони є тим підґрунтям, що допомагає людині не лише впоратися з психологічними наслідками травми, а й віднайти в них джерело для особистісного розвитку. Вони сприяють інтеграції травматичного досвіду в життєву історію особистості, надаючи йому нового значення та перетворюючи його на ресурс для подальшого самопізнання і зміцнення внутрішньої стійкості. Людина, яка знаходить сенс у пережитих випробуваннях, здатна більш усвідомлено ставитися до власного життя,

переосмислювати пріоритети та цінності, а також відкривати нові життєві горизонти. У цьому контексті формування та підтримка смисложиттєвих орієнтацій повинні стати одним із пріоритетів психологічної допомоги людям, які пережили кризові події, оскільки саме завдяки роботі з сенсами можлива глибинна трансформація травматичного досвіду. Психологічні інтервенції, спрямовані на розвиток здатності до пошуку сенсу, сприяють не лише зниженню рівня дистресу, а й стимулюють появу нових можливостей для життя, розширюють уявлення про власні ресурси та формують відчуття внутрішньої сили. У результаті травма перестає сприйматися лише як руйнівний досвід і набуває значення поштовху до самореалізації та створення нової життєвої перспективи.

НАСЛІДКИ ТРАВМУВАЛЬНОГО ДОСВІДУ ДЛЯ ОСОБИСТІСНИХ РЕСУРСІВ КОМБАТАНТІВ

Є. М. Потапчук,

доктор психологічних наук, професор,

Д. Є. Карпова,

доктор філософії за спеціальністю «Психологія», доцент,

Хмельницький національний університет,

Н. Д. Потапчук,

доктор психологічних наук, професор,

*Національна академія Державної прикордонної
служби України імені Богдана Хмельницького*

Як свідчить практика, бойові дії накладають помітний відбиток на психічній діяльності і поведінці комбатантів, можуть спричиняти втрату або зниження енергетичного ресурсу організму та суттєво впливати на їхні особистісні ресурси. Звідси особливої актуальності набуває дослідження проблеми впливу травмувального досвіду на особистісні ресурси комбатантів.

Варто зазначити, що підґрунтям для виникнення синдрому бойової психічної травми (Антонова В., Підбуцька Н., 2024; Блінов О., 2022) є механізми короткочасної адаптації з інтенсивною витратою адаптаційних ресурсів людини (Чайковський М., Потапчук Є., Петrenchенко С., 2025; Черненко І., 2024). При цьому відбувається інтенсивно зростаюче виснаження і гальмування включення регуляторних систем для формування довготривалої адаптації (Волошин А., Котляревський І., Жданов О., 2023).

Для опису цього розладу, поряд із порушеннями сну, головними болями, вегетативною лабільністю, фахівці включають такі симптоми як емоційна нестабільність, збудженість, зниження загального емоційного фону, втрата ініціативи та інтересу, швидке наростання втоми, а також порушення пам'яті та труднощі у концентрації уваги. Однак сьогодення потребує вже не тільки діагностувати загальні психологічні та медичні наслідки психічної травми, а й більш детально вивчати механізми виникнення порушень і визначати

компенсаторні механізми, які дадуть змогу подолати ці порушення. У цьому контексті суттєвого значення набувають детальні дослідження змін в особистісній і пізнавальній сферах комбатантів, зокрема після отримання психічної травми.

Варто зазначити, що поняття «когнітивні ресурси» відображає утворення зрілої психіки, що забезпечують процеси розв'язування типових задач, формування та розвинення нових ментальних структур для ефективного розв'язання проблемних ситуацій (Савченко О., 2014).

Для вивчення впливу травмувального досвіду на особистісні ресурси комбатантів нами було проведене дослідження, в якому взяли участь 189 осіб, що перебували на лікуванні або обстеженні у військовому шпиталі. Середній вік становив 39,8+14,2 року. Усі учасники дослідження – чоловіки. Випробовуваних було поділено на п'ять груп, учасники яких характеризувалися за ознакою наявності психічної травми в анамнезі. Психологічне дослідження тривало 45-90 хв. протягом 2-3 днів у ранкові години до проходження медичних процедур або отримання медичних препаратів.

Проведене дослідження дозволило виявити наслідки травмувального досвіду для особистісних ресурсів комбатантів. Встановлено, що травмувальний досвід призводить до характерних змін в емоційно-особистісній сфері, які виражаються у посиленому переживанні тривоги та депресії. Причому відстрочений досвід участі у бойових діях формує переважно депресивні переживання, а відстрочений досвід участі у ліквідації наслідків бойових дій призводить до виникнення підвищеної особистісної тривожності.

Травмувальний досвід, спричинений різними причинами та різної тривалості, вносить суттєві спотворення у використання когнітивних ресурсів. Порушення у когнітивній сфері стосуються насамперед основних показників уваги та короткочасної пам'яті. При цьому встановлено, що підвищена особистісна тривожність призводить до помітних порушень стійкості уваги, а підвищена депресивність – до проблем із перемиканням уваги.

Загалом найпроблемнішими, як щодо виконання тестів на увагу, так і щодо виконання тестів на запам'ятовування, виявляються групи осіб з ускладненою відтермінованою бойовою психічною травмою, відтермінованою психічною травмою, а також група комбатантів, які мають травматичний досвід, не пов'язаний із бойовими діями. Природно, що отримані поранення не дають забути про травмувальні події, посилюють їхнє переживання, сприяють формуванню негативних станів. Пошук відповіді на те, що викликає такий ефект у комбатантів, дозволяє нам зробити припущення, що їх переслідує переживання загрози повторення трагічних подій. Це забирає сили і не дає можливості ефективно використовувати функціональні ресурси для вирішення поставлених завдань.

У разі гострої психічної травми учасники дослідження виявляли інші стратегії у розв'язанні когнітивних завдань, ніж у разі відстроченої психічної травми. Зокрема, комбатанти із гострою психічною травмою прагнуть підтримувати високий рівень виконання за рахунок підключення додаткових

ресурсів та інтенсифікації діяльності. Однак ця стратегія загалом не є ефективною, а призводить до швидкого стомлення. У разі серйозних труднощів оптимальними є метакогнітивні стратегії свідомого розподілу ресурсів. Саме на шляху навчання цих стратегій можливе подолання складнощів комбатантами, які переживають відстрочену психічну травму. Крім того, за гострої психічної травми учасники дослідження, розв'язуючи інтелектуальні задачі, спиралися на ресурси довгострокової пам'яті і базові знання; за відтермінованої психічної травми, коли довготривала пам'ять починає погіршуватися, залучались стратегії інтенсифікації актуальних розумових операцій. Спроби учасників дослідження інтенсифікувати розв'язання когнітивних завдань за рахунок посилення свідомої регуляції наражаються на обмежені можливості їхніх додаткових ресурсів уваги і не є оптимальними стратегіями.

Загалом нами встановлено, що підвищена особистісна тривожність призводить до помітних порушень стійкості уваги, а підвищена депресивність - до проблем із перемиканням уваги. Травмувальний досвід спричиняє зміни в емоційно-особистісній сфері, що виражаються у посиленому переживанні тривоги та депресії. Відтермінований досвід участі у бойових діях формує депресивні переживання, а відтермінований досвід участі у ліквідації наслідків бойових дій призводить до виникнення підвищеної особистісної тривожності. Врахування отриманих результатів дозволяє корегувати надання психологічної допомоги комбатантам, беручи до уваги їхній травмувальний досвід. Зважаючи на сказане вище, перспективою подальшого дослідження вбачаємо у виявленні особливостей надання психологічної допомоги комбатантам з ознаками посттравматичного стресового розладу, а також у розробці практичних рекомендацій родині як суб'єкту підтримки своїх членів після їхнього повернення з зони бойових дій.

ПСИХОЛОГІЧНІ СТРАТЕГІЇ ОСМИСЛЕННЯ КРИЗИ У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ДОРΟΣЛИХ: РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

В.О. Потьомкін,
аспірант,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України

Криза – це не лише зовнішня подія, а передусім спосіб її внутрішнього осмислення. В умовах війни, економічної турбулентності та соціальної нестабільності саме інтерпретація кризи визначає рівень емоційного напруження, стійкості та готовності до дії. Не обставини, а їх психологічне значення формує досвід «кризового навчання», де ключову роль відіграють смислові та мотиваційні ресурси особистості.

Згідно з концепцією когнітивної оцінки (Lazarus & Folkman, 1984), переживання кризи є результатом інтерпретації – людина реагує не на саму

подію, а на її смислову оцінку. Якщо подію осмислюють як загрозу, активується тривога й уникання; якщо як виклик – формується активна, розвіткова позиція. Дослідження Fredrickson (2001) підтверджують: позитивне переосмислення критичних ситуацій розширює поведінковий репертуар і підтримує психологічну стійкість.

У межах ресурсного підходу (Hobfoll, 2002; Schaufeli & Taris, 2014) криза розглядається як процес втрати, збереження або примноження особистісних ресурсів. Відповідно, рівень суб'єктивного переживання кризи залежить від того, чи сприймає людина ситуацію як виснаження можливостей, чи як шанс активувати нові ресурси. У навчальному контексті це визначає, чи стає освіта захисним механізмом, спрямованим на компенсацію, чи ресурсним механізмом, який підтримує розвиток.

Сучасні дослідження (Deci & Ryan, 2008; Luthans, Youssef-Morgan & Avolio, 2015; Federici & Skaalvik, 2021) підкреслюють, що саме смислова позиція – а не зовнішні обставини – формує рівень суб'єктивної кризовості. Вона опосередковує взаємодію між внутрішньою мотивацією, самоефективністю та стресостійкістю. Українські дані (Карамушка, 2022) також свідчать, що у воєнних умовах професійна активність значною мірою залежить від того, чи вдається працівникам наділити кризу конструктивним смислом.

Метою дослідження є емпіричне виявлення та аналіз психологічних стратегій осмислення кризи дорослими у процесі навчання. Такий підхід дозволяє зрозуміти, які способи смислової інтерпретації сприяють психологічній адаптації, а які – підсилюють відчуття кризовості та демотивацію.

У межах емпіричного дослідження було проаналізовано 320 анкет респондентів, які взяли участь у вивченні феномена «навчання у кризових умовах». Відповіді на відкрите запитання – «Як Ви розумієте вислів “Навчання у кризових умовах”?» – стали основою якісного контент-аналізу, спрямованого на виявлення способів смислового осмислення кризи.

На основі лексичних, мотиваційних і контекстуальних маркерів було виділено п'ять смислових кластерів, що відображають різні типи ставлення до кризи:

- Вимушеність / обмеження ресурсів (14%) – криза осмислюється як стан тиску, дефіциту, обмежень; навчання постає вимушеною необхідністю, спрямованою на підтримання життєздатності.
- Зовнішній контекст (війна / економіка) (44%) – криза сприймається як об'єктивна соціальна або економічна реальність, що створює фон для навчання; особистісна залученість мінімальна.
- Невизначеність / нестабільність (9%) – криза описується через втрату стабільності, тривожність, страх майбутнього; навчання розглядається як спосіб утримати відчуття контролю.
- Проактивна адаптація / розвиток (31%) – криза інтерпретується як виклик і можливість оновлення, а навчання – як ресурс саморозвитку та стабілізації.

- Цифрові формати навчання (1%) – криза зводиться до технологічних або організаційних змін у процесі навчання, без глибокої емоційної чи смислової складової.

Серед респондентів переважає сприйняття кризи як зовнішнього контексту (44%), що відображає установку на пристосування до реальності, а не її переосмислення. Для цієї групи характерна пасивно-адаптивна позиція: навчання не розглядається як механізм внутрішньої трансформації, а радше як вимушений супровід життєвих змін.

Водночас третина вибірки (31%) демонструє проактивно-розвивальний тип мислення, у якому криза стає стимулом до оновлення, розширення компетенцій та пошуку нових професійних стратегій. Ця група вирізняється внутрішнім локусом контролю, відчуттям автономії та рефлексивністю – рисами, пов'язаними з високим рівнем психологічного капіталу (Luthans et al., 2015).

Менші групи респондентів характеризуються реактивним, емоційно напруженим сприйняттям кризи: для кластеру «вимушеність / обмеження ресурсів» типовим є відчуття безвиході, тоді як у групі «невизначеність / нестабільність» домінує тривога та пошук зовнішніх гарантій безпеки.

Щоб визначити, як спосіб інтерпретації кризи впливає на її емоційне переживання, показники смислових кластерів були зіставлені зі суб'єктивною оцінкою ступеня кризовості навчання (шкала 1–5). Отримані середні значення подано нижче (табл. 1).

Таблиця 1

Стратегії осмислення кризи у процесі навчання дорослих

Стратегія осмислення кризи	Суб'єктивна оцінка кризовості	Психологічна характеристика
Вимушеність / обмеження ресурсів	4.2	Високий рівень напруження, почуття безсилля, реактивна поведінка.
Невизначеність / нестабільність	3.9	Емоційна вразливість, домінування тривоги, потреба у контролі.
Зовнішній контекст (війна / економіка)	3.5	Помірна кризовість, усвідомлення обставин без особистісної рефлексії.
Проактивна адаптація / розвиток	2.8	Зниження суб'єктивної кризовості, навчання як ресурс стабілізації.
Цифрові формати навчання	2.5	Найнижчий рівень емоційного напруження, нейтральне ставлення до кризи.

Аналіз виявив стійку залежність між смисловим типом осмислення та інтенсивністю суб'єктивного переживання кризи. Особи, які визначали кризу через обмеження чи невизначеність, демонстрували найвищий рівень напруги (3,9 – 4,2 бали). Їхні відповіді містили семантичні маркери «нестача», «складно», «важко», «виживати» – що свідчить про зовнішній локус контролю та емоційно-захисні стратегії.

У протилежність цьому, респонденти кластеру «проактивна адаптація / розвиток» оцінювали кризовість значно нижче (2,8), описуючи кризу через слова «можливість», «оновлення», «пошук нових рішень». Таке сприйняття узгоджується з моделлю позитивного переосмислення (Fredrickson, 2001) і свідчить про здатність трансформувати напруження у мотиваційну енергію.

Порівняння кластерів дозволяє простежити три рівні смислової зрілості переживання кризи:

Реактивний рівень (кластери Зовнішній контекст та Невизначеність/ нестабільність) – домінують емоційні реакції, зовнішній локус контролю, прагнення уникати труднощів. Навчання виконує компенсаторну функцію.

Адаптивний рівень (кластер Проактивна адаптація / розвиток) – криза усвідомлюється як об'єктивна даність, але без глибокої рефлексії. Мотивація має інструментальний характер.

Ресурсно-розвивальний рівень (кластер Цифрові формати навчання) – криза переосмислюється як простір можливостей; навчання стає формою саморегуляції й відновлення внутрішнього балансу.

Таким чином, тип осмислення кризи виступає детермінантою рівня її суб'єктивного переживання. Чим активніше, свідоміше й цілеспрямованіше ставлення до кризи, тим нижчим є рівень емоційного напруження і вищою – здатність підтримувати мотиваційну активність у навчанні.

Результати проведеного дослідження підтверджують положення ресурсної моделі мотивації навчання у кризових умовах: когнітивне переосмислення подій як виклику активує внутрішні ресурси (оптимізм, самоефективність, надію), що сприяє зниженню суб'єктивної кризовості. У такий спосіб навчання стає не лише засобом професійного розвитку, а й механізмом психологічної саморегуляції, який допомагає людині інтегрувати кризовий досвід у власну життєву стратегію.

Також результати підтверджують, що стратегія осмислення кризи визначає рівень її суб'єктивного переживання. Реактивні інтерпретації («вимушеність», «невизначеність») пов'язані з підвищеною тривожністю, тоді як проактивні – зі зниженням кризовості та вищою мотиваційною стійкістю. Осмислення кризи як виклику трансформує стрес у розвитковий ресурс і підвищує ефективність навчання.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДОТРИМАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ СТУДЕНТАМИ СПОРТИВНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

*А. О. Прокопенко,
доктор філософії,
Національний університет фізичного виховання
і спорту України*

Сучасна Україна переживає складний період воєнних випробувань, що торкається всіх сфер суспільного життя, зокрема освітньої. Університети фізичного виховання і спорту, які традиційно формують не лише професійні компетентності майбутніх фахівців, а й культуру здорового способу життя, стикаються з новими викликами. Психологічна нестабільність, емоційне виснаження, зниження рухової активності, відчуття невизначеності та страху – усе це негативно позначається на здоров'ї студентів.

У цих умовах значення набуває психолого-педагогічний супровід, що дозволяє не лише підтримати психічну стійкість студентської молоді, а й сформувані усвідомлене ставлення до власного здоров'я як до життєвої цінності та професійної компетентності (Петровська Т., 2020).

Здоровий спосіб життя студентів спортивних спеціальностей є не лише медико-біологічним, але й соціально-психологічним феноменом. Він поєднує фізичну активність, психоемоційну рівноваженість, культуру харчування, відпочинку, комунікації та саморегуляції (Смоляр І., 2017).

Психолого-педагогічний супровід у сучасному розумінні трактується як цілеспрямований процес взаємодії викладача, психолога та студента, спрямований на створення умов для розвитку особистісних ресурсів, професійної мотивації й здатності до самопідтримки у складних життєвих обставинах (Гринь О., 2022).

Згідно з концепцією гуманістичної педагогіки, студент є активним суб'єктом власного розвитку, а завдання викладача – створити середовище, у якому здоров'язбережувальні цінності стають особистісно значущими. На думку Мойзріст О. (2024), ефективний супровід формується через поєднання трьох взаємопов'язаних складових:

Психологічної, що забезпечує розвиток емоційної стабільності, впевненості, саморегуляції, формує установки на позитивне мислення.

Педагогічної, яка спрямована на інтеграцію здоров'язбережувальних принципів у навчально-виховний процес, зокрема у зміст професійно орієнтованих дисциплін.

Соціальної, що базується на створенні середовища підтримки, студентських ініціатив, спортивного волонтерства та колективної взаємодопомоги.

Таким чином, супровід дотримання здорового способу життя передбачає цілісну систему впливів, що охоплює когнітивну, емоційну й поведінкову сфери особистості майбутнього фахівця.

В умовах воєнного стану психологічна підтримка студентів стає одним із ключових завдань університетського середовища. Під впливом постійного стресу, інформаційного перевантаження, втрати соціальних зв'язків та зміни звичного ритму життя у багатьох студентів знижується рівень емоційної стабільності та мотивації до навчання.

Дослідження Курдибахи О. (2022) показують, що навіть у студентів, які активно займаються спортом, спостерігаються прояви тривожності, роздратування, порушення сну. Це свідчить, що фізична активність не завжди компенсує психологічні навантаження без належного психоемоційного супроводу.

Основними напрямками психологічної підтримки студентів спортивних спеціальностей є:

- індивідуальні консультації з питань емоційної саморегуляції, подолання тривоги, формування позитивного мислення;
- групові тренінги із розвитку стресостійкості, психологічної гнучкості, згуртованості та командної взаємопідтримки;
- використання елементів психогімнастики, дихальних технік і коротких практик релаксації перед навчальними заняттями чи тренуваннями;
- навчання методам самодопомоги – ведення щоденника емоцій, практики усвідомленості (mindfulness), короткі техніки рефлексії.

Важливо, щоб психологічна підтримка не була формальною, а інтегрувалася у щоденну освітню практику, стаючи природною складовою спілкування між викладачами й студентами.

Педагогічна складова супроводу дотримання здорового способу життя передбачає системне впровадження здоров'язбережувальних технологій у процес підготовки фахівців. Терещенко Л. (2024) підкреслює, що студенти спортивних спеціальностей, як майбутні наставники і вихователі молоді, мають не лише володіти теоретичними знаннями про здоров'я, але й демонструвати відповідну життєву позицію.

До педагогічних умов, що сприяють формуванню здоров'язбережувальної компетентності, належать:

- створення освітнього середовища довіри та партнерства, у якому студент має можливість відкрито обговорювати труднощі, пов'язані з фізичним і психічним станом;
- впровадження інтерактивних форм навчання – тренінгів, воркшопів, рольових ігор, які формують практичні навички здорової комунікації, командної взаємодії, управління емоціями;
- включення у навчальні курси тем, пов'язаних із психологією здоров'я, профілактикою професійного вигорання, самоменеджментом;
- залучення студентів до волонтерських і соціальних проєктів, що сприяють відчуттю соціальної значущості та формують внутрішню мотивацію до здорового способу життя.

Педагогічний супровід має бути адаптивним: враховувати індивідуальні відмінності студентів, їхній емоційний стан, життєві обставини, готовність до

самоорганізації. Такий підхід забезпечує не лише навчальний, а й виховний ефект, формуючи цілісну, гармонійну особистість майбутнього фахівця з фізичного виховання.

Поєднання психологічних і педагогічних впливів створює синергетичний ефект, що дозволяє досягти високої ефективності у формуванні здоров'язбережувальної поведінки студентів. Якщо педагогічні методи забезпечують знання, уміння і навички, то психологічні механізми – внутрішню мотивацію, емоційну стійкість і віру у власні сили.

Викладач у цьому процесі виступає не лише джерелом знань, а й моделлю здорового способу життя, прикладом гармонійного поєднання професійної майстерності, духовності та психологічної культури. Як зазначає Балух М. (2020), особистісний приклад викладача є потужним виховним чинником, який впливає на установки студентів значно сильніше, ніж формальні лекції чи настанови. Ефективна взаємодія психолога, викладача та студента формує простір підтримки, де здоров'я розглядається як інтегративна цінність — біологічна, соціальна і моральна водночас.

Отже, психолого-педагогічний супровід дотримання здорового способу життя студентами університетів фізичного виховання і спорту в умовах воєнного стану є ключовим чинником збереження психофізичного потенціалу майбутніх фахівців.

Системний підхід до супроводу передбачає інтеграцію психологічної підтримки, педагогічних технологій і соціальної взаємодії. Він забезпечує не лише стабілізацію емоційного стану студентів, а й розвиток внутрішньої мотивації до здорового способу життя, формування цінностей гуманізму, відповідальності та самодисципліни.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з розробкою і впровадженням комплексних програм психолого-педагогічного тренінгу, спрямованих на розвиток стресостійкості, комунікативної культури та адаптаційних ресурсів студентів у кризових умовах суспільного життя.

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО КЛІНІЧНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ВОЄННИХ ДІЙ

Є. О. Пугач,

лікар-методист,

Державне некомерційне підприємство «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»

Стан війни, у якому на сьогодні день перебуває Україна, потребує від її громадян консолідації усіх фізичних та моральних ресурсів. Воєнні дії руйнують не тільки економіку, а й залишають глибокі та довготривалі травми як для суспільства в цілому, так і кожної, окремо взятої, особистості.

Через тривалу небезпеку та пов'язані з нею постійні стреси, знижуються адаптаційні ресурси людини, підвищується ризик погіршення фізичного і психічного здоров'я, що сприяє розвитку постстресових розладів, загостренню хронічних захворювань серцево-судинної та нервової систем, опорно-рухового апарату. Лише близько 1 млн. внутрішньо переміщених осіб (10-20%) потребують спеціалізованої медико-психологічної допомоги. Тому, актуальною проблемою, яка постає перед медичною спільнотою, є забезпечення постраждалих внаслідок воєнного конфлікту висококваліфікованою, якісною та ефективною медичною та психосоціальною допомогою.

Сфера реабілітації відіграє важливу роль у відновленні здоров'я, працездатності та якості життя осіб, які зазнали травм, хвороб або мають фізичні обмеження (Боряк О.В., 2024; Мисула І.Р та ін., 2019). Всесвітня організація охорони здоров'я наголошує, що через зростання поширеності хронічних неінфекційних захворювань та збільшення кількості осіб із наслідками травм спостерігатиметься збільшення попиту на реабілітаційні послуги (Брич В.В., 2021).

В умовах обмежених кадрових ресурсів комплексний підхід до клінічної медико-психологічної реабілітації осіб, постраждалих унаслідок воєнних дій, дозволяє ефективно використовувати потенціал фахівців і ґрунтується на дотриманні технологічності, мультидисциплінарному («командному») принципі організації та інформаційному супроводі реабілітаційного процесу (Панченко О.А., Кабанцева А.В., 2021).

Надання ДНП «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» спеціалізованої медичної, клінічної реабілітаційної й абілітаційної, медико-психологічної та стоматологічної допомоги особам, постраждалим внаслідок війни, який також має 34-річний досвід роботи з постраждалими внаслідок аварії на ЧАЕС, відповідає викликам сьогодення. Центр є профільною установою у сфері медико-психологічної реабілітації й абілітації, проводить наукові дослідження щодо розробки ефективних методів діагностики, лікування та реабілітації, результати яких впроваджуються у практичну діяльність Закладу, закладів охорони здоров'я, закладів вищої освіти в Україні.

Запроваджений у закладі мультидисциплінарний підхід, який передбачає тісну взаємодію між клінічними спеціалістами та фахівцями з реабілітації, дозволяє проводити реабілітацію як після спеціалізованого лікування, так і під час надання спеціалізованого лікування (кардіологічного, неврологічного, психіатричного, ендокринологічного, стоматологічного). Своєрідний ланцюг, який складається із діагностичних та лікувально-реабілітаційних заходів, формує систему динамічного спостереження за хворим.

Контингент, який звертається до Закладу по медичну допомогу, складається із осіб, що постраждали внаслідок війни і зазнали суттєвої шкоди фізичному і психічному здоров'ю. Це: ветерани, учасники бойових дій, професійні рятувальники, внутрішньо переміщені особи, особи з інвалідністю, жертви насильницьких дій, різні категорії постраждалих від надзвичайних

ситуацій. Значна частина пацієнтів страждає на хронічні захворювання серцево-судинної, нервової системи, опорно-рухового апарату та має постстресові розлади, стоматологічні захворювання. Окрім цього, бойові дії на території України руйнівним чином впливають на психічне здоров'я дітей, викликаючи тривожність, втому, психічне перевантаження, агресію, інші психологічні та емоційні проблеми.

Модель клінічної медико-психологічної реабілітації, що запроваджена в ДНП «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» передбачає комплексну оцінку соматичного стану та психологічного благополуччя особистості. На етапі об'єктивізації долучаються профільні спеціалісти з кардіології, неврології, ендокринології, психіатрії, стоматології, спеціалісти з функціональної, ультразвукової та лабораторної діагностики тощо. Здійснюється психологічна діагностика та психокорекція клінічними психологами. У комплексному лікуванні пацієнтів з коморбідними станами залучаються фахівці з реабілітації (лікарі ФРМ, фізичні терапевти, асистенти фізичного терапевта/ерготерапевта, терапевти мови і мовлення), по завершенню проводиться оцінка ефективності реабілітаційних заходів.

Заклад бере участь у міжнародних науково-практичних заходах, що дозволяє обмінюватися досвідом і знаннями у сфері медико-психологічної реабілітації, забезпечує платформу для налагодження нових професійних контактів та впровадження інноваційних підходів у діагностичний, лікувальний та реабілітаційний процеси.

Комплексний підхід до клінічної медико-психологічної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок воєнних дій полягає не лише у своєчасному наданні допомоги, а й у розвитку психологічних ресурсів, що сприяє професійній адаптації та інтеграції у суспільне життя, що зміцнює державу в її зусиллях щодо відновлення та подолання наслідків війни.

ЯВИЩЕ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗРОСТАННЯ КРІЗЬ ПРИЗМУ ВІЙНИ В УКРАЇНІ

М. С. Риженко,

*здобувачка факультету торгівлі та маркетингу,
Державний торговельно-економічний університет*

Н. С. Бойко,

*доктор філософії за спеціальністю «Психологія»,
Державний торговельно-економічний університет*

Повномасштабна війна в Україні має істотний вплив на психічне здоров'я громадян, зокрема спричиняє зростання випадків посттравматичного стресового розладу (ПТСР). До початку повномасштабного вторгнення в Україну про цей розлад чула лише невелика кількість окремих фахівців, не кажучи вже про звичайних людей – зараз же це стало буденністю для багатьох.

Метою дослідження є вивчення важливості інтеграції питання ПТСР та ПТЗ в українське суспільство та дослідження посттравматичного зростання як важливого явища для особистісного розвитку людини.

Брак такого роду знань справді викликає подив та страх, особливо якщо подивитися на цифри зі щоденного життя нашої країни. За даними Національної служби здоров'я, після початку повномасштабної війни в Україні кількість випадків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) значно зросла, і лише за перші 2 місяці 2024 року цей розлад діагностовано 3292 пацієнтам – майже стільки випадків було діагностовано за весь 2021 рік (Міністерство охорони здоров'я України, 18.03.2024).

Отож про травматичний досвід варто говорити більше та частіше, особливо в умовах жорстокої війни на території нашої країни.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – найвідоміший, мабуть, серед розладів, який діагностується у близько 30% дітей і дорослих – це розлад психічного здоров'я, який може розвинутися після переживання або спостерігання стресової, страшної або небезпечної для життя ситуації. До таких ситуацій належать бойові дії, теракти, стихійні лиха, нещасні випадки, ДТП, фізичне або сексуальне насильство, полон і катування, погрози, психологічне знущання або будь-яка подія, яку людина вважає травматичною (Global Medical Knowledge Alliance, 2024).

Характерною ознакою ПТСР є механізм запису травматичної інформації у пам'яті. В результаті цього у майбутньому будь-які деталі, які хоча б віддалено нагадують про травмуючу подію, будуть викликати негайну реакцію захисту організму, що в свою чергу проявляється негативною симптоматикою. Саме тому ПТСР після війни – це така ж актуальна проблема, як і під час воєнного стану. Травматичні події, стреси, кризи провокують страждання, але крім страждань, вони несуть у собі ще щось: після страждань може прийти оновлення, очищення, звільнення, осяяння, досягнення нового стану та оновлення світогляду (В. О. Климчук, 2020).

Отож, після страждань виникає явище, що має назву посттравматичне зростання – досвід позитивних змін, які виникають у результаті боротьби з важкими життєвими кризами. Це ситуація, при якій розвиток особистості (принаймні в окремих сферах) перевищив свій попередній рівень, тобто той, який був до того, як у житті з'явилася криза. Людина не просто вижила, але й значуще змінилася порівняно зі своїм попереднім станом (Tedeschi & Calhoun, 2004). Ці зміни проявляються у різних напрямках: зростання цінування життя в цілому, наповнення стосунків смислами, зростання почуття особистої сили, зміна пріоритетів, збагачення духовного життя тощо.

Посттравматичне зростання не означає відсутність посттравматичного стресового розладу, вони можуть існувати одночасно. Існують дослідження, що посттравматичне зростання проявляється більш виражено у людей, у яких були важчі прояви ПТСР (Львівськи обласний ЦКПХ). ПТЗ є як результатом, так і процесом. Його неможливо викликати в іншій людині. Утім, про нього можна розповісти, і людина, яка знає про цей феномен, ймовірно зможе його

пережити, оскільки вона буде знати, що травма може мати кілька варіантів розвитку.

Точна кількість людей, які після травми переживатимуть зростання, невідома: вважається, таких від половини до двох третин. Неможливо визначити, хто це буде: відмінностей за віком, статтю, освітою чи доходом або немає взагалі, або ж вони є незначними.

Річард Тедескі називає дві риси, які підвищують імовірність зростання: відкритість до нового досвіду та відкритість до людей. Люди, які їх мають, схильні переглядати свої переконання, підтримувати або встановлювати зв'язки. Підтримуюче оточення – це важливо для переживання травми, навіть якщо не враховувати зростання.

В умовах війни мільйони українців пережили втрату дому, близьких та спокою. Але попри це, навіть переживши жахіття війни, люди об'єднуються: ветерани, повертаючись з фронту, створюють фонди для допомоги побратимам; люди, що втратили дім, допомагають таким самим родинам, що залишились без даху над головою. Особливої популярності зараз набуває волонтерство – волонтерами стають в тому числі і люди, що на власному досвіді відчули, що означає жити без води, їжі та тепла. Дехто з них на власні очі бачив смерть чи катування, але навіть попри це вони знайшли в собі сили протистояти внутрішньому болю та продовжити жити й цінувати життя, що тепер ми називаємо посттравматичним зростанням.

У сучасному світі люди зіштовхуються зі стресом у різних аспектах свого життя і саме посттравматичне зростання є тим необхідним явищем, що стає ключовою передумовою для досягнення особистісного благополуччя та росту в умовах стресу. Зараз же явище посттравматичного зростання набуває важливого значення не лише для тих, хто страждає на ПТСР, а й для кожного пересічного громадянина нашої країни. Його актуальність зберігатиметься ще не на один рік після завершення війни, тож знати, розуміти й сприймати всі ці наслідки – обов'язок кожного з нас.

ОСНОВНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ЗДОРОВ'Я У ПРЕДСТАВНИКІВ РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП У СПОКІЙНОМУ І ПОСТСТРЕСОВОМУ СТАНАХ

О. Д. Сафін,

*доктор психологічних наук, професор,
Уманський державний педагогічний
університет імені Павла Тичини*

Питання збереження здоров'я населення є важливим державним завданням, що охоплює різні аспекти життя людини (медичний, соціальний, психологічний, економічний тощо). Серед них провідну роль відіграє психічне здоров'я, оскільки воно зосереджується на вищих психічних функціях (когнітивних, емоційних, особистісних тощо) (Корольчук В. М., 2023; Кузікова С. Б., 2018;

Потапчук, Є. М., 2004). Це важливо як для здорових осіб, так і для людей, які страждають на органічні захворювання та функціональні розлади центральної нервової системи, які мають ризик розвитку психічних розладів. В останні роки, у зв'язку із значним зростанням захворюваності особлива увага приділяється віковому аспекту здоров'я та чинникам, що на нього впливають: медичним, соціальним та психологічним. Державні програми, спрямовані на підтримку та збереження здоров'я українських громадян, повинні ґрунтуватися на чіткому розумінні не лише фізичної складової здоров'я, а й його психологічного аспекту та того, як він змінюється із віком, що має значний вплив на поведінку громадян щодо власного здоров'я. На цей час дослідження психічної діяльності та психічного здоров'я здійснюється у різних напрямках. У нейропсихологічному аспекті усі вищі психічні функції розглядаються як функціональні системи з унікальною динамічною структурою із рухомими зв'язками, яка перебудовується протягом усього життя. Для вивчення таких складних структур використовується системний підхід до дослідження психічної діяльності, який передбачає розгляд взаємозв'язків між різними психологічними процесами в їхній спільній структурній організації, що дозволяє оцінити динаміку та результати регуляторної діяльності психіки. Водночас багато сучасних психологічних досліджень спрямовано на виявлення та вивчення індивідуальних психологічних чинників здоров'я. Одним із найважливіших серед них є інформаційний чинник здоров'я. Інформація про здоров'я надходить із зовнішнього світу, де її носіями є соціальне середовище, референтне значуще середовище, засоби масової інформації тощо. Іншим важливим джерелом інформації є внутрішній світ людини, на рівні якого інформація про здоров'я подається у вигляді суб'єктивного переживання благополуччя або дискомфорту, відчуття власних сил, фізичних і психологічних можливостей, у розвитку яких велике значення мають процес виховання і реакція значущого оточення на потреби дитини, її дослідницьку, соціальну та ігрову діяльність, а також здатність долати фрустрацію. Уся ця інформація формує основу, на якій з народження починають формуватися психологічні інформаційні поля, що містять інформацію про різні аспекти здоров'я. Психологічні інформаційні поля - це нейронні, переважно коркові, поля головного мозку, до функцій яких належать сприйняття, зберігання та обробка інформації, на основі якої мозок приймає рішення із врахуванням цієї інформації. На формування та зміст відповідних інформаційних полів спочатку впливають генетичні (спадкові) чинники, представлені індивідуальними рисами особистості, а також робота аналітичних систем, що входять до складу апарату сприйняття. Постійний потік аферентних сигналів, що обробляються сенсорною системою, призводить до накопичення інформації із часом, яка вже на ранніх етапах онтогенезу формує основу для формування самосвідомості. Особливо слід відзначити активуючі чинники, що визначаються насамперед характеристиками вищої нервової системи, силою та якісними характеристиками інформаційного впливу, його суб'єктивним значенням та цінністю для індивіда - усе це впливає на внутрішню динаміку психічних процесів та рівень психічної активності. Кожна людина в

актуальний момент має власне інформаційне поле, що містить потребно-мотиваційні, емоційні, когнітивні та активаційні компоненти, які, залежно від особливостей темпераменту, віку та ієрархії здоров'я у системі цінностей, проявляються у тому чи іншому типі емоційного ставлення до здоров'я: адекватне, підвищена увага, зневага або ігнорування. Слід зазначити, що ці типи ставлень є ідеальними моделями, і фактичне ставлення людини до власного здоров'я у певний момент часу буде наближатися до одного з них. Серед особистісних чинників також необхідно відзначити активність таких структур, як система оцінок і система цінностей, оскільки саме на їхній основі приймаються рішення про ставлення до здоров'я і дії, тобто про характер взаємодії із навколишнім середовищем. Усе вищезазначене стосується також самооцінки здоров'я, яка відображає суб'єктивне, узагальнене сприйняття власного здоров'я і є багатофакторним маркером якості життя та вагомим показником загального стану здоров'я. Система оцінок є психологічною структурою, яка значною мірою залежить від когнітивних здібностей, навичок, минулого досвіду, важливості конкретного об'єкта для індивіда, встановлених стандартів тощо. Більшість оцінок індивід здійснює мимоволі, на несвідомому рівні, завдяки роботі стабільних інтегральних когнітивних утворень і набуває форми емоційного переживання, яке активує або пригнічує діяльність індивіда. На відміну від системи оцінок, система цінностей походить не з особистого досвіду, а із конкретизації та індивідуального переломлення цінностей, що існують у суспільстві та окремих соціальних групах; вона належить до стабільних мотиваційних утворень індивіда і задає вектор діяльності, спрямований у майбутнє. Життя відповідно до існуючих цінностей сприймається індивідом як суб'єктивно правильне і гармонійне, що виявляється у відчутті благополуччя (Потапчук Є. М., Потапчук Н. Д., 2025; Потапчук Є. М., Карпова Д. Є., 2025). Іншим важливим чинником здоров'я є соціально-психологічний. Ступінь адекватності формування психологічних структур здоров'я пов'язаний із сприятливим середовищем із моменту народження і усією подальшою життєвою діяльністю, коли формується і стабілізується система відносин людини. Головною метою цього періоду життя є розвиток емоційної антистресової стійкості, формування адекватної системи цінностей, міжособистісних орієнтацій, захисних механізмів і підвищення стресостійкості. Останні мають велике значення з т. з. віку. Вплив чинника стресу на здоров'я різних вікових груп вивчено достатньо добре (Сорока О. М., 2024; Тептюк Ю. О., 2021). Так, відзначається, що емоційні порушення, пов'язані зі стресом, значною мірою погіршують психічний стан літніх осіб із ПКП і сприяють подальшому розвитку когнітивних порушень, збільшуючи тим самим ризик розвитку деменції. Навіть при повній відсутності об'єктивних причин для стресу в актуальних ситуаціях у літньому віці відзначається зниження рівня активності та контролю, що збільшує ризик розвитку емоційних порушень, пов'язаних зі стресовими подіями, що відбулися у далекому минулому. При цьому наявність когнітивних порушень у літніх осіб пов'язана зі зменшенням

спектру використовуваних психологічних захисних механізмів, що також збільшує ризик розвитку емоційних розладів у стресовій ситуації.

Таким чином, психологічне інформаційне поле здоров'я містить потреби і мотивацію, емоційні переживання і відносини, вміння ставити цілі, складати програми, прогнозувати результати і дії, а також співвідносити їх із власними і соціальними еталонами. З позиції нейропсихології – це рухливі динамічні утворення, які у кожен поточний момент під впливом різних чинників можуть згасати, але зберігатися у довготривалій пам'яті і у потрібний момент активізуватися і впливати на роботу мозку і психіки. Особливу роль у цьому процесі відіграє система «схеми тіла», яка сприяє розвитку не лише рухових і просторових процесів, але й психологічного образу «Я», що веде до прийняття норм, еталонів фізичного і психічного здоров'я, а також еталонів краси у кожен окремий період часу. Крім того, подібного роду психологічні структури, як, наприклад, внутрішня картина хвороби (ВКХ), тісно взаємопов'язані із показниками функціонального стану мозку за даними ЕЕГ, ПЕТ і МРТ досліджень. У сприйнятті та переробці інформації бере участь весь мозок, забезпечуючи основу об'єктивних і суб'єктивних відчуттів, уявлень, емоційних переживань, особистісного реагування і поведінки, що призводить до прийняття рішень, цілей і програм поведінки, спрямованих на збереження і покращення здоров'я. У цьому складному процесі переробки отриманої інформації формується установка на здоров'я та якісне життя. Важливу роль при цьому відіграє самооцінка себе і власного статусу, ставлення до здоров'я і тим більше до психічного здоров'я. Такого роду установки протягом життя формуються та автоматизуються, тим самим допомагаючи особистості зберігати власні резерви і потенціал. Розвиток вищих психологічних структур як системних утворень тісно пов'язаний з усіма процесами організму, мозку, психіки. Взаємовплив цих процесів як психосоматичний механізм відображено у багатьох наукових дослідженнях. Таким чином, усі чинники здоров'я пов'язані між собою і представляють інформаційно-інтегративну психологічну систему взаємопов'язаних компонентів, де провідну роль відіграє особистість людини як система відносин. Поряд із реальним адекватним сприйняттям інформації про здоров'я, особистістю кожної конкретної людини формуються власні уявлення і переживання з приводу власного здоров'я, як фізичного, так і психічного, що визначається як внутрішня картина здоров'я (ВКЗ), яка співвідноситься із загальноприйнятими соціумом нормами та еталонами, а також емоційним ставленням, пов'язаним із системою цінностей особистості. Позитивне ставлення до власного здоров'я дозволяє зберігати власні резервні можливості, які необхідні для подолання життєвих труднощів і стресів.

Порівняння психологічного статусу молодих і літніх осіб засвідчило, що у молодих осіб відзначалися більш високі показники когнітивних функцій (пам'яті та уваги) та агресивних явищ. В особистісному аспекті молоді особи демонстрували стеничний (активно-поведінковий) тип реагування на стрес. Разом із тим молоді особи характеризувалися підвищеними показниками тривоги і страху, що підтверджує наявність нестійкості і внутрішньої

напруженості в їхньому емоційному стані, і, відповідно, погіршення їхнього психічного здоров'я. Усе це можна пояснити різницею у структурі і функціонуванні регуляторних механізмів психічної діяльності у молодих і літніх осіб. Сильні емоції і негативні емоційні стани є природними супутниками молодого віку, оскільки молоді люди стикаються із завданнями, які продиктовано віковими особливостями розвитку та об'єктивною культурно-історичною реальністю: професіоналізація, вступ у близькі стосунки, створення сім'ї, формування системи цінностей і світогляду, розвиток самооцінки і самопізнання. Важливим соціально-психологічним чинником тут є і історія індивідуального розвитку: характер виховання і дитячо-батьківських стосунків, наявність у минулому виражених стресів і психотравмуючих обставин. В окремих випадках, у критичні періоди вікового розвитку, можуть відбуватися особистісна дезадаптація, закріплення невротичних способів реагування та патопсихологічний розвиток. Реакція на стрес у молодих осіб, при якій відзначалося зниження показників когнітивних функцій, наростання емоційної, особистісної напруженості та зниження самооцінки, швидше за усе свідчать про недостатність резервних можливостей для подолання стресу, що призводить до стану гіперзбудження та особистісної дезадаптації. Одночасне зниження самооцінки здоров'я і ставлення до життя свідчить про те, що ті труднощі, з якими зіткнулися молоді особи, значною мірою вплинули на їхню самооцінку і оцінку власних можливостей. Їхня оцінка власного здоров'я, як правило, є недостатньою, поки здоров'я не порушено і не перебуває у списку пріоритетів, а лише декларується як цінність. Усе це свідчить про те, що внутрішня картина здоров'я, яка трактується як особливе ставлення до власного здоров'я, що виражається в усвідомленні цінності та активно позитивному прагненні до його досконалості, у молодих осіб ще не сформована. Опорою для оцінки і подальшої регуляції власного стану і поведінки у стресі будуть суб'єктивно пережиті неприємні відчуття. Отримані дані підкреслюють важливість формування внутрішньої картини здоров'я, за відсутності якої спостерігаються реакції дезадаптації і погіршення здоров'я у молодих осіб. На відміну від молодих осіб, літні особи із помірними когнітивними порушеннями мають достатній досвід життя і подолання хвороби, який разом з усвідомленням цінності здоров'я як необхідного компонента подальшого повноцінного життя є основою для формування і функціонування внутрішньої картини здоров'я. При зіткненні зі стресовою ситуацією літні особи демонструють більш диференційовану і менш виражену реакцію на стрес у порівнянні із молодими особами, а їхня самооцінка і показники когнітивних функцій істотно не відрізняються у спокійному і постстресовому станах. Незважаючи на те, що реакція на стрес у літніх осіб має гіпостенічний характер, який передбачає зниження рівня активності, відмову від задоволення певних потреб та обмеження поведінки, їхня самооцінка здоров'я і ставлення до життя залишається на колишньому високому рівні. Усе вищезазначене свідчить про те, що турбота про здоров'я та якість власного життя, завдяки механізмам інтеріоризації та автоматизації позитивного настрою на здоров'я, залишається для літніх осіб у пріоритеті. Виходячи з отриманих

результатів виникає необхідність у роботі із молодими особами для формування у них психічної стійкості. Рекомендації щодо її досягнення пов'язані із розвитком здатності до самоспостереження, самооцінювання та рефлексії, а також вмінням розпізнавати власні відчуття, думки, емоційні стани, тобто формувати відповідні функціональні системи, що дозволяють свідомо відстежувати, регулювати та змінювати поведінку щодо власного здоров'я (формувати автоматичну позитивну установку на здоров'я). У молодих осіб у стані особистісної дезадаптації під впливом сильних емоцій спостерігалось домінування процесів збудження, що свідчить про те, що контролюючі механізми емоційно-особистісної сфери у молодих осіб не справляються зі стресом, оскільки автоматизм психологічної установки на здоров'я не сформований. Однією зі структур, необхідних для підтримки та збереження здоров'я, є внутрішня картина здоров'я, яку необхідно вивчати для більш глибокого розуміння психологічних механізмів здоров'я та методів його збереження і корекції.

СУЇЦИДАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЯК ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ПІДЛІТКІВ

І. А. Сердюк,

кандидат наук з державного управління,

В. Є. Потєхіна,

клінічний психолог,

*Державне некомерційне підприємство «Науково-практичний
медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»*

Суїциди є найбільшою проблемою у сучасному світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щорічно у світі, від самогубства, помирає близько 800 тисяч людей. Подібний спосіб завершення життя є провідною причиною смерті у віковій категорії людей від 15 до 29 років. Серед підлітків 15-19 років самогубство посідає п'яту сходинку найчастіших причин смерті.

Згідно з інформацією Державної служби статистики України від навмисного самоушкодження протягом 2017-2021 років померли 464 дитини. Обласні військові адміністрації повідомляють, що у 2022 році дітьми скоєно 1270 спроб самогубств, а станом на 15 листопада 2023 сталося 116 випадків суїцидів серед дітей. За даними Офісу генерального прокурора від початку 2025 року в Україні на 17% зросла кількість дітей, які вчинили самогубство або його спробу. Таким чином, аналіз даних свідчить про збільшення тенденції щодо підліткових суїцидів.

У методичних рекомендаціях «Третинна профілактика суїцидів у закладі освіти: соціально-психологічні технології кризової взаємодії педагогічної спільноти, сім'ї, громади» (С.Л. Чуніхіна, Л.А. Найдьонова та ін.) визначається, що суїцидальна тенденція – це динаміка поступового наростання суїцидальних

психологічних станів: від зниження вітальності, втрати радості від життя до нестерпності токсичних емоційних станів, які призводять до формування суїцидальних думок, намірів, планів і зрештою – суїцидальних дій.

Суїцидальні тенденції у підлітків це є комплексне порушення психічного здоров'я, що формується під впливом біологічних, психологічних, соціальних та інформаційних факторів життя. Слід також взяти до уваги, що підлітковий вік характеризується підвищеною емоційною вразливістю, схильністю до перепадів настрою, слабкістю самокритики, імпульсивністю, егоцентричною спрямованістю, емоційною нестабільністю що приводить до ризикованої поведінки. Формуванню та розвитку суїцидальної поведінки сприяють такі психоемоційні стани та порушення, як гострий стрес і його наслідки, посттравматичний стресовий розлад, порушення сну, прояви тривоги та депресії, розчарування, переживання втрати, невпевненість у собі. До суїцидальних роздумів також призводять хімічні залежності, самотність, нещасні стосунки. Довготривала конфліктна ситуація провокує сплановану суїцидальну акцію.

Безумовно на рівень суїциду серед підлітків впливають також стосунки в сім'ї та родині. Більшої емоційної напруженості відчують діти, які виховуються у неповних сім'ях, де є фізичне та/або психологічне насильство, а також коли в колі сім'ї є особи з психічними розладами. Сильні емоційні потрясіння, такі як втрата батьків, домівки, цінних матеріальних та духовних речей, виступають значним травматичним досвідом, що може призвести взагалі до втрати сенсу життя. Подібний негативний досвід значно збільшується в умовах воєнних дій. Війна несе додаткові стреси і ризики, де формування суїцидальних тенденцій значно зростає. При проведенні дослідження серед підлітків слід звертати увагу на поведінкові та комунікативні індикатори, що описують клінічну картину суїцидальних тенденцій (рис. 1).

Протягом 2025 року на базі ДНП «Науково-практичний медичний реабілітаційний центр Міністерства охорони здоров'я України» у рамках виконання науково-дослідної роботи «Методологічні засади короткострокової реабілітації й абілітації дітей та підлітків, які зазнали гострого стресу під час війни» (№ держреєстрації – 0123U100337) було проведено пілотне дослідження щодо вивчення проявів суїцидальних тенденцій серед підлітків. У дослідження залучено 21 дитину віком 14-16 років, які зверталися за психологічною допомогою у зв'язку з пережитими травматичними подіями війни.

Для досягнення поставленої мети сформовано психодіагностичний комплекс, у який увійшов наступний інструментарій: методика виявлення суїцидального ризику у дітей (А.А. Кучер, В.П. Костюкевич), тест на виявлення суїцидального ризику СР-45. Укомплектований психодіагностичний комплекс дозволив виявити схильність до суїцидальних реакцій, аутоагресивні тенденції та фактори, що сприяють формуванню суїцидальних намірів у підлітків.

Результати аналізу шкали «Добровільний відхід від життя» за методикою виявлення суїцидального ризику у дітей свідчать про наявність суїцидального ризику, який потребує особливої уваги з боку значущих дорослих у 16 підлітків (76,2%). Потребують формування антисуїцидальних факторів 5 дітей (3,8%).

Також були досліджені прояви стресогенних проблем, які впливають на формування суїцидальних намірів (табл. 1).

Поведінкові індикатори ризику	Комунікативні індикатори ризику
• Самоізоляція, відмова від спілкування • Нехтування правилами особистої гігієни, зневажливе ставлення до своєї зовнішності • Поява у підлітка невластивих для нього реакцій у поведінці • Темами у малюнках стають теми смерті • Підвищення тривожності, зміна настрою • Роздавання власних речей, написання прощальних листів близьким • Нанесення самоушкоджень • Апатія	• Прямі або непрямі висловлювання дитини про небажання жити • Розмови про свою безпорадність та залежність від інших • Відсутність позитивних емоцій, переважання почуття безнадії, тривоги • Наявна сповільненість мови та монотонність інтонації • Переважання дратівливості, аутоагресії • Знижена самооцінка • Амбівалентність в оцінюванні подій • Повідомлення про план скоєння суїциду • Відсутність плану на майбутнє

Рис. 1. Індикатори ризику суїцидальних намірів

Таблиця 1

Кількісні показники аутоагресивних тенденцій та факторів, що формують суїцидальні наміри за методикою «Виявлення суїцидального ризику у дітей»

Фактори суїцидального ризику	Потребує особливої уваги	Потребує формування антисуїцидальних факторів
	абс (%)	абс (%)
Алкоголь, наркотики	1 (4,8%)	3 (14,3%)
Нешасливе кохання	4 (19%)	1 (4,8%)
Протиправні дії	0	1 (4,8%)
Гроші та проблеми з ними	0	1 (4,8%)
Сімейні негаразди	4 (19%)	1 (4,8%)
Втрата сенсу життя	0	0
Почуття неповноцінності, ущербності, потворності	1 (4,8%)	0
Шкільні проблеми, проблема вибору життєвого шляху	2 (9,5%)	1 (4,8%)
Відносини з оточуючими	0	1 (4,8%)

Розглядаючи ступінь прояву стресогенних проблем серед підлітків домінували високі показники за шкалами сімейні негаразди та нещаслива любов (23,8% опитуваних); алкоголь, наркотики (19% досліджуваних); шкільні проблеми, проблема вибору життєвого шляху (14,3% опитуваних); протиправні дії, відносини з оточуючими, почуття неповноцінності, ущербності, потворності, гроші та проблеми з ними – по 4,8% опитуваних за кожною шкалою.

За результатами тесту СР-45 встановлено, що у 6 підлітків (28,6%) можуть спостерігатися ускладнення у навчанні, конфлікти з оточуючими та прояви саморуйнівної поведінки, у 10 дітей (47,6%) виявлено потенціал до суїцидальних реакцій нестійкий, 5 дітей (23,8%) схильні до суїцидальних реакцій у стані тривалої травматизації.

Висновок. Результати проведеного пілотного дослідження засвідчили наявність високого рівня суїцидальних тенденцій серед підлітків, що є індикатором психологічного неблагополуччя. Основними чинниками формування суїцидальної поведінки виступають проблеми у родині, нещаслива любов, алкоголь, наркотики. Особливої уваги потребує раннє виявлення ознак аутоагресивних тенденцій і формування антисуїцидальних факторів у середовищі, де перебуває дитина. Виявлені тенденції актуалізують необхідність комплексного підходу до надання допомоги дітям і підліткам із ризиком суїцидальної поведінки, що передбачає взаємодію батьків, психологів, психіатрів, наркологів, педагогів, соціальних працівників. Важлива роль у цьому процесі належить сім'ї як базовому соціальному інституту, що забезпечує емоційну підтримку, почуття безпеки та формування позитивної самооцінки. Саме гармонійні сімейні взаємини сприяють зміцненню психоемоційної стійкості дитини та розвитку її гармонійної, соціально адаптованої особистості.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ У ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ПІД ЧАС ВОЄННОГО СТАНУ

Л. О. Скальська,

молодший науковий співробітник,

В. О. Горбачов,

молодший науковий співробітник,

Інститут психології імені Г.С.Костюка НАПН України

В умовах воєнного стану проблема збереження психологічного та фізичного здоров'я набуває особливої актуальності. Одним із провідних чинників, що негативно впливає на стан людини, виступає хронічний стрес. На відміну від гострої стресової реакції, яка мобілізує ресурси організму для швидкого реагування на небезпеку, хронічний стрес має пролонгований характер та поступово виснажує особистісні й фізіологічні можливості індивіда. У дорослого населення в умовах війни він проявляється у вигляді підвищеної тривожності, відчуття невизначеності, емоційного виснаження, труднощів із

концентрацією уваги та прийняттям рішень, а також порушеннями сну, головним болем, соматичними скаргами, зниженням імунної стійкості та загостренням хронічних захворювань.

Погіршуються також соціальні аспекти життя: знижується працездатність, виникають труднощі у міжособистісній взаємодії та підвищується рівень конфліктності у сімейному й професійному середовищі. Особливу небезпеку становить феномен «накопичення стресу», коли щоденні інформаційні повідомлення про воєнні дії, повітряні тривоги, втрата близьких чи економічні труднощі формують фон постійної напруги, що позбавляє людину відчуття безпеки й упевненості в майбутньому. Водночас навіть у таких складних умовах людина здатна активізувати власні ресурси. До ефективних стратегій подолання хронічного стресу належать різноманітні підходи, спрямовані як на внутрішню регуляцію психоемоційного стану, так і на зовнішню підтримку особистості. Насамперед важливим є розвиток навичок емоційної саморегуляції, що передбачає формування здатності усвідомлювати власні переживання, контролювати інтенсивність негативних емоцій та знаходити конструктивні способи їх вираження. Значну роль відіграє використання дихальних вправ і технік релаксації, які допомагають знижувати фізіологічне напруження, відновлювати нормальний ритм серцевої діяльності та забезпечують відчуття внутрішнього спокою. Не менш важливою є підтримка соціальних контактів, адже взаємодія з родиною, друзями та колегами створює відчуття приналежності, захищеності й зменшує відчуття ізоляції. Корисним виявляється залучення до волонтерської чи суспільно корисної діяльності, оскільки воно дає змогу людині відчути власну значущість, зміцнити почуття контролю над життям та віднайти сенс навіть у кризових умовах. В окремих випадках ефективним і необхідним є звернення до професійної психологічної чи психотерапевтичної допомоги, що дозволяє отримати індивідуально підібрані методи подолання стресу, знизити ризик розвитку тривожних і депресивних розладів та попередити виникнення психосоматичних ускладнень.

Таким чином, вивчення особливостей переживання хронічного стресу у дорослого населення в умовах воєнного стану є важливим не лише для глибшого розуміння механізмів впливу стресових чинників на психіку та тіло людини, а й для розробки комплексних програм психологічної підтримки, які б поєднували індивідуальні, групові та суспільні ресурси. Такі програми мають враховувати різні рівні прояву стресу – від індивідуально-психологічного до соціально-культурного, а також охоплювати широкий спектр заходів: просвітницькі ініціативи щодо психогігієни, створення доступних онлайн- та офлайн-сервісів підтримки, організацію груп самодопомоги й підготовку фахівців, здатних працювати в умовах надзвичайних ситуацій. Своєчасна та систематична допомога дозволяє мінімізувати ризики формування тривалих психосоматичних розладів, знижує ймовірність виникнення депресивних і тривожних станів та сприяє відновленню внутрішніх ресурсів особистості. Водночас вона створює умови для розвитку навичок психологічної стійкості, що є критично необхідними для успішного подолання як теперішніх, так і майбутніх життєвих

викликів. Особливе значення набуває й колективний вимір підтримки: соціальна згуртованість, активна громадянська позиція, солідарність у подоланні труднощів та взаємодопомога виступають потужними факторами стабілізації суспільного середовища. Отже, подолання наслідків хронічного стресу у період воєнних випробувань – це завдання, яке виходить за межі індивідуальної відповідальності й перетворюється на загальносуспільну стратегію зміцнення психологічного та національного здоров'я.

ВПЛИВ КОНФЛІКТІВ У РОДИНІ НА ФОРМУВАННЯ НООГЕННОГО НЕВРОЗУ

В. А. Ташматов,

кандидат психологічних наук, доцент,

Національний університет «Одеська юридична академія»

Ноогенний невроз – це вид неврозу, основною причиною якого є екзистенційні конфлікти, пов'язані з пошуком сенсу життя, внутрішньою боротьбою за власну ідентичність або осмисленням важливих життєвих проблем, таких як смерть, свобода, відповідальність і ізоляція. Терміни «ноогенний» і «невроз» в цьому контексті мають своєрідний сенс: «ноос» (від грецького νοῦς, що означає «розум» або «свідомість») вказує на екзистенціальні або когнітивні фактори, а «невроз» — на розлад психічного здоров'я.

Ноогенний невроз є не тільки результатом конкретної зовнішньої ситуації (як це буває в більшості звичних форм неврозу), скільки внутрішнім конфліктом, що виникає через втрату або відсутність глибокого смислу у житті людини. У такому випадку людина може відчувати екзистенціальну порожнечу, безнадійність або навіть депресію, тому що її життя здається позбавленим сенсу.

Будь-який тип людини схильний до такої небезпеки, коли особа настільки занурюється в засоби втілення цінностей, що забуває про остаточну мету, якою є самі цінності, як це описав Шелер у своєму трактаті про «буржуа». Цей клас переповнений величезною кількістю осіб, які тяжко працюють протягом усього тижня, щоб у неділю бути приголомшеними відпочинком та «нестачею» життєвого сенсу, яку вони усвідомлюють у цей день «неробства». Жертви «недільного неврозу» напиваються, щоб утекти від жаху перед духовною порожнечою.

Причини ноогенного неврозу:

Пошук сенсу життя: Відсутність чіткого сенсу життя або внутрішнє розчарування в ньому може призвести до екзистенціальної кризи.

Відчуття безглуздості: Людина може відчувати, що її життя не має глибшої мети або що всі зусилля є марними.

Проблеми з ідентичністю: Людина може переживати періоди сумнівів щодо того, хто вона є, чого хоче від життя, або не може знайти свого місця в світі.

Соціальна ізоляція: Відсутність підтримки або відчуття безпорадності в стосунках з іншими людьми можуть бути причиною цього неврозу.

Відчуття нереалізованого потенціалу: Людина, яка не встигає досягти своїх життєвих цілей, може відчувати внутрішній конфлікт і страждання.

Симптоми ноогенного неврозу:

Тривожність та депресія: Постійне почуття тривоги або зниження настрою через сумніви у сенсі життя.

Втрата інтересу до життя: Відчуття безцільності та апатії до навколишнього світу.

Психічна напруга: Спроби вирішити екзистенціальні питання можуть викликати постійну внутрішню напругу і конфлікти.

Почуття порожнечі: Відчуття, що життя не має значення або що людина не має мети.

Зниження самоповаги: Проблеми з самооцінкою, сумніви в собі та своїх здібностях.

Відмінність від інших форм неврозів:

Ноогенний невроз відрізняється від традиційних форм неврозів (наприклад, неврозу тривоги або депресивного неврозу) тим, що його корінь полягає у екзистенціальних питаннях. Людина, що страждає від ноогенного неврозу, не тільки переживає конкретні психічні труднощі, але й усвідомлює, що ці труднощі пов'язані з відсутністю глибокого сенсу в житті.

Розглядаючи виникнення ноогенного неврозу в родинних відносинах ми повинні зазначити, що це може проявлятися як у відсутності сенсу в існуванні родини, так і у відсутності сенсу взагалі у житті. Формування такого виду неврозу починається з втрати ціннісних орієнтирів. І ці орієнтири втрачаються через ендогенні фактори. Але в кожному конкретному випадку можна прослідити вплив обох вищевказаних причин.

Наприклад, людина, яка вважала свого шлюбного партнера найкращою людиною в світі, через соціальні фактори (вплив друзі, родичів) може діаметрально протилежно змінити своє ціннісне ставлення. Це ставлення сформує внутрішнє роздратування, яке час від часу буде тільки підсилюватися завдяки зовнішнім факторам. В результаті чого виникає ноогенний невроз у вигляді відсутності глибинного сенсу в існуванні родини.

Сімейні конфлікти є невід'ємною частиною функціонування будь-якої родини, і їхні причини можуть бути дуже різноманітними. Однак важливо розуміти, що сімейні конфлікти, хоча і є джерелом стресу, можуть бути можливістю для особистісного росту і розвитку. Але все ж в основному будь-який конфлікт є деструктивним проявом поведінки.

Тепер розглянемо види сімейних конфліктів та їх вплив на формування ноогенного неврозу.

1. Конфлікти на основі комунікаційних проблем. Виникають коли зникає цінність в спілкуванні між членами сім'ї. Адже комунікація є однією з основних видів діяльності людей, через комунікацію ми отримуємо все, що відрізняє нас від тварин та формує, в тому числі, ноетичну складову. Недостатня або

неправильна комунікація — одна з основних причин конфліктів у сім'ї. Це можуть бути як непорозуміння, так і відкриті проблеми з обміну інформацією.

Є приклади, коли в родинях взагалі відсутнє спілкування. Члени сім'ї обмежуються тільки декількома словами протягом цілої доби, а то і взагалі мовчать. Це стосується як спілкування між подружжям так і між батьками та дітьми. І саме втрата цінності у спілкуванні призводить до формування конфліктів в родинному колі та є причиною неврозу.

2. Конфлікти через виховання дітей. Виникають, коли у одного із батьків втрачається смислова цінність у процесі виховання. Такий дорослий може вважати, що дитина навчиться всьому сама. Але саме люди без виховання ніколи не будуть людьми. Без виховання людина буде керуватися тільки інстинктивною поведінкою. І саме різні підходи до виховання дітей можуть призвести до серйозних розбіжностей між батьками.

Кардинально другий полюс виховання, коли один з батьків може бути більш суворим або навіть жорстоким, і буде вважати, що сенсу та альтернативи в «м'якому» вихованні не має. Тоді як інший прагне бути більш ліберальним, що може викликати непорозуміння та конфлікти.

3. Конфлікти через адюльтер. Саме подружня зрада може стати результатом ноогенного неврозу, коли зникає почуття відповідальності за подружні відносини. Пропадає довіра, підтримка, увага та впевненість у партнері, в тому числі зазначене може призвести до повноцінного краху стосунків та розлучення.

4. Конфлікти через проблеми в інтимному житті шлюбних партнерів. Виникають, коли відбувається злам сексуальної конституції одного або обох партнерів. Це формується в результаті ноогенного неврозу, що створює атмосферу відсутності сенсу в сексуальних стосунках. Хоча інтимні стосунки є одним із трьох китів, на яких саме і тримається шлюб. Такі стосунки викликають не тільки фізичне задоволення, вони показують єдність двох половинок в бурхливій річці життя, створюють повноцінну гармонію в сімейному житті.

5. Конфлікти через рольові очікування та розподіл обов'язків. Такі конфлікти можуть виникати через невідповідність між очікуваннями членів родини щодо їхніх ролей. Нерівномірний розподіл обов'язків, відсутність узгодженості щодо того, хто що робить вдома, зміни в кар'єрі або особистих цілях одного з партнерів, що змінюють роль в родині. Один із членів сім'ї може вважати, що він робить більше для дому або для дітей, ніж інші члени родини, при цьому очікуючи аналогічних дій від партнера. А коли очікування стають марними, виникає екзистенційна фрустрація, яка призводить до конфліктів та перероджується в ноогенний невроз.

6. Конфлікти через культурні та релігійні різниці. Виникають, якщо в родині є члени, що належать до різних культур чи релігійних груп. Це може призводити до конфліктів через різні погляди на традиції, обряди чи цінності. Різні культурні та релігійні цінності, різні уявлення про виховання дітей, святкування певних дат або подій призводять до конфліктів та виникнення ноогенного неврозу.

7. Конфлікти через залежності. Цитата В.Франкла щодо втрати сенсу: «Людина, яка переживає втрату сенсу в житті – це проживання у світі, в якому попередні традиції і цінності більше не дають вказівок чим займатись, проживання у світі, де людина може, навіть не знати, не усвідомлювати того, чим би вона хотіла займатись». Переживання екзистенційного вакууму формує адиктивну поведінку, пов'язану з алкоголізмом, наркоманією чи іншими формами залежностей, які можуть стати джерелом важких конфліктів у сім'ї.

8. Конфлікти через психічні або фізичні захворювання. Будь – яка хронічна хвороба є джерелом ноогенного неврозу, який формує у людини почуття безнадії, спустошення, дерегуляції життєвих планів. Хронічні хвороби, психічні розлади або фізичні травми одного з членів родини можуть стати джерелом стресу та конфліктів. Такі негативні явища спричиняють зростання напруги в сім'ї. призводять до перевантаження ролей, емоційного виснаження та непорозумінь.

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ПОДОЛАННЯ СТРЕСУ ТА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВОЄННОГО СТАНУ

Л. А. Терещенко,

кандидат психологічних наук,

старший науковий співробітник,

Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України,

Національний університет фізичного виховання і спорту України

Стрес є одним із найважливіших чинників, що визначають фізичне та психічне здоров'я людини. У сучасних умовах воєнного стану в Україні проблема стресостійкості, психоемоційної рівноваги та збереження здоров'я набуває особливої актуальності. Бойові дії, загроза життю, втрата близьких, вимушене переселення, фінансові труднощі та інформаційний тиск призводять до тривалих кризових переживань, які можуть мати як адаптивні, так і деструктивні наслідки.

У науковій літературі стрес розглядається як комплексна реакція організму на вимоги середовища, що перевищують його адаптаційні можливості (Сельє, 1936; Лазарус, 1984). Психологи й медики наголошують, що наслідки стресу проявляються у двох площинах – соматичній і психічній. Саме поєднання цих двох складових визначає загальний стан здоров'я людини.

Феномен стресу є одним із центральних понять сучасної психології та медицини. Вперше термін «стрес» у науковий обіг ввів канадський ендокринолог Ганс Сельє (1936), визначивши його як неспецифічну реакцію організму на будь-яке пред'явлене йому вимагання. Він описав загальний адаптаційний синдром, що включає три стадії:

тривога (аларм) – мобілізація організму;

резистентність – відносна стабілізація, адаптація до подразника;

виснаження – зрив адаптаційних механізмів.

Згодом у 1960–1980-х роках з’явилися *когнітивні теорії стресу*. Р. Лазарус і С. Фолкман (1984) наголосили, що вирішальним є не сам стресор, а суб’єктивна оцінка ситуації та власних ресурсів.

Наприкінці ХХ – на початку ХХІ ст. Г. Хобфолл (1989; 2012) запропонував *ресурсну концепцію стресу*, відповідно до якої головним завданням людини є збереження та примноження життєвих ресурсів (матеріальних, соціальних, емоційних, духовних).

А підхід В. Франкла (1940 – 1970-ті), у логотерапії акцентує на важливості *пошуку сенсу життя* як механізму стійкості. Саме цей сенс дозволяє людині витримувати надзвичайні випробування.

У сучасних працях (Bonanno, 2021; Southwick, 2021) стрес розглядається через категорію *резилієнтності* – здатності особистості не лише долати кризу, а й зростати завдяки їй.

Перейдемо від теоретичних уявлень до фізіологічних проявів. Фізіологічні реакції на стрес пов’язані з активацією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи. У результаті підвищується рівень адреналіну й кортизолу, що дає короточасний ефект мобілізації, але при тривалому стресі призводить до:

- гіпертонії та серцево-судинних розладів;
- ослаблення імунної системи, частих застуд;
- порушення травлення (синдром подразненого кишківника, виразкова хвороба);
- порушень сну та хронічної втоми;
- збільшення ризику онкологічних та метаболічних захворювань.

Таким чином, стрес в умовах воєнного стану стрес виступає як глобальний соціально-психологічний феномен, що охоплює мільйони людей. Постійна небезпека, загроза життю, втрата домівки чи близьких, брак ресурсів провокують хронічний дистрес, що відчутно впливає на якість життя та здоров’я.

Поряд із фізичними наслідками не менш значущими є психологічні прояви стресу. Дослідження (Карамушка, 2023; Лазоренко, 2022) показують, що серед постраждалих від воєнних дій високий рівень мають:

- *тривожні і депресивні розлади* (постійне відчуття небезпеки, панічні атаки);
- *депресивні стани* (апатія, втрата сенсу, суїцидальні думки);
- *посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)* з флешбеками, кошмарами, униканням спогадів;
- *емоційне вигорання, апатія, агресивність*, особливо у військових, медиків, волонтерів;
- *когнітивні розлади* (зниження пам’яті, уваги, здатності приймати рішення).

Водночас ступінь уразливості до стресу залежать від індивідуальних особливостей.

Факторами уразливості є:

- низька стресостійкість, підвищена тривожність;

- відсутність соціальної підтримки;
- негативний життєвий досвід;
- фізичні хвороби.

Проте поряд із ризиками існують і *захисні фактори*, які підвищують шанси на успішне подолання труднощів:

- позитивне мислення, віра у власні сили;
- соціальні зв'язки (родина, друзі, громада);
- духовність, релігійність;
- доступ до психологічної та медичної допомоги;
- навички саморегуляції.

Отже, для розуміння шляхів збереження здоров'я важливо розглянути *механізми подолання стресу в умовах воєнного стану*:

Копінг-стратегії

Лазарус і Фолкман виділяють:

- проблемно-орієнтовані (аналіз ситуації, пошук інформації, планування);
- емоційно-орієнтовані (пошук підтримки, зниження напруги, відволікання).

У воєнних умовах обидва типи стратегій важливі: з одного боку – організація побуту, з іншого – збереження емоційної стабільності.

Когнітивна перебудова

Зміна інтерпретації ситуації, розвиток оптимістичного стилю мислення. Наприклад, замість думки «я нічого не можу зробити» – «я можу впливати на те, як реагую».

Ресурсний підхід (Хобфолл)

Стрес зменшується, якщо людина має ресурси:

- матеріальні (житло, гроші, їжа),
- соціальні (друзі, колектив),
- емоційні (позитивні переживання),
- духовні (цінності, віра).

Резилієнтність

Здатність швидко відновлюватися після кризи. Вона формується через розвиток позитивного мислення, гнучкість, позитивний досвід подолання труднощів.

Психотерапевтичні підходи

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): робота з тривожними думками;

Логотерапія (Франкл): пошук сенсу;

Майндфулнес: розвиток усвідомленості, вправи медитації;

Тілесно-орієнтовані практики: релаксація, дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація Джекобсона.

Соціальна підтримка

Волонтерські спільноти, групи взаємодопомоги, освітні тренінги, сімейні та дружні зв'язки значно знижують рівень стресу, оскільки створюють відчуття безпеки та приналежності.

У підсумку можна зазначити, що в умовах воєнного стану стрес є не лише індивідуальною, а й соціальною проблемою, яка загрожує здоров'ю нації загалом. Хронічний дистрес руйнує фізичне та психічне здоров'я, проте розвиток адаптивних копінг-стратегій, підвищення рівня резилієнтності, залучення соціальної підтримки й психотерапевтичної допомоги значно знижують його негативні наслідки.

Системна робота у сфері охорони здоров'я та психологічної підтримки населення має включати освітні програми зі стрес-менеджменту, тренінги саморегуляції, розвиток громадських і волонтерських ресурсів. Це дозволить зберегти здоров'я та сприяти посттравматичному зростанню особистості й суспільства.

ЗЦІЛЕННЯ ВІД ТРАВМАТИЧНОГО ГОРЯ: ІНТЕГРАТИВНА МОДЕЛЬ

*А. Д. Терещук,
кандидат психологічних наук,
старший науковий співробітник,
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України*

Постановка проблеми. Переживання втрати є одним із найскладніших випробувань для психіки людини. У випадках, коли втрата має раптовий, насильницький або масовий характер, процес горювання ускладнюється, набуваючи рис травматичного горя. Такий стан характеризується глибоким емоційним болем, униканням нагадувань про подію, емоційним заціпенінням (притуплення афекту) або дезорганізацією поведінки. Для військовослужбовців, які стали свідками втрат побратимів чи мирного населення, травматичне горе стає одним із найглибших психічних наслідків бойового досвіду.

Особи, які переживають втрату, часто стикаються з проявами інтенсивних психічних реакцій, що виходять за межі звичайного процесу горювання. Зокрема, можуть виникати нав'язливі образи, флешбеки або епізоди яскравого відтворення травматичних подій у пам'яті, особливо у відповідь на певні зовнішні подразники. Сенсорні тригери – звуки, запахи, візуальні образи чи навіть певні фрази – здатні мимоволі активувати травматичну реакцію без свідомого контролю з боку особистості. Такі переживання супроводжуються відчуттям нереальності, емоційним шоком, дезорієнтацією та можуть спричиняти глибоке психічне виснаження. Унаслідок цього порушується здатність людини до адекватної емоційної регуляції та інтеграції травматичного досвіду у власну життєву історію.

Для досягнення психологічного зцілення необхідно, щоб фрагментовані травматичні спогади були належним чином опрацьовані та інтегровані у цілісний контекст особистісного досвіду. Процес інтеграції передбачає трансформацію сенсорно-домінованих, тілесно закріплених спогадів у когнітивно усвідомлені, вербалізовані образи, здатні до осмислення та символічного представлення. Лише за такої умови людина набуває можливості утримувати реальність травматичної події, не переживаючи повторного емоційного переповнення чи психічної дезорганізації.

Виклад основного матеріалу. Модель реконструкції сенсу, розроблена Робертом Неймайєром (Robert Neimeyer, 2012), підкреслює, що процес горювання є насамперед екзистенційним пошуком сенсу. Горе не зводиться лише до емоційної реакції на втрату, воно торкається глибинних структур особистісної свідомості, що формують розуміння себе та світу. У випадку раптової або травматичної смерті близької людини відбувається руйнування «припущеного світу» – системи базових переконань про безпеку, передбачуваність, справедливість і значущість людського існування. Це створює глибоку когнітивно-екзистенційну кризу, у якій людина змушена переосмислювати власні уявлення про життя, смерть і особистісну ідентичність.

Травматичне горе часто включає три рівні боротьби за створення сенсу:

1. Осмислення: спроба зрозуміти, як і чому сталася втрата, знайти логічне чи емоційне пояснення події. Цей етап допомагає відновити когнітивну узгодженість і зменшити дезорганізацію психіки, спричинену шоком від втрати.

2. Пошук користі: виявлення будь-яких позитивних аспектів, які можуть виникнути внаслідок пережитої події (поглиблення духовності, посилення емпатії, зміцнення життєвих цінностей чи переоцінка пріоритетів).

3. Зміна ідентичності: реконструкція власного «Я» у світлі втрати, формування нової ідентичності, яка включає досвід горя, але не визначається ним повністю.

Терапевтичні підходи, засновані на моделі реконструкції сенсу, передбачають надання можливості розповідати та переказувати власну історію втрати. У процесі поступової нарративної роботи травматична подія інтегрується у ширший життєвий контекст особистості, що сприяє формуванню цілісного нарративу, зменшенню емоційної перевантаженості та відновленню контролю над власним життям. Це дозволяє не лише осмислити втрату, а й переосмислити власну ідентичність і життєві цінності у світлі пережитого досвіду.

1. Осмислення:

А. Конструкція травматичного нарративу. Розповісти історію втрати з наростаючою деталізацією. Кожне повторне розповідання допомагає інтегрувати фрагментовані спогади та перейти від імпліцитної (сенсорної/емоційної) до експліцитної (нарративної) пам'яті.

Б. Написання листів для відповіді на «Чому».

В. Реконструкція часової лінії. Створити детальну часову лінію днів/годин, що призвели до втрати, і позначити, що було під контролем, а що ні. Намалювати часову лінію: звичайний день → точка рішення → подія → смерть/втрата. Події

позначаються різним кольором для візуалізації контролю: синій (дії, які були під контролем), червоний (речі, не підлягали контролю), зелений (дії, контрольовані іншими). Це показує візуально: «Я майже нічого не контролював із того, що сталося», що сприяє зменшенню почуття провини.

Г. Ритуал питань без відповіді. Записати всі питання «чому» на папері. Визначити питання, на які можна відповісти, і ті, що залишаються без відповіді. Питання без відповіді піддаються символічному завершенню (спалювання або поховання), що допомагає емоційно розвантажитися та закрити внутрішні конфлікти.

2. Пошук користі:

У процесі переживання травматичного горя існують різні підходи до створення смислу після втрати, що мають принципово відмінні терапевтичні наслідки. Важливо відмежовувати «пошук світлої сторони», який може бути шкідливим та інвалідуючим, від «вшанування через дію», що має терапевтичний ефект і надає внутрішніх ресурсів для подальшого життя.

Неправильний підхід: «Пошук світлої сторони»: «Принаймні він помер героєм», «Принаймні ти можеш пишатися», «Все відбувається з причини – можливо, це була його доля», «Ти станеш сильнішою від цього».

Можливий ефект на вцілілого: почуття образи, заперечення, неможливість прийняти втрату як таку. Наприклад: «Його смерть була нормальною, тому що зробила мене сильнішою? Я б радше була слабкою і мала його живим!».

Терапевтичний підхід: «Вшанування через дію».

Принципи:

- смерть залишається трагічною, безглуздою і не повинна була статися;
- вцілілий має власний вибір створити сенс через свої дії, не нав'язуючи значення смерті;
- цінності, любов і спадщина померлого можуть продовжуватися через конкретні дії вцілілого;
- сенс створюється вцілілим, а не знаходиться в самій смерті.

Такий підхід дозволяє зменшити емоційне навантаження, зберегти психологічну автономію та підвищити відчуття внутрішньої сили після пережитої втрати.

3. Зміна ідентичності:

А. Наративна робота «Хто я тепер?». Досліджувати множинні зміни ідентичності після втрати через структуроване письмо або розмову із застосуванням вправи «До та після»: «До його смерті, я ...», «Після його смерті, я...».

Додаткові питання для рефлексії:

- Які частини «тебе до» ти хочеш зберегти?
- Які нові частини «тебе тепер» відчуються природними, а які – ні?
- Ким ти хочеш бути?

Б. Картування переходу ролей. Позначити всі ролі, які змінилися.

В. Інтеграція продовжуючих зв'язків. Розвивати постійні стосунки з померлим, які підтримують нову ідентичність, а не перешкоджають їй.

Практична вправа: «Уявна розмова» – Скажи йому, що ти думаєш про рух вперед. Що він відповідає?

Г. Вправа часової лінії ідентичності. Створити візуальну часову лінію еволюції ідентичності.

Д. Написання листа від померлого до себе, в якому отримує символічний «дозвіл» на зміни та адаптацію до нового стану життя.

Таким чином, інтегрований підхід ґрунтується на поєднанні трьох ключових етапів: осмислення, стабілізація та подолання, створення сенсу та орієнтація на майбутнє. Ця інтеграція дозволяє комплексно опрацьовувати травматичний досвід, підтримувати емоційну регуляцію та формувати адаптивну ідентичність після втрати.

Осмислення:

- ✓ конструювання травматичного наративу смерті близької особи для інтеграції фрагментованих спогадів;

- ✓ картування часової лінії подій, дослідження того, що перебувало під контролем, а що – ні;

- ✓ написання листів із запитанням «чому» для осмислення причин та прийняття втрати.

- ✓ Мета: формування когерентного наративу події, зменшення нав'язливих спогадів і травматичних флешбеків.

Стабілізація та подолання:

- ✓ використання технік регуляції нервової системи, релаксаційних та дихальних вправ для стабілізації психоемоційного стану;

- ✓ опрацювання суїцидальних думок за необхідності та побудова безпечного середовища підтримки;

- ✓ формування мережі соціальної підтримки та проведення соматичної роботи, яка допомагає усвідомити тілесні відчуття, пов'язані з травмою.

Дослідження ідентичності:

- ✓ вправа «Хто я тепер?» для дослідження змін у власній ідентичності після втрати;

- ✓ картування ролей, що змінилися, та оцінка їхнього значення;

- ✓ робота з продовжуваними зв'язками з померлим для інтеграції втрати в нову ідентичність;

- ✓ вправа «Дозвіл на зміни», що підтримує адаптивну трансформацію особистості.

Створення сенсу та орієнтація на майбутнє:

- ✓ дослідження проєкту спадщини, якщо ініційовано клієнтом, як способу збереження пам'яті та смислу втрати;

- ✓ робота орієнтована на майбутнє: «Яке життя я можу побудувати?»;

- ✓ профілактика рецидивів: робота з річницями втрат, тригерами та непередбачуваними емоційними реакціями;

- ✓ підтримка постійного зв'язку із собою та минулим, водночас стимулюючи рух уперед і розвиток життєвих ресурсів.

Висновки. Отже, основна мета цієї моделі полягає не у витісненні чи забутті болісних спогадів, а у їхній глибокій інтеграції в особистісну історію людини. Завдяки цьому травматичний досвід поступово втрачає свою силу, перетворюючись із джерела болю на елемент життєвого досвіду, що сприяє внутрішньому зростанню, відновленню цілісності особистості та гармонізації її психічного й духовного життя.

САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я МИРНИХ МЕШКАНЦІВ УКРАЇНИ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Т. М. Титаренко,
*дійсний член НАПН України,
доктор психологічних наук, професор,
Інститут соціальної та політичної психології НАПН України*

Усвідомлення і переживання себе як здорової людини, позитивна самооцінка власного здоров'я тісно пов'язані з усвідомленням і переживанням себе як людини суб'єктивно благополучної, щасливої (Veenstra, G., 2022; Zell, E., 2025). Відповідно низька самооцінка здоров'я підтримує і провокує різноманітні нездорові поведінкові прояви, знижує резильєнтність, погіршує здатність до самовідновлення.

У психологічному контексті певний вплив на самооцінку здоров'я мають соціальні уявлення, ставлення до здорового способу життя, ціннісні орієнтації, локус контролю. Значущими є також деякі особистісні риси, усталені якості, такі як оптимізм, відкритість досвіду, стресостійкість, адаптивність, врівноваженість, адекватність (Harvey, J., 2021; Заборовська С.М., 2025; Каніболоцька М.О., 2021; Мальцева К.С., 2021; Титаренко Т.М., 2024).

Сьогодні серед різноманітних детермінант, що впливають на самооцінку здоров'я мешканців України, на першому плані опинилася війна з усіма її травматичними обставинами. Під час війни у гірший бік змінюються патерни народжувальності, захворюваності, смертності, адже погіршується якість медичної допомоги, її своєчасність (Armes S.E., 2019; Bradshaw, M. 2025; Bulczak, G., 2022; Ellis E., 2024; Jayasuriya, R., 2025; Levin, Y., 2024). Під впливом хронічної небезпеки трансформуються і ставлення до власного здоров'я, і можливості його контролювати, попереджати ускладнення.

Але ставлення до власного здоров'я у воєнному сьогоденні не обов'язково погіршилося, оскільки воно певною мірою залежить від того, наскільки уважно людина була до здоров'язбереження у мирному житті, наскільки вона готова протистояти зовнішнім викликам.

Завдання дослідження полягає у виявленні розповсюдженості та валентності змін самооцінки здоров'я протягом повномасштабної війни. Щоб зафіксувати наявність чи відсутність змін самооцінки здоров'я, було проведене

онлайн дослідження у формі напівструктурованого інтерв'ю. Збір даних відбувався у першому кварталі 2025 р. на платформі Google Form. Вибірка налічувала 328 чоловіків і жінок віком від 17 до 74 років.

Учасникам дослідження було запропоновано оцінити актуальний стан власного здоров'я порівняно зі станом, який був до війни, за п'ятибальною шкалою (1 – здоров'я набагато погіршилося; 2 – трохи погіршилося; 3 – не змінилося; 4 – трохи покращилося, 5 – стало набагато кращим).

Така порівняльна оцінка давала змогу побачити, яким є вплив війни на ставлення до себе, своєї здатності до самозбереження. Адже від цієї здатності за великим рахунком залежить можливість повноцінного майбутнього особистості. Крім того, респонденти описували життєві обставини, які вони вважають загрозливими для себе і свого здоров'я; зміни у стилі життя, які вони вносять під впливом воєнних загроз; та практики самовідновлення, які їм найбільше допомагають. Отримані тексти оброблялися за допомогою дескриптивного та інтерпретативного аналізу

Як показують емпіричні дані, трохи більше половини респондентів (51,5%) бачать певні зміни у власному здоров'ї, по-різному оцінюючи їх. Для цих респондентів війна безумовно стала впливовим чинником, від якого залежить психологічний добробут. Більша частина вибірки, яка вважає, що зміни у здоров'ї відбулися, поділилася практично навпіл за оцінкою змін. Трохи кращим своє здоров'я вважають 22,6 % людей, а трохи гіршим – 20,7%. Оптимістів, які оцінюють своє здоров'я як таке, що стало набагато кращим, 5,2 %. А песимістів, які оцінюють здоров'я як таке, що стало набагато гіршим, усього 3,0 %.

Щоб наочніше побачити динаміку самооцінки здоров'я, порівняємо валентності самооцінки в цілому. Негативна валентність свідчить про погіршення здоров'я, як значне, так і не дуже виражене, у 23,8 % респондентів, а позитивна – про покращення здоров'я, як значне, так і не дуже, яке відбулося у 27,7 %.

Парадоксально, але тих, хто бачить покращення у власному стані, виявилось трохи більше, ніж тих, хто бачить погіршення. Припускаємо, що причина полягає у трактуванні власного позитивного стану здоров'я як результату несподіваної для самої людини більшої здатності адаптуватися до загрозливих життєвих обставин, ніж людина від себе очікувала. Крім того, з історії війн відомо, що чимало хвороб дійсно полегшуються або навіть зникають в часи тяжких випробувань. Людині часто стає не до власних нездужань, коли вона поставлена в умови серйозної небезпеки, і вона використовує резервні ресурси для самозбереження.

Крім того, певна частина вибірки, наприклад, студенти-першокурсники, пишуть, що не пам'ятають стан свого здоров'я до війни, оскільки війна в їхній свідомості триває нескінченно. Слід враховувати і те, що чітко позитивне або негативне ставлення до здоров'я могло за роки війни перетворитися на індиферентне, а у деякого оцінюватися ситуативно, за останніми враженнями.

Виявилось, що жінок, які вважають своє здоров'я незмінним, незалежним від того, що привносить у життя війна, відчутно більше (51,1%), ніж чоловіків

(35,7%). І це тоді, коли байдужих до воєнних загроз зовсім мало: чоловіків усього 10,7 %, а жінок – 13,2 %.

Трохи кращим своє здоров'я вважає кожна п'ята жінка (20,2 %) і кожен третій чоловік (33,9 %). Порівняно з такими обережними оптимістами цілковитих оптимістів, які оцінюють власне здоров'я як таке, що стало набагато кращим, серед чоловіків більше (8,9 %), а серед жінок вдвічі менше (4,4 %). Кожна п'ята жінка (21,7%) і кожен шостий чоловік (16,1%) складають групу обережних песимістів, які оцінюють своє здоров'я як таке, що стало трохи гіршим. Повних песимістів, які впевнені, що їхнє здоров'я за три останні роки стало набагато гіршим, ніж до війни, більше серед чоловіків (5,4 %), тоді як серед жінок вдвічі менше (2,6 %).

Обережних оптимістів найбільше серед молоді (24 %), а найменше – серед представників середньої вікової групи (17,9 %). Повних оптимістів найбільше у середній віковій групі (7,5 %), а найменше серед молоді (4,3 %). Обережних песимістів найбільше в старшій віковій групі (26,4 %), а найменше серед молоді (18,8 %). Повних песимістів серед старших респондентів взагалі немає, менше серед молоді (3,4 %) і більше у представників середньої вікової групи (4,5 %).

Негативна валентність найменша у молоді (22,1 %) порівняно і з середньою (26,9 %), і зі старшою (26,4 %) віковими групами. Позитивна валентність найменша у середній групі (25,4 %), тоді як між молоддю і старшою групою різниці практично немає (28,4 % та 28,3 %). Нейтральна валентність є трохи більшою у молоді (49,5 %), надалі послідовно знижуючись з віком (середня група – 47,8 %; старша група – 45,3 %).

Аналіз інших фрагментів інтерв'ю показав, що найбільшими загрозами більшість респондентів вважає війну, оскільки вона не дає нормально виспатися, відпочити, відновитися; страх ракетних і дронівих обстрілів; а також погіршення психологічного здоров'я (респонденти детально описують свої тривожні, депресивні стани, панічні атаки тощо). Не так масово, але називають і соматичні проблеми, які під час війни загострюються.

Характеризуючи зміни у стилі життя, респонденти найбільшу увагу приділяють способам покращення емоційної саморегуляції, розвитку стійкості і самоконтролю, відмові від шкідливих звичок та практикам, спрямованим на здоровий спосіб життя (більше фізичної активності, здорового харчування, вчасних візитів до лікаря).

Висновки. Більшість людей, яка бачить зміни у стані власного здоров'я за роки війни, оцінює їх позитивно чи негативно. Покращення у стані здоров'я позначаються трохи частіше, ніж погіршення, особливо у чоловіків, що, ймовірно, пов'язане з небажанням усвідомлювати негативні симптоми та з позитивною оцінкою власної адаптивності, яка підвищилася. Саме ці люди, певно, спрямовані на більш повне самоприйняття, яке передбачає позитивну самооцінку у різних сферах.

Найчастіше не бачать змін у власному здоров'ї молоді респонденти, найрідше – представники старшої групи. Оцінки старших, які бачать певну динаміку, радше обережно песимістичні, хоча немало й оптимістичних. Кожен

четвертий респондент у найбільш працездатному віці вважає, що за часи війни здоров'я погіршилося.

Комплексно покращує самооцінку здоров'я врахування смислових векторів, превалентних ставленню мешканців України до власного здоров'я, що лежить у площині ставлення до загроз, площині внесення змін у стиль життя і площині пошуку опори у практиках самовідновлення. Цей аспект бажано враховувати психологам-практикам, соціальним і медичним працівникам, які стикаються з неадекватною самооцінкою здоров'я мешканців України.

Наступний крок дослідження полягає в тому, щоби визначити, якими ресурсами люди користуються, щоб покращити власне ставлення до себе, зберегти себе і відновити здоров'я під час війни, як активізуються і накопичуються різноманітні ресурси і що можна у цій сфері покращити.

ПСИХОЛОГІЧНІ СКЛАДОВІ ПРОФЕСІЙНОГО ЗДОРОВ'Я ПРАКТИКУЮЧИХ ПСИХОЛОГІВ

А. В. Турубарова,

доктор психологічних наук, доцент,

*комунальний заклад вищої освіти «Хортицька національна
навчально-реабілітаційна академія» Запорізької обласної ради*

Психологічне консультування та психотерапія належать до професій з високим емоційним навантаженням і відповідальністю. Ключовими стресогенними факторами є психологічні й фізичні перевантаження психологів, що призводять до синдрому «емоційного вигорання» – характеристика психологічного стану здорових людей, які знаходяться в інтенсивному й тісному спілкуванні з клієнтами, учнями, пацієнтами в емоційно напруженій атмосфері професійної діяльності (Синявський В. В., Сергєєнкова О. П., 2007).

Професія психолога – одна з тих, де синдром «емоційного вигорання» найпоширеніший. Тому важливого значення набуває вивчення особливостей його виникнення, розвитку та перебігу саме у сфері надання психологічних послуг. Хоча багато аспектів проблеми розкрито в дослідженнях закордонних та вітчизняних вчених, ряд питань, пов'язаних із розвитком синдрому у практикуючих психологів, залишаються недостатньо вивченими, зокрема майже відсутні спеціальні дослідження взаємозв'язку синдрому «емоційного вигорання» з ментальним здоров'ям особистості.

Мета дослідження: експериментально дослідити особливості взаємозв'язку між синдромом «емоційного вигорання» та захисними механізмами особистості психолога.

Дослідження проводилось на базі психологічних центрів м. Запоріжжя, протягом 2023-2025 років. Вибірка досліджуваних була організована випадковим чином, її склали психологи-практики, які працюють в різних сферах діяльності (організаційні психологи, психологи закладів дошкільної та загальної

середньої освіти, психотерапевти та ін.). До неї увійшли 56 осіб, віком від 23 до 54 років, з них 44 (78,6%) жінки, 12 (21,4 %) – чоловіки.

В ході емпіричного дослідження ми використовували наступні методи: методика діагностики рівня «емоційного вигорання» В. Бойка та для визначення механізмів психологічного захисту (Р. Плутчик в адаптації Л. Вассермана, О. Єришева, Є. Клубової та ін.).

Аналіз результатів нашого дослідження складався з трьох етапів, а саме виявлення рівня сформованості синдрому «емоційного вигорання» у психологів-практиків; виявлення захисних механізмів особистості, що домінують та визначення взаємозв'язку між синдромом «емоційного вигорання» і захисними механізмами особистості практикуючих психологів.

1 етап – виявлення рівня «емоційного вигорання», а саме домінуючі фази та симптоми. Отримані результати дозволили оцінити особливості прояву всіх компонентів синдрому «емоційного вигорання» у практикуючих психологів.

У групі респондентів ознаки синдрому «емоційного вигорання» різного ступеня вираженості виявлено у 42 осіб (75,0%), за наявності фаз, що формуються або сформовані: 53,6% – на стадії формування, 21,4% – сформована фаза синдрому. Таким чином, можна стверджувати, що розвиток «емоційного вигорання» у практикуючих психологів відбувається саме через другий компонент – «резистенцію». Професійна діяльність психолога завжди включає емоційно перевантажену комунікацію. Це створює умови постійного емоційного напруження. Результати дослідження показують, що в таких умовах практикуючі психологи реагують згортанням комунікативної діяльності. Для збереження емоційного здоров'я та психологічного благополуччя вони часто вдаються до тактики економії емоцій, вибудовуючи захисні бар'єри проти виснажливого спілкування.

Цей висновок підтверджується даними про розвиток окремих симптомів «емоційного вигорання» у практикуючих психологів. Результати дослідження свідчать, що в синдромі домінують симптоми другого компонента – «резистенції». За частотою виникнення симптоми ранжуються так: перше місце – «неадекватне вибіркове емоційне реагування» (сформований у 42,9% респондентів); друге – «редукція професійних обов'язків» (39,3%); третє – «розширення сфери економії емоцій» (35,7%); четверте – «переживання психотравмівних обставин» (25,0%); п'яте – «тривога й депресія» (21,4%).

Отже, ці дані дозволяють розкрити сутність поведінкових реакцій психологів при виникненні синдрому «емоційного вигорання». Переважна більшість респондентів схильна до захисної реакції «економія емоцій», що негативно позначається на стосунках з оточенням, призводить до неадекватних емоційних реакцій та провокує редукцію професійних обов'язків.

2 етап дослідження – виявлення захисних механізмів особистості, що домінують.

На основі результатів методики «Механізми психологічного захисту» (Р. Плутчик) виявлено ступінь значимості захисних механізмів особистості практикуючих психологів.

При аналізі домінуючих захисних механізмів практикуючих психологів для кожного респондента виділено три перших місця за значимістю. Загалом по групі, незалежно від рівня сформованості синдрому «емоційного вигорання», на першому місці: інтелектуалізація (25,0% опитаних), заміщення (21,4%), регресія (17,9%). На другому місці: заперечення (32,1%), регресія (17,9%), витіснення та інтелектуалізація (10,7%). На третьому місці: регресія, компенсація та реактивне утворення (21,4%), заміщення (14,3%), заперечення (10,7%).

3 етап – визначення взаємозв'язку між синдромом «емоційного вигорання» та захисними механізмами особистості практикуючих психологів.

Зіставляючи дані діагностики синдрому «емоційного вигорання» та захисних механізмів практикуючих психологів, простежено взаємозв'язок між феноменами. Як зазначено, ознаки синдрому різного ступеня вираженості мали 75,0% опитуваних: 53,6% – на стадії формування, 21,4% – сформована фаза, 25,0% – жодна фаза не сформована. У респондентів без сформованих фаз переважають вторинні (зрілі) захисні механізми: інтелектуалізація (36,8%), компенсація (26,3%), реактивне утворення (26,3%), що допускають інформацію у свідомість, але перекручують її. У респондентів, яких хоча б одна фаза сформована, або ж знаходиться на стадії формування домінують незрілі механізми, спрямовані на блокування інформації: регресія (24,6%), заміщення (21,5%), заперечення (20,3%).

Для виявлення взаємозв'язку між синдромом «емоційного вигорання» та захисними механізмами проаналізовано ступінь їхньої вираженості порівняно з рівнем сформованості синдрому. Виявлено, що при низькому рівні сформованості (жодна фаза не сформована) захисні стратегії використовуються в оптимальних межах – середня норма 27 балів (з 99 можливих). При сформованій фазі або стадії формування середня норма захисних механізмів становить 73 бали (з 99 можливих). Ці дані свідчать, що при формуванні синдрому «емоційного вигорання» захисні механізми виходять за межі норми, що може призводити до дезадаптації особистості.

Таким чином, аналіз зіставлених даних дозволяє зробити висновок, що використання захисних механізмів у практикуючих психологів залежить від рівня «емоційного вигорання». Респонденти без сформованих фаз синдрому застосовують зрілі механізми захисту – інтелектуалізацію, компенсацію, реактивне утворення, які допускають у свідомість негативні травмівні переживання (перенапруження, тривогу, депресію, дискомфорт), але перекручують цю інформацію. Натомість незрілі механізми (регресія, заперечення, заміщення тощо), які використовують респонденти зі сформованими або фазами синдрому, що формуються повністю блокують травмівну інформацію. Як відомо, чим нижчий рівень зрілості захисних механізмів, тим сильніше вони зв'язані в рамках захисного стилю, а отже, тим жорсткішими та стереотипізованими є способи його реалізації. Виявлено зв'язок між рівнем сформованості синдрому та ступенем вираженості захисних механізмів. У респондентів без сформованих фаз усі захисні стратегії використовуються в оптимальних межах норми, тоді як у тих, у кого синдром

починає формуватися, рівень їхнього використання виходить за межі норми. Рівень психологічного благополуччя та високої психологічної стійкості досягається через розвиток емоційної сфери шляхом оптимізації стилю психологічного захисту.

І. Л. Хобта,

магістрантка,

Харківський національний педагогічний

університет імені Г. С. Сковороди,

О. В. Бацилєва,

доктор психологічних наук, професор,

Харківський національний педагогічний

університет імені Г. С. Сковороди,

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України

ФОРМУВАННЯ КОМУНІКАТИВНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЯК ПЕРЕДУМОВИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ТА ПСИХІЧНОГО БЛАГОПОЛУЧЧЯ ДІТЕЙ З РАС: РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Актуальність проблеми. Формування комунікативної та соціальної компетентності в дітей із розладами аутистичного спектра до шести років залишається одним із найскладніших і найменш прогнозованих напрямів у системі ранньої допомоги. У цьому віковому вікні саме якісна побудова комунікативної поведінки закладає вектор подальшого когнітивного та емоційного розвитку (Кавиліна Г.К., 2021; Літовченко О., 2021). Водночас класичні моделі втручання не завжди враховують індивідуальну сенсорну організацію дитини, її здатність до символізації досвіду та інтеграції поведінкових патернів у соціальне середовище. Тому надзвичайно актуальним є створення програм, які не просто навчають реакціям, а відкривають простір для внутрішньої активності, моделювання дії й виведення емоційного стану дитини в символічну форму. Рання поява таких навичок підвищує якість соціальної адаптації та зменшує ризик фіксації небажаних патернів уникання взаємодії (Данілавчюте Е., 2018).

Мета роботи – оцінка ефективності реалізації програми, спрямованої на формування комунікативної компетентності як передумови соціальної адаптації та психічного благополуччя дітей старшого дошкільного віку з розладами аутистичного спектру (РАС).

Опис дослідження. Програма реалізовувалася на базі комунального закладу «Центр розвитку дитини «Я+сім'я» впродовж восьми тижнів і охоплювала 30 дітей віком до шести років. Застосовано комплексне контрольне оцінювання, яке включало метод повторного картування, спостереження в динаміці, кількісний та якісний аналіз змін. У дослідженні виділено три групи за стартовим рівнем комунікації: розгорнутий, базовий і мінімальний. Особливу

увагу приділено сенсорному профілю учасників: гіперреактивні, гіпореактивні та мікстовані варіанти. Програма включала індивідуалізовані заняття, візуальне планування, використання піктограм, планшетів і карток емоцій, поступове впровадження символів у структуру щоденної активності. Оцінювалися зміни в мовленнєвій ініціативі, діалогічній поведінці, самостійності, соціальній взаємодії та емоційному самопредставленні після проходження програми (Мартиненко І.В., 2017).

Основні результати. За результатами повторного оцінювання у 93,3% дітей зафіксовано сталі позитивні зрушення. Найбільші зміни виявлено в мовленнєвій ініціативі: 70,0% дітей почали самостійно ініціювати контакт, а 26,7% – вперше використали словесні запити. Діалогічна поведінка зросла з 13,3% до 63,3% випадків, при цьому 40% дітей змогли підтримувати діалог понад 10 секунд без підказки, що свідчить про стабілізацію виконавчої функції. Кількість спонтанного мовлення збільшилась утричі, з'явилися формули соціального узгодження. Символічна комунікація стала доступною 76,7% учасників, з них 65,2% – почали використовувати піктограми для вираження емоцій, вибору або відмови.

Понад половина дітей з мінімальним стартовим рівнем комунікації опанували елементарне символічне планування. Зафіксовано формування асоціацій між станом і візуальним маркером у 40,0% випадках, а також самостійну зміну картки настрою – у 23,3% дітей. У 10,0% – із тяжкою сенсорною дезорганізацією – відбулося засвоєння базових піктограм і їх застосування в побуті. Новим компонентом стала поява ініціативного перемикачання між блоками заняття у 80,0% дітей, що свідчить про інтеграцію внутрішньої часової схеми. Самостійний вибір об'єктів і активності без інструкції з'явився в 63,3% дітей, що супроводжувалося зменшенням дезорганізованої поведінки. У частини учасників фіксувалась спонтанна реконструкція послідовності занять у грі. Так, 56,6% дітей розвинули здатність включатись у варіативні сценарії, 33,3% – використовували ляльку як посередника взаємодії, 23,3% – адаптували структуру гри під себе. Частота уникнення взаємодії знизилась утричі. Спільна активність із синхронізацією зросла до 73,3%, із середньою частотою 2,6 епізоду за заняття; у 26,7% дітей, які спершу уникали будь-якого контакту, з'явилась реакція на присутність партнера. Це свідчить про формування первинної інтерсуб'єктності – здатності бути з іншим не як із подразником, а як із частиною події.

Емоційна саморегуляція, що моделювалась через піктограми, зафіксована у 80,0% дітей, з них 67,7% – у спонтанному режимі. В окремих випадках діти почали змінювати картку стану в середині заняття, а 16,7% – застосовували її як засіб впливу на сценарій: вибирали паузу, вказували на зону відпочинку. Узгоджені невербальні комплекси (погляд + символ, жест + піктограма) виявлено у 60,0% учасників, у 23,3% – стабільні реакції, що стали підґрунтям для індивідуалізованих систем реагування. У гіпореактивних дітей домінувала стабільна динаміка з використанням символів як тригерів дій, у гіперреактивних – висока сенсорна залежність форми піктограм, у мікстованих – потреба в

гнучких адаптаціях. Майже всі діти (13 із 14, тобто 92,9%), чия зона найближчого розвитку охоплювала емоційну регуляцію, сформувались функціональні навички сигналізації стану. У 56,7% випадках зафіксовано використання символів поза заняттям: удома, під час прогулянки, у груповій діяльності; у 16,7% – спроби створити власні маркери для емоційного вираження.

Висновки. Результатом реалізації програми візуально-підтриманого втручання не формальне засвоєння інструкцій, а забезпечення появи умов для формування суб'єктивної дії, спрямованої на вираження стану, побудову взаємодії та прогнозування поведінки. У структурі поведінки дітей відбувся перехід від реактивності до інтенціональності, від імпульсивної дії – до цілеспрямованого планування, від зовнішнього керування – до внутрішньої репрезентації. Символ, піктограма, планшет або жест перестали бути механічним знаком і стали засобом індивідуального вибору й комунікативного проєктування. Це дозволило не лише зменшити симптоматичні прояви, а й запустити реальні механізми інтеграції дитини в структуру взаємодії, з урахуванням її сенсорного, когнітивного та емоційного профілю, при цьому найбільш сталими були зміни, що відбувалися у площині самостійної комунікативної поведінки, спонтанного регулювання, вибору дій та використання символів для сигналізації.

Перспективи подальшого дослідження є подальший аналіз впливу типу сенсорного профілю на стійкість сформованих навичок у віддаленій перспективі. Доцільним є дослідження механізмів генералізації нових моделей поведінки за межами структурованих занять: у відкритих соціальних ситуаціях, у грі, у взаємодії з іншими дітьми. Також перспективним є вивчення способів спонтанної адаптації символічних систем, що дозволить виявити потенціал метарівня у дітей з РАС на ранніх етапах розвитку – не як виняткову здібність, а як цілком природну лінію дозрівання в умовах правильного середовища. Все це може стати підґрунтям для розробки більш гнучких моделей занять, спрямованих на формування комунікативної компетентності дітей з розладами аутистичного спектру, що сприятиме їх подальшій соціальній адаптації.

ПРОЯВИ ПОЗИЦІЇ ЖЕРТВИ В ПАРТНЕРІВ ЗАГИБЛИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

О. Ю. Чеснокова,
магістрантка,

О. А. Столярчук,
доктор психологічних наук, професор,
Київський столичний університет імені Бориса Грінченка

Сучасні реалії військового конфлікту в Україні спричинили масштабні соціально-психологічні виклики для членів родин загиблих військовослужбовців. Переживання втрати та горювання, кризові стани, з якими стикаються партнерки загиблих воїнів, підвищують ризик формування позиції

жертви – особливої когнітивної та поведінкової стратегії, яка характеризується почуттям безпорадності, пасивністю, залежністю від зовнішніх обставин та фіксацією на травматичному досвіді. Поняття «позиції жертви» всебічно розглядається в психологічній науці як специфічний стан, який формується внаслідок тривалого впливу стресових обставин та неконтрольованих втрат, а також може бути обумовлений раннім досвідом травматичних переживань, негативними сімейними сценаріями та особливостями особистісної саморегуляції (Цимбал Ю. Ю., 2012). Він характеризується когнітивною ригідністю, залежністю від зовнішніх обставин, відсутністю суб'єктності у власному житті (Берн Е., 2018), навченою безпорадністю, яка є результатом тривалого впливу неконтрольованих негативних подій, що призводять до пасивності, зниження мотивації та втрати віри у можливість змін (Селігман М., 2013). Безпорадність як особистісна характеристика тісно пов'язана з негативними ознаками Я-концепції, що сприяє розвитку почуття безсилля (Дудник О. А., 2020). Особливості прояву позиції жертви у партнерок полеглих воїнів можуть бути підсилені наслідками впливу травматичного досвіду, пов'язаного з раптовою насильницькою втратою близької людини. Наявність та інтенсивність проявів позиції жертви може залежати від статусу та рольової моделі померлого (загиблого), тривалості стосунків, психоемоційної близькості, соціоекономічного становища родини тощо. У випадках порушення адаптації до раптової смерті підвищується ризик психопатологічних реакцій, серед яких найбільш розповсюдженими є тяжкі депресивні епізоди та ПТСР (Ассонов Д. О., 2016).

На сьогодні дослідження щодо ризику формування позиції жертви в партнерок загиблих військовослужбовців в Україні не проводилися. Водночас, аналіз концептуальних засад формування поняття «позиція жертви», визначення чинників, які можуть бути причиною формування цього феномену та його ознак, а також дані вітчизняних та іноземних дослідників, які розглядали проблематику травматизації внаслідок раптової втрати, соціальні, економічні та психоемоційні наслідки, з якими стикаються родини загиблих військових і, зокрема, їхні вдови (McGill G., Wilson-Menzfeld G., Johnson A., Moreland M., Collins T., 2022; Дослідження досвіду та потреб близьких загиблих військових, 2023; Проблеми й актуальні потреби родин загиблих Героїв України, 2024), надає можливість створити структурну модель позиції жертви партнерки загиблого військовослужбовця. Детермінація охоплює як актуальні причини (раптова втрата, патологічне горювання, соціальна стигматизація ролі вдови, демонстративна жалобна поведінка), так і ретроспективні впливи (батьківська гіперопіка або відчуження, непропрацьовані дитячі травми, досвід ігнорування, сценарій «життя-невдача»). Прояви феномену структуруються на трьох рівнях: поведінковому (соціальна ізоляція, пасивність у стосунках, інфантильні патерни, демонстративна позиція «мені винні»), емоційному (тривожність, депресивність, румінації, відчуття безсилля, сором) та когнітивному (тунельне мислення, екстернальний локус контролю, песимістичне прогнозування, проєкція негативного досвіду). Сукупність цих проявів призводить до низки наслідків:

психоемоційної дестабілізації, фіксації у віктимній ролі, звуження соціального простору, ризику повторних співзалежних стосунків, зниження самооцінки та втрати сенсу життя. На основі розробленої структурної моделі позиції жертви було створено авторське опитування, спрямоване на скринінг ризиків її формування у партнерок загиблих військовослужбовців. Інструмент охоплював когнітивні, емоційні та поведінкові прояви феномену, зокрема зовнішній локус контролю, установку «мені винні», елементи навченої безпорадності, вторинні вигоди та підкріплення ролі жертви. Водночас були включені реверс-ключі, що відображали ресурси суб'єктності й здатність до саморегуляції, а також блоки, пов'язані з межами взаємодії, емоційними проявами, сенсовими та копінговими стратегіями. Додатково враховано контекст втрати та ризику пролонгованого горя.

Отримані емпіричні результати підтвердили закономірності, описані у структурній моделі позиції жертви. Виявлено, що когнітивні викривлення (екстернальний локус контролю, фаталістичні установки, зневіра у власних силах) виражені помірно, проте найбільш загострюються у перший рік після втрати, з часом дещо послаблюючись. Поведінкові прояви (пасивність, соціальна ізоляція, очікування особливого ставлення та схильність до інфантильних стратегій) найбільше проявляються в гострий період горя, поступово зменшуючись за умови соціальної та професійної залученості жінки. Емоційний компонент (тривожність, депресивність, відчуття безсилля) виявився найбільш інтенсивним і тривалим, демонструючи хвилеподібну динаміку: з високим рівнем у перші місяці, частковим зниженням упродовж другого року та повторним підвищенням у віддаленій перспективі. Водночас результати показали, що наявність підтримки близького оточення, зайнятість, оформлення соціальних гарантій та психологічна допомога істотно знижують ризик закріплення позиції жертви й сприяють формуванню адаптивних копінгових стратегій.

На підставі сформованої структурної моделі та результатів емпіричного дослідження було створено прикладний інструмент – 14-денний щоденник самопідтримки для партнерок загиблих військовослужбовців. Його зміст охоплює психоедукаційні матеріали, вправи для усвідомлення та вираження емоцій, техніки регуляції тривоги, формування навичок самоспівчуття та розвитку суб'єктності. Окремі завдання спрямовані на зниження ризику закріплення позиції жертви, відновлення відчуття контролю та поступове формування нових життєвих смислів. Використання щоденника забезпечує можливість безпечної саморефлексії, підвищує усвідомленість власних ресурсів та сприяє зміцненню психологічної стійкості при збереженні цінності досвіду партнерства і пам'яті про загиблого військовослужбовця.

Відтак, визначено сутність та особливості позиції жертви у партнерок загиблих військовослужбовців як специфічного феномену, що формується під впливом поєднання травматичного досвіду втрати, соціально-економічних факторів та індивідуальних особистісних характеристик. Побудовано структурну модель, яка дала змогу окреслити детермінанти, прояви та наслідки

цього явища, а також розробити емпіричний інструмент для його вивчення. Отримані результати підтвердили наукову доцільність дослідження та стали підґрунтям для створення прикладного продукту – щоденника самопідтримки, спрямованого на профілактику закріплення позиції жертви, посилення суб'єктності та зміцнення психологічної стійкості жінок, які переживають втрату. Водночас доцільним видається подальше дослідження цього феномену з метою глибшого розуміння механізмів його формування та пошуку ефективних психопрофілактичних і психокорекційних інструментів, які можуть бути застосовані як у роботі з вдовами військовослужбовців, так і в ширшому контексті кризової психології.

РЕСУРСНІ ПРАКТИКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ОСІБ ТРАВМОВАНИХ ВІЙНОЮ

С. П. Яланська,

*доктор психологічних наук, професор,
Полтавський національний педагогічний
університет імені В.Г. Короленка*

В. І. Яланська,

*здобувачка вищої освіти,
Національний юридичний університет імені Ярослава Мудрого
Полтавський національний педагогічний
університет імені В.Г. Короленка*

На сьогодні, в умовах воєнного часу, дуже важливо, щоб кожна особистість володіла різними психологічними інструментами, які можна використати для соціально-психологічного відновлення. Такі техніки дають можливість підтримувати психологічну стійкість у складних травмуючих умовах. Заслужують на увагу визначення життестійкості та резильєнтності, які розкриває О.М. Кокун у своїй монографії «Життестійкість і резильєнтність людини в сучасному світі: теорія, дослідження, практика». Автор зазначає, що життестійкість відображає внутрішню здатність особистості активно взаємодіяти з викликами, зберігати самоконтроль та конструктивно реагувати на труднощі. Резильєнтність, у свою чергу, зосереджується на гнучкості, адаптаційних механізмах та здатності до відновлення після кризових ситуацій (Кокун О.М., 2025). Серед ресурсних практик доцільно використовувати:

1. Аптечку технік КПТ, яку пропонує Український інститут КПТ. Зокрема, виконати завдання на теми: 1. Активація цінностей: їм належить звучати! 2. Дія у на-дії. 3. Навігувати по життю зі світлими та мудрими думками. 4. Плекання вдячності. 5. Сортування проблем. 6. Плекати стосунки. 7. Вивчати досвід інших.

2. Методику роботи з метафоричними асоціативними зображеннями «Глечики» В. Назаревич. Наприклад, вправа «Мої ресурси». Обрати «свій»

гличик серед пропонованих. Відмітити ресурси, які є в ньому. Подумати про додаткові ресурси, які можна використати для власної психологічної стійкості.

3. Методику роботи з метафоричними асоціативними зображеннями «Кишені» В. Назаревич, А. Дойтчук. Наприклад, «Взаємодія» передбачає вибір подумки партнера по спілкуванню стосунки з яким хотілося б зробити більш «теплішими», більш ресурсними. Передбачає виконання кількох дій: обрання своєї кишені та партнера; осмислення того, що об'єднує з партнером; чим «обмінюєтеся» у цих стосунках; чим ніколи не «обмінюєтеся»; щоб хотіли «додати» у свою кишеню і кишеню партнера та навпаки.

4. Техніку з метафоричними асоціативними зображеннями «Мій емоційний стан». Можуть використовуватися різні універсальні колоди. Потрібно підібрати зображення, що асоціюється з емоційним станом сьогодні, та зображення, що асоціюється з емоційним станом, в якому б хотілося перебувати. Пояснити, які події, дії мають сприяти бажаному емоційному стану. Зробити висновки про виконану роботу.

Для діагностики структурних компонентів та загального показника благополуччя особистості доцільно використовувати методичний інструментарій з психологічного практикуму «Методики дослідження психічного здоров'я та благополуччя персоналу організацій : психологічний практикум». Зокрема, опитувальник «Стабільність психічного здоров'я – коротка форма» («The Mental Health Continuum – Short Form») (К. Кіз) (адаптація Е.Л. Носенко, А.Г. Четверик-Бурчак), методика «Модифікована шкала суб'єктивного благополуччя БіБіСі» (The modified BBC Subjective Well-being Scale (BBC-SWB)) (Р. Pontin, М. Schwannauer, S. Tai, and M. Kinderman) (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер), методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О. Калюк, О. Савченко), опитувальник «Індекс Благополуччя ВООЗ-5» (WHO-5 Well-being Index) (адаптація Л.М. Карамушки, К.В. Терещенко, О.В. Креденцер) та ін. (за ред. Л. М. Карамушки, 2023).

На базі центрів та лабораторій факультету психології і соціальної роботи ПНПУ імені В.Г. Короленка проводиться індивідуальна та групова робота з соціально-психологічного відновлення різних категорій осіб травмованих війною.

**НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ІМЕНІ Г. С. КОСТЮКА
Лабораторія вікової психофізіології
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ Г. С. СКОВОРОДИ
Кафедра здоров'я людини, реабілітології і спеціальної психології
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ДОНЕЦЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Лабораторія психології репродуктивної сфери, пренатальної
і перинатальної психології
ДЕРЖАВНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО
«НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ МЕДИЧНИЙ
РЕАБІЛІТАЦІЙНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ ЦЕНТР МОЗ УКРАЇНИ»**

ОСОБИСТІСНІ ТА СИТУАТИВНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ЗДОРОВ'Я В УМОВАХ ВІЙНИ

**Матеріали
Х Всеукраїнської науково-практичної конференції**

20 листопада 2025 року

[Текст]

*Матеріали подані в авторській редакції. Відповідальність за грамотність,
науковий та літературний зміст, достовірність фактів і посилань
несуть їх автори*

Головний редактор:
Ольга Валеріївна Бацилєва
д-р психол. наук, професор

Відповідальний за випуск:
Алла Іванівна Галій
канд. біол. наук, доцент

MEDICINE

PSYCHE

PSYCHE

MEDICINE

PSYCHE

MEDICINE